

Botriomicosis cutánea

Milton Mejía Montoya

Mónica Gaviria Muñoz

Rodrigo Núñez Rinta

Alejandro Vélez

RESUMEN

SE PRESENTA el caso de un hombre de treinta años de edad, con una botriomicosis de seis años de evolución localizada en la rodilla derecha, quien fue sometido a debridamientos quirúrgicos, además de tratamiento con ketoconazol y amoxicilina por vía oral, sin haber esclarecido el diagnóstico. Consulta al servicio de dermatología donde, después de estudiarlo adecuadamente, se aísla *Estafilococo aureus* en varias ocasiones, sensible a trimetoprim/sulfametoxazol, que se administra por un período de seis meses con excelente respuesta terapéutica. Se destaca la cronicidad del cuadro clínico y la dramática mejoría con el tratamiento.

Palabras clave: botriomicosis, *Estafilococo aureus*, trimetoprim - sulfametoxazol.

HISTORIA CLÍNICA

Paciente de treinta años de edad, sexo masculino, quien consulta por “masa” dolorosa localizada en la rodilla derecha y limitación funcional de la misma de seis años de evolución, relacionada con trauma abierto por impacto contra el pavimento. Fue tratado con desbridamiento quirúrgico en varias ocasiones, además de ketoconazol y amoxicilina por vía oral, sin mejoría. No existen otros antecedentes personales o familiares de importancia. Al examen físico se en-

cuentra lesión tumoral indurada de 10 cm x 8 cm, de bordes bien definidos, con múltiples puntos que drenan un material seropurulento y cubierta por una piel eritematoviolácea de aspecto queiloideo que compromete la rodilla derecha (Figura 1).

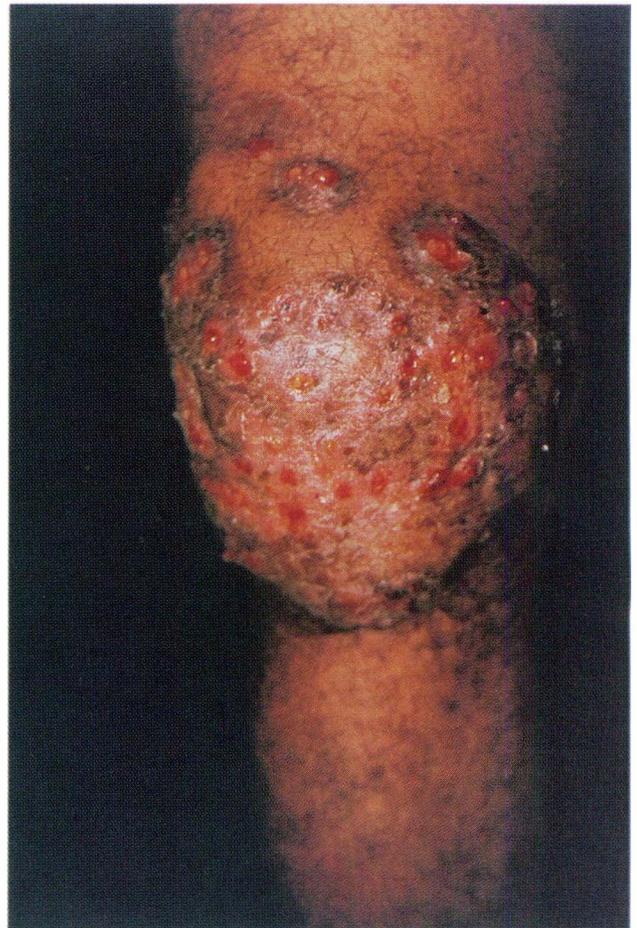


Figura 1. Lesión tumoral en la rodilla. Salida de material seropurulento a través de múltiples puntos en su superficie.

Milton Mejía Montoya, Residente Dermatología, Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín.

Mónica Gaviria Muñoz, Docente Dermatología, Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín.

Rodrigo Núñez Rinta, Docente Dermatología, Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín.

Alejandro Vélez, Docente Patología, Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín. Correspondencia: Milton Mejía Montoya; Clínica Universitaria Bolivariana, Calle 78B No. 72A-109. Medellín, Colombia. E-mail: mejiamont@epm.net.

Botriomicosis cutánea

Se practican exámenes paraclínicos que incluyen: recuento de glóbulos blancos elevado ($19.300/\text{mm}^3$), 66% de granulocitos, 547.000 plaquetas; glicemia en ayunas de 90 mg/dl, nitrógeno ureico y creatinina sérica normales. La prueba de Elisa para el VIH y el antígeno de superficie del virus de hepatitis B fueron negativos. La coloración de Gram practicada a varios directos de la lesión siempre mostró cocos gram positivos con abundantes polimorfonucleares y en el cultivo para piógenos se aisló *Staphylococcus aureus*.

El examen directo y el cultivo para hongos fueron negativos, al igual que los directos y los cultivos para micobacterias tuberculosas o no tuberculosas. A los rayos X de la rodilla no se apreció compromiso óseo. A la histopatología se observó hiperplasia pseudoepiteliomatosa de la epidermis y un infiltrado mixto denso en la dermis (Figura 2), con coloraciones especiales negativas.



