

FEOHIFOMICOSIS SUBCUTANEA POR *Hendersonula toruloidea*

Correa Sánchez, Alvaro
Doria Guell, Alfredo
Acosta de Guevara, Ema
De Salcedo, María Clara

RESUMEN

Se presenta un caso de Feohifomicosis subcutánea ulcerada, en una paciente de 46 años de edad, mestiza, ama de casa, procedente de Fundación (Magdalena), con el antecedente de que ocho meses antes de su consulta había sido "picada por un gallo de pelea", en el dorso del pie izquierdo.

Al examen físico: Lesión de 5,2 cm de diámetro, ulcerada, de bordes elevados y fondo sucio, localizada en el dorso del pie izquierdo. La muestra histopatológica tomada de la lesión se cultivó, aislandose *Hendersonula toruloidea*.

Palabras Clave: Feohifomicosis, Feohifomicosis subcutánea, *Hendersonula toruloidea*.

INTRODUCCION

Feohifomicosis (Ajello, 1974) es un término creado para designar aquellas micosis cuyos agentes etiológicos son mohos dematiáceos que producen hifas y células levaduriformes en algunas etapas de su ciclo de vida.^{1,2,3,4,5}

La Feohifomicosis puede producir enfermedad en un huésped inmunocomprometido^{1,2,3,4} o no⁵, produciendo lesiones ya sea a nivel superficial (Tiña negra), cutáneo (colonizantes), subcutáneo (quiste feohifomicótico), sistémico (colonización cerebral) y oportunista (queratitis micótica).^{1,2,3,4,6,7,8}

Alvaro Correa Sánchez, Médico Dermatólogo. Docente de Dermatología y Jefe del Departamento de Microbiología de la Facultad de Medicina de la Universidad Libre. Barranquilla, Colombia.

Alfredo Doria Guell, Médico Dermatólogo.
Hospital Pediátrico de Barranquilla.

Ema Acosta de Guevara, Bacterióloga. Directora del Programa de Microbiología Industrial y Clínico de la Universidad Libre. Docente de la Universidad Metropolitana. Barranquilla, Colombia.

María Clara de Salcedo, Bacterióloga. Docente del Programa de Bacteriología de la Universidad Metropolitana. Barranquilla, Colombia.

Correspondencia: Dr. Alvaro Correa Sánchez, Carrera 66 No. 80-122, Apartado Aéreo 401. Teléfonos: 58 35 03 - 51 20 28. Barranquilla, Colombia.

La vida de inoculación más frecuente es la traumática y rara vez la inhalatoria. La mayoría de los cuadros clínicos son de comportamiento crónico y rara vez comprometen la vida del paciente.

Las formas sistémicas y oportunistas se presentan en aquellos pacientes con severo compromiso del sistema inmune, que han recibido drogas citostáticas o corticoesteroides sistémicos para el tratamiento de leucemias, linfomas, carcinomas, SIDA o bien en entidades secundarias a procedimientos modernos como trasplantes.^{1,2,3}

Muchos son los casos de Feohifomicosis reportados en todo el mundo por diferentes agentes etiológicos. En Colombia se han relatado casos de Feohifomicosis por *Exophiala jeanselmei* y otros.^{5,10} Presentamos un caso de Feohifomicosis subcutánea producido por *Hendersonula toruloidea*.

PRESENTACION DE CASO CLINICO

Paciente de sexo femenino, 46 años de edad, mestiza, ama de casa, nacida y procedente de Fundación (Magdalena), quien consultó por presentar una lesión ulcerada en el dorso del pie izquierdo, acompañada de dolor. Relata que ocho meses antes de su consulta había sido "picada por un gallo de pelea" en ese sitio, iniciándose una lesión pápulo-nodular que posteriormente aumentó de tamaño hasta ulcerarse. Había sido tratada con múltiples antibacterianos sin mejoría del cuadro clínico.

El estado general de la paciente era de aspecto normal y al examen dermatológico se encontró una úlcera de 2,5 cm de diámetro, localizada en el dorso del pie izquierdo, con bordes elevados, fondo sucio y secreción serosa. Un estudio histopatológico inicial había reportado células compatibles con *Paracoccidioides brasiliensis*.

