

Nódulo doloroso en antebrazo

Roberto Usandivaras¹, María Susana Romano² y Lucía Paola Rey¹

► CASO CLÍNICO

Hombre de 37 años que consulta por nódulo doloroso localizado en antebrazo, de 6 meses de evolución. El paciente había consultado con anterioridad recibiendo tratamiento con antibióticos y corticoides, sin respuesta satisfactoria.

Antecedentes personales: No presentaba antecedentes patológicos. Trabajador de frigorífico de carne.

Examen físico: placa eritematosa con presencia de nódulos en antebrazo, ligeramente dolorosos, circundado por piel eritematoviolácea con pérdida de vello, de seis meses de evolución. A la palpación presentaba consistencia duro-elástica (Fig. 1).

Su diagnóstico es...



Fig. 1: Tumoración inflamatoria de antebrazo, se observa toma de muestra por punch.

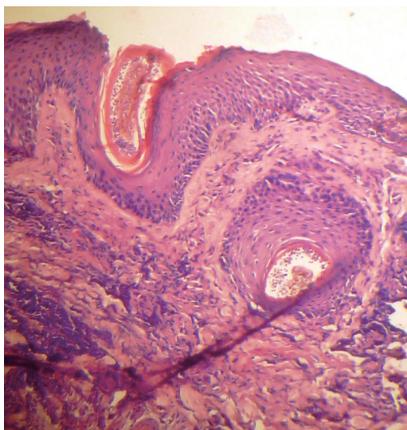


Fig. 2: Epidermis con ostium folicular dilatado con hiperqueratosis y presencia de esporas que se repiten en el corte del folículo piloso intradérmico. Infiltrados inflamatorios perifoliculares (hematoxilina-eosina 10x).

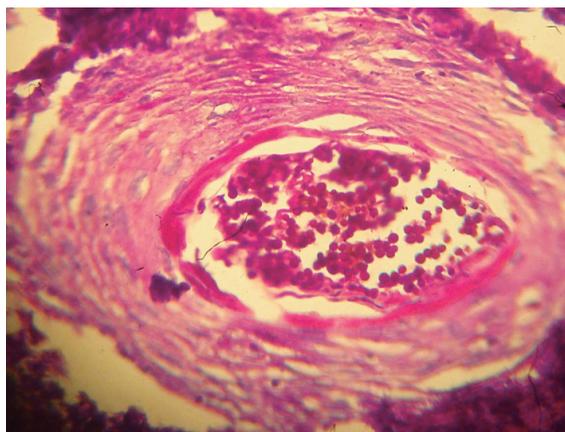


Fig. 3: Se observa corte de folículo piloso con presencia de esporas intrafoliculares (PAS30x).

¹ Médicos dermatólogos

² Jefe de Trabajos Prácticos

Cátedra de Dermatología, Universidad Nacional de Tucumán (UNT). S.M. de Tucumán, Argentina

Conflictos de interés: no declarados

Correo electrónico: lurey77@yahoo.com.ar

► **DIAGNÓSTICO****Granuloma Tricofítico de Majocchi**

Anatomía patológica: epidermis con espongiosis malpighiana. Se observa dilatación del infundíbulo folicular con hiperqueratosis y presencia de esporas con halo periférico. La dermis con granulomas tuberculoideos con células gigantes y microabscesos de polimorfonucleares. Se observa un corte del folículo piloso con presencia de esporas (Figs. 2 y 3).

► **COMENTARIOS**

El **granuloma tricofítico de Majocchi** es una infección causada por hongos dermatofitos que invaden dermis profunda y tejido celular subcutáneo. Fue descrito por primera vez por Domenico Majocchi en 1883¹.

El granuloma tricofítico de Majocchi-Wilson es una foliculitis con perifoliculitis granulomatosa dérmica, producida por dermatofitos².

El factor desencadenante suele ser un trauma físico en la zona que conlleva a la ruptura del folículo y, en consecuencia, la introducción pasiva del organismo, con queratina y material necrótico en la dermis⁴. En nuestro caso el paciente no refería antecedentes de traumatismo.

En el granuloma tricofítico la piel sufre importantes transformaciones: lisa y no descamante, alopecica, con desaparición de folículos. El nódulo evoluciona en tres estadios: enoplástico, degenerativo y ulceroso, y raramente sufre fusión purulenta³.

En los cultivos se encontraron variedades de *trichophyton*: *Tr. cerebriforme*, *Tr. plicatile*, *Tr. violaceum*, *Tr. rosaceum* y el *Tr. rubrum* (*purpureum*), siendo este último el más frecuente³.

Se han descrito **diferentes características clínicas** de acuerdo al estado inmune del paciente¹. La primera es una dermatofitosis crónica superficial que tiene lugar en individuos sin otras enfermedades asociadas. Consiste en pequeñas pápulas pardo-eritematosas o eritematovio-

láceas, perifoliculares, que pueden confluir formando una placa, siendo muy poco frecuente la formación de pústulas foliculares⁵. Esta forma clínica suele tener lugar en mujeres de edad media. Afecta principalmente los dos tercios inferiores de una sola pierna, suele haber un microtraumatismo local previo como el afeitado, y también se han descrito casos tras tratamiento corticosteroideo tópico oclusivo en tiñas mal diagnosticadas y/o antecedentes de tinea pedis y/o unguium de larga evolución⁴. El segundo grupo corresponde a individuos con un defecto inmunológico asociado. En este caso se pueden presentar nódulos subcutáneos profundos que en ocasiones se abscesifican⁴. Si bien ésta fue la forma clínica de nuestro paciente, éste no presentaba trastornos inmunitarios.

El diagnóstico se realiza casi siempre mediante **biopsia** cutánea y/o **cultivo micológico** en medio de Sabouraud (que no siempre es positivo).

El **diagnóstico diferencial** clínico se establece principalmente con micosis profundas (esporotricosis) y con foliculitis bacterianas como el forúnculo o el ántrax. Desde el punto de vista histopatológico no presenta dificultad, ya que la observación de las esporas hace al diagnóstico.

En cuanto al **tratamiento** se puede emplear terbinafina 250 mg/d, itraconazol o griseofulvina, pudiendo ser necesarios hasta 3 meses de los mismos.

► **BIBLIOGRAFÍA**

1. Velásquez, F.; Ballona, R.; Cáceres Ríos, H.; Castro, R.; Kikushima, I.; Torres, R.: Granuloma tricofítico de Majocchi: comunicación de un caso. **Dermatol Pediatr Latinoam** 2008; 6:77-79.
2. Abbruzzese, M.A.; Ribeiro, C.; Kien, C.; Cordero, A.: Granuloma de Wilson-Majocchi. **Dermatol Argent** 1998; 4: 35-38.
3. Sopra una nuova tricofizia (granuloma tricofítico), studi clinici micologici. **Bull R Accad Roma** 1883; 9: 222-223.
4. Del Río Reyes, R.; Rodríguez Vázquez, M.; Comuñión Artieda, A.; Santos-Briz Terrón, A.; Guerra Tapia, A.; Iglesias Diez, L.: Foliculitis por *Trichophyton rubrum* (granuloma de Majocchi). **Actas Dermosifiliogr** 2001; 92: 409-411.
5. Valle Martín, M.M.; Sánchez Viera, M.: Placa eritematosa con pústulas foliculares. **Piel** 1992; 7: 363-364.
6. Granuloma de Majocchi: hongos por los pelos <http://www.dermapixel.com/2014/07/granuloma-de-majocchi-hongos-por-los.html>