Figura 2. Fotografía microscópica. Coloración con hematoxilina-eosina (40X), en la que se observa hiperplasia pseudoepiteliomatosa epidérmica y un infiltrado inflamatorio mixto denso en la dermis.

Considerando la evolución clínica, los hallazgos al examen físico y los exámenes paraclínicos se hizo el diagnóstico de botriomicosis. Se dio tratamiento con trimetoprim-sulfametoxazol por seis meses con excelente respuesta (Figuras 3, 4) y con recuperación de los arcos de movimiento en la articulación afectada.



Figura 3. Durante el tratamiento antibiótico se observa disminución en la tumefacción. No hay salida de material seropurulento.



Figura 4. Luego de seis meses de antibioticoterapia se evidencia resolución clínica completa de la lesión.

Botriomicosis cutánea**COMENTARIO**

Descrita por Bollinger en 1870, la botriomicosis es una condición rara que compromete la piel y las vísceras. Consiste en una infección granulomatosa supurativa crónica de origen bacteriano, en la cual los microorganismos forman gránulos compuestos de masas bacterianas unidas unas a otras.¹ En la literatura se han descrito hasta la fecha noventa casos de botriomicosis en humanos.²

Se consideran factores predisponentes el trauma previo, las enfermedades hepáticas, los tratamientos con corticoesteroides, la fibrosis quística, la inmunosupresión, el alcoholismo y la diabetes mellitus.^{2,4} Las lesiones clínicas comúnmente son solitarias y afectan la piel en un 75% de los casos, localizándose principalmente en las extremidades, pero han sido descritas también en los pulmones, el cerebro, el tracto gastrointestinal, la cavidad oral, el hígado, los huesos, los ojos, el pericardio y riñones.² La mayoría de pacientes tienen nódulos, fístulas, abscesos y úlceras con secreción seropurulenta y visualización de gránulos macroscópicos de 3-5 mm de diámetro; otros presentan lesiones tumorales, quistes, lesiones verrucosas vegetantes o aspecto clínico de prurigo.^{2,3} Generalmente no hay fiebre; puede haber periostitis u osteomielitis como complicación del proceso infeccioso.³ A la histopatología se evidencia inflamación crónica con infiltrado compuesto por neutrófilos, linfocitos, eosinófilos, plasmocitos, fibroblastos e histiocitos en la dermis; hay ciertos grados de fibrosis; rara vez se observa la presencia de células gigantes; hay focos supurativos con formación de granos no filamentosos con centro basófilo y periferia eosinofílica, los cuales se colorean con PAS, Giemsa o Gram y que corresponden a acúmulos de microorganismos.^{1,4}

El tratamiento de la botriomicosis consiste en la administración de antibióticos según el germen causal y su perfil de sensibilidad, junto con el desbridamiento quirúrgico. Se ha descrito buena respuesta al trimetoprim-sulfametoxazol, a la minociclina, a la eritromicina y a la cefazolina.^{2,3} Existen otros reportes con ornidazol 1 g/d por dos meses, seguido de clindamicina 450 mg/d por dos meses más, con excelentes resultados en *Bacteroides fragilis* (un caso)³; un caso de botriomicosis en un paciente con sida tratado con cefaclor 2 g/d por seis semanas con buena respuesta³ y un paciente tratado con láser de CO₂, igualmente con éxito terapéutico.³ En este reporte observamos la buena respuesta a la administración de trimetoprim-sulfametoxazol, 160/800 mg por vía oral cada doce horas durante seis meses, luego de seis años de evolución y múltiples tratamientos fallidos.

SUMMARY

It is presented a case of a thirty year-old man with six years of evolution of Botryomycosis located on the right knee, who was subjected to surgical treatments, oral ketoconazole and amoxycillin without a clear diagnosis. A complete laboratory study was practiced, including pyogenic organisms culture. It was isolated a trimethoprim/sulphamethoxazole sensitive *Staphylococcus aureus*, which is given orally for a six months period with excellent therapeutic results. Clinical aspects in terms of chronicity and the dramatic response to treatment are remarked.

Key words: botryomycosis, *Staphylococcus aureus*, trimethoprim / sulphamethoxazole.

Bibliografía

1. Conti-Díaz IA, Almeida EA, Rondan M, *et al.* Cutaneous botryomycosis: report of the two first Uruguayan cases. *Rev Inst Med Trop Sao Paulo* 1996; 38(5):375-378.
2. Bersoff - Matcha SJ, Roper CC, Liapis H, *et al.* Primary pulmonary botryomycosis: case report and review. *Clin Inf Dis* 1998; 26:620-624.
3. Bonifaz A, Carrasco E. Botryomycosis. *Int J Dermatol* 1996; 35(5):381-8
4. Lee PK, Weinberg AN, Swartz MN, *et al.* Botryomycosis, En: Fitzpatrick TB, Eisen A, Wolf K, *et al.* *Dermatology in General Medicine*. USA, McGraw-Hill, 1999; 2190.