La radiografía del pie afectado no demostró compromiso óseo. El examen directo en KOH de la muestra obtenida de la lesión reveló la presencia de múltiples elementos hifales septados y tortuosos. Un cultivo realizado en medio de Sabouraud adiconado de clorafenicol demostró el crecimiento de una colonia de aspecto algodonoso, inicialmente hialina y que posteriormente desarrolló una tonalidad oscura (Fig. No. 2). Realizado un montaje en Azul de Lactofenol se observaron artroconidias de paredes gruesas y color pardo oscuro de forma redondas y alargadas. Con este procedimiento se identificó al hongo como *Scytalidium hialinum* un anamorfó conidial de *Hendersonula toruloidea*.

Una vez identificado el agente etiológico se hizo el diagnóstico de Feohifomicosis subcutánea. La paciente recibió Itraconazol (Sporanox) a dosis de 200 mg/día por seis meses, presentado involución de la lesión (Fig. No. 3).



Fig. No. 1. Lesión ulcerada en el dorso del pie izquierdo.



Fig. No. 2. Macroscopia de la colonia de *Hendersonula toruloidea* obtenida de la paciente.

COMENTARIOS

Hendersonula toruloidea es un patógeno vegetal muy común en árboles frutales de regiones tropicales. Como colonizador de la queratina ha sido reportado en muchos casos clínicos en los cuales las características son muy similares a las producidas por hongos dermatofitos. Debido a que en un examen directo con KOH las diferencias morfológicas pueden pasar desapercibidas, es importante que se piense en la posibilidad de una afección por *Hendersonula* y de esta forma evitar una falla en el aislamiento del hongo, pues éste es sensible a la cicloheximida.

Es importante destacar que las localizaciones reportadas con más frecuencia son los espacios interdigitales y uñas. En nuestro caso



Fig. No. 3. Cicatriz después del tratamiento con Itraconazol.

fue el dorso del pie luego de una lesión traumática, la cual respondió favorablemente al tratamiento con Itraconazol.

SUMMARY

We present a case of ulcerated subcutaneous phaeohyphomycosis in a 46-year-old mestiza woman, a housewife, who had been born in coming from Fundación (Magdalena), who had been pecked by a gamecock in the dorsum of her left foot eight months prior to consultation.

The physical examination showed an ulcerated lesion of 2,5 cm in diameter, with elevated border and a dirty bottom, located on the dorsum of her left foot. A histopathologic sample was cultured and *Hendersonula toruloidea* was isolated there from.

The patient received Itraconazole 200 mg/day during six months with clinical and mycological resolution.

BIBLIOGRAFIA

1. Rippon, JW. Tratado de Micología Médica. México: Interamericana McGraw-Hill. 1990: 321-350.
2. Casas, G. Micología general. Caracas. Ediciones de la Biblioteca. 1989: 223-227.
3. Restrepo, A. Hialo y Feohifomicosis. En: Velez, H. Rojas, W. Borrero, J., Restrepo-Molina, J. Enfermedades infecciosas. Fundamentos de Medicina. 4a. Ed. Medellín, CIB, 1991: 92-94.
4. Lacaz, CD. Porto, E y Martins, JE. Micología Médica. Sao Paulo: Sarvier. 1991: 421-430.
5. Arenas, R. Micología Médica Ilustrada. México: Interamericana McGraw-Hill. 1993: 158.
6. Jaramillo, DE., Zuluaga, A. y Santamaría, L. Feohifomicosis subcutánea: presentación de dos casos. Rev soc col derm 1991: 40-42.
7. Severo, LC., Geyer, G., De Souza, L. y Balbinotti, M. Feohifomicose subcutánea: Relato dos tres primeiros casos do Rio Grande do sul. Brasil. An bras Dermatol 1987: 37-40.
8. Porto, E., Cuce, LC. Lacaz, CD., Salebian, A. y De Moraes, M. Feo-hifomicose por *Cladosporium bantianum* (Xylohyphabantiana). Registro de um caso em transplantada renal. An bras Dermatol 1987: 173-179.
9. McGinnis, MR., Rinaldi, MG. y Winn, R. Emerging Agents of Phaeohyphomycosis: Pathogenic Species of Bipolaris and Exserohilum. Journal of Clinical Microbiology 1986: 250-259.
10. Giraldo, CA. Abceso subcutáneo por hongo pigmentado. Antioquia Médica 1972: 459-463.