

## CASOS CLINICOS

### LESION UNICA DEL DORSO DE LA MANO PRODUCIDA POR *Microsporum gypseum* Presentación no usual de una dermatofitosis

Uribe Jaramillo, Fabio; Domínguez, Luis Guillermo  
Tabares, Angela; Restrepo M., Angela..

#### RESUMEN

Se presenta un caso de una pustulosis folicular producida por *M. gypseum*, la cual no fue sospechada clínicamente. Esta forma de dermatofitosis suele confundirse con entidades de origen bacteriano.  
(Palabras clave: Pustulosis folicular micótica. Dermatitis folicular por *M. gypseum*)

#### HISTORIA CLINICA

Se trata de una mujer de 41 años, ama de casa, quien consulta por lesión del dorso de la mano izquierda de 10 días de evolución. Se inició como una pequeña pústula centrada sobre un vello (pústula folicular); al presente aparece sobre una base infiltrada e inflamatoria que desborda la pústula rodeándola de un halo rojizo. Al ser abierta por la enferma, drenó un poco de pus, dejando al descubierto una ulceración de bordes infiltrados y fondo sucio, que en el momento del examen (Fig. 1), se presenta como una lesión redonda, de unos 3 cms. de diámetro, sobrelevada, infiltrada y dolorosa a la presión; se encuentra recubierta por una escama-costra de 2 cms. de diámetro. Existe en la periferia un halo inflamatorio de un centímetro de ancho que rodea la ulceración, hay sensación de quemadura en el área y no se encuentra reacción ganglionar.

**Antecedentes personales de importancia:** Paroniquia desde hace 11 años; paciente atópica, con alergia respiratoria y frecuentes crisis de jaqueca. La enferma estuvo trabajando en jardinería en los 10 días que precedieron a la aparición de la

lesión. Al examen físico, el estado general es bueno; peso 74 k, presión arterial: Mx. 120, Mn, 80, 80 pulsaciones.

**Exámenes de Laboratorio:** Con la sospecha clínica de esporotricosis fija o de infección bacteriana o micótica, la enferma es remitida al laboratorio. Los exámenes micológicos correspondientes revelaron una esporotriquina negativa, un directo KOH con abundantes restos de micelio (Fig. 2); posteriormente, el cultivo presentó crecimiento de *Microsporum gypseum* (Fig. 3).

**Anatomía Patológica:** En medio de la capa córnea y focalmente, se observa costra con fibrina, polimorfonucleares neutrófilos y restos celulares necróticos; en otras áreas hay hiperparaqueratosis. Más profundamente se aprecia acantosis regular pero la biopsia tiene escasa representación dérmica, sin evidencia de lesión histopatológica. Con la coloración de plata-metenamina y en el área de la costra, se encuentran fragmentos de micelio localizados entre la queratina laminar pero sin compromiso del estrato de Malpighii.

Se inició tratamiento con ketoconazol, 200 mg/día por 20 días, con mejoría progresiva de la lesión, la cual presentó pequeños puntos purulentos que desaparecieron a medida que avanzaba la curación.



Fig. No. 1: Aspecto de la lesión: exulceración cubierta por escama costra y rodeada de un halo eritematoso.

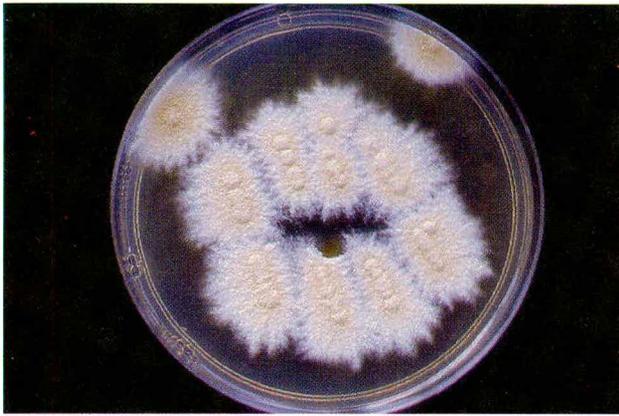


Fig. No. 2: Examen directo de la escamo-costra: abundantes restos de micelio.

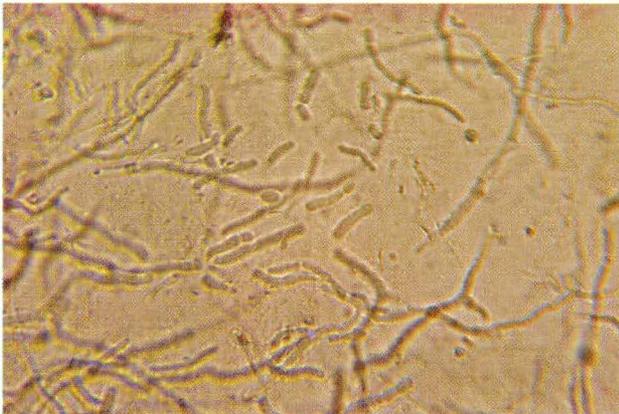


Fig. No. 3: Cultivo de la lesión: colonias pulverulentas correspondientes a *M. gypseum*.

## COMENTARIOS

La enferma presenta una lesión elemental primitiva,<sup>1-2</sup> la pústula folicular aguda. Las pústulas son lesiones que se forman por desprendimiento del estrato córneo de las capas subyacentes de la epidermis; desde el momento de su aparición se forma una cavidad que es ocupada por secreción purulenta. Lo anterior la diferencia de las vesículo-pústulas cuyo contenido es transparente al principio pero que luego, al infectarse secundariamente, se convierte en purulento. Hay 2 clases de pústulas; las de la superficie cutánea y las que se originan en el infundíbulo o parte superior del folículo piloso. Estas últimas, una vez constituidas, presentan un aspecto característico: son hemisféricas, reposan sobre una base infiltrativa e inflamatoria, están rodeadas por un halo rojizo y atravesadas por un vello. Su tamaño, que es de unos pocos milímetros y su forma, hacen que se las compare con una media perla que reposara sobre la piel. Esta lesión dura poco ya que al evolucionar en superficie y profundidad, se rompe espontáneamente y da lugar a la formación de una lesión secundaria úlcero-costrosa, como la que presentó la enferma en el momento del examen (Fig. 1). Al romperse la pústula, aparece una ulceración de aspecto sucio que se recubre de una costra formada por restos de queratina, desechos celulares del infiltrado y secreciones; se forma así un medio rico en nutrientes, donde proliferan los gérmenes. La importancia de la lesión inicial y de las lesiones escamo-costrosas que de ella se derivan es que, en la inmensa mayoría de los casos, la causa es

bacteriana o micótica. El ejemplo de costra bacteriana es la costra melicérica del impétigo. Entre las costras por hongos la más típica es el escudete de la tiña fávica, infección crónica causada principalmente por el *Trichophyllum schoenleii*<sup>3</sup>. El escudete en forma de disco o copas amarillas, con peculiar olor a ratón, está formado por una masa de hifas y esporas en la periferia y por elementos fungosos en degeneración hacia el centro. Los residuos de pelos quedan atrapados en la costra. Entre los agentes que pueden causar lesiones de tipo favus figura el *M. gypseum*<sup>3</sup>. La clasificación ecológica de los dermatofitos en geofílicos, zoofílicos y antropofílicos es de gran importancia fisiopatológica, pues las reacciones tisulares son inversamente proporcionales al grado de adaptación del parásito al huésped. Los hongos antropofílicos producen lesiones poco inflamatorias, de lenta evolución; los zoofílicos producen gran inflamación pero pueden curar espontáneamente y los geofílicos, grupo al cual pertenece el *M. gypseum*, dan lugar a intensa reacción inflamatoria.

Los dermatofitos geofílicos patógenos para el hombre corresponden casi exclusivamente al complejo del *Microsporum gypseum*<sup>4</sup>; según Stockdale<sup>5</sup>, ciertas cepas identificadas previamente como *M. gypseum* corresponden al estado imperfecto de 3 diferentes especies de *Nannizzia*; una de ellas, la *N. fulva*, es el estado perfecto del *Microsporum fulvum* considerado posteriormente como sinónimo de *M. gypseum*<sup>3,4</sup>. Este agente no es frecuente productor de lesiones de piel. En un grupo de 87,117 enfermos estudiados por Sinsky y Flouras<sup>6</sup>, el *M. gypseum* ocupó el puesto 12 con sólo un 0.2% de frecuencia.

El *M. gypseum* produce principalmente lesiones de cara y cuero cabelludo en niños<sup>4</sup>. La tiña del cuero cabelludo es inflamatoria; las lesiones aparecen cubiertas por abundantes escamo-costras<sup>3,4</sup>. Se han descrito en un adulto formas profesionales y aún pequeñas epidermias en agricultores, cultivadores de pepinos en tierra abonada con queratina de origen bovino. Entre nosotros, se informó una epidermia en escolares, trazada a un sitio común de juego<sup>8</sup>.

## Diagnóstico Diferencial

Ante una pústula folicular centrada en un vello y de lesiones úlcero-costrosas periféricas, debemos orientar el diagnóstico hacia entidades bacterianas o micóticas, a saber: micosis por hongos geofílicos; foliculitis estafilocócicas; pústulas foliculares crónicas y sobre todo, en la barba, sicosis estafilocócica o sicosis micótica por hongos zoofílicos; lesiones supurativas foliculares profundas: Antrax (Estafilococo) y Querion de Celso (mohos zoofílicos).

## SUMMARY

A case of pustular folliculitis caused by *M. gypseum* is presented. The entity was not suspected clinically and composed with other bacterial processes.

Key words: Pustular folliculitis. Dermatophytosis by *M. gypseum*.

**BIBLIOGRAFIA**

1. Desaux A. Traitement des Dermatoses Communes (Diagnostic d'apres les lesions, schemas Pathogeniques, Topographie). Masson et Cie, Editeurs Libraires De l'Academie de Medicine Paris, 1948, pp. 74-76.
2. Darier J. Compendio de Dermatología. 5a. Ed. Salvat Editores S.A. Barcelona 1946, pp. 57-178.
3. Rippon JW. Medical Mycology. W.B. Saunders Co. Philadelphia 1988, pp. 197-199.
4. De Vroey C. Epidemiology of Ringworm. Seminars in Dermatology, 1985, pp. 185-200.
5. Stockdale PM. The *Mycrosporium gypseum* complex (*Nannizzia incurvata*, Stockdale. Sabouraudia 1963; 3: 114-126.
6. Sinsky JT, Flouras K, A survey of Dermatophytes isolated from human patients in the United States from 1979 to 1981. Mycopathologia 1984; 85: 97-120.
7. Alsoo J, Prior AP. Ringworm infection in a cucumber greenhouse. Br Med J 1961; 1: 1081.
8. Sierra B, Yepes A, Roldán A, Uribe L, Restrepo A. Brote epidémico de *tinea corporis* por *M. gypseum*. Mycopathol 1977; 60: 135-138.