

Tumores en cuero cabelludo

Eugenia Miraglia¹, Gimena Bolomo², María Sara Gómez Sierra³, María José Ibáñez⁴, Roxana Maradeo⁵
y Ana María Chiavassa⁶

► CASO CLÍNICO

Paciente de género masculino, de 24 años de edad, oriundo de Misiones, que consultó por lesiones tumorales en cuero cabelludo de 14 años de evolución. Había recibido en varias oportunidades tratamiento con antifúngicos y corticoides por vía oral, sin presentar mejoría del cuadro. No refería otros antecedentes personales ni familiares de relevancia.

Al **examen físico** presentaba múltiples tumores en el cuero cabelludo en las regiones parietal y occipital. Los mismos eran de forma hemiesférica y color rosado, medían entre 2 y 7 cm de diámetro y presentaban áreas de consistencia blanda. Algunos estaban parcialmente cubiertos por costras melicéricas. A nivel retroauricular derecho se objetivaba una lesión subcutánea de 10 cm de diámetro, ovalada, de consistencia duro-elástica, no adherida a planos profundos ni superficiales (Fig. 1). Todas las lesiones eran asintomáticas y no comprometían el tejido óseo subyacente (Fig. 2).

Se solicitó **laboratorio** de rutina y serologías para VIH, VHC, VHB y VDRL. Se realizó **biopsia escisional** para estudio anatomopatológico (Fig. 3) y se enviaron muestras para estudio directo y cultivo bacteriológico, para micobacterias y hongos, este último en el Hospital Muñiz.

Su diagnóstico es...

¹ Médica residente de 2° año

² Médica Jefa de residentes

³ Médica residente de 3° año

⁴ Médica residente de 4° año

⁵ Médica de planta

⁶ Médica Jefa de Servicio

Servicio de Dermatología Hospital Interzonal General de Agudos "General San Martín". La Plata, Buenos Aires, Argentina

Conflictos de interés: no declarados

Correo electrónico: eugeniam88@hotmail.com



Figura 1: A. Lesión tumoral subcutánea retroauricular derecha. B. Lesión tumoral en cuero cabelludo.

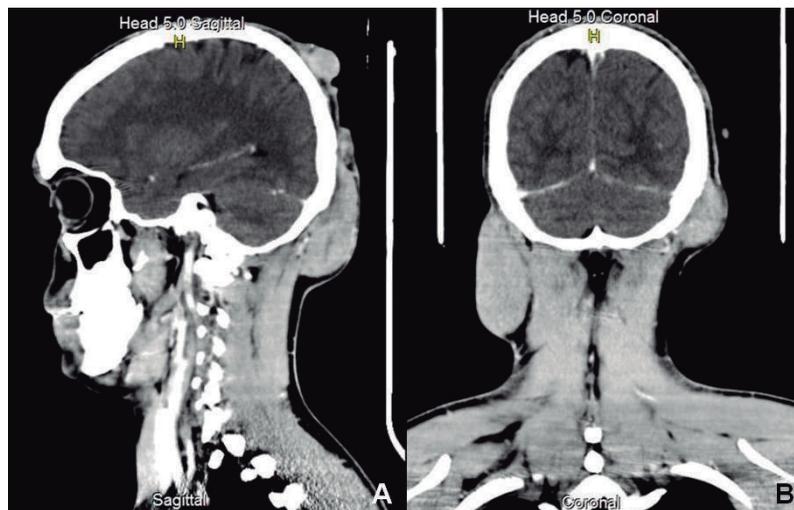


Figura 2: A. Tomografía computada (TC) de cabeza y cuello, corte sagital. Se observan lesiones ubicadas en el espesor del tejido celular subcutáneo, de aspecto nodular, de límites parcialmente definidos, con densitometría heterogénea con zonas de menor densidad que podrían vincularse con áreas líquidas. No se evidencia compromiso del tejido óseo. B. TC de cabeza y cuello, se observan las mismas lesiones en un corte coronal.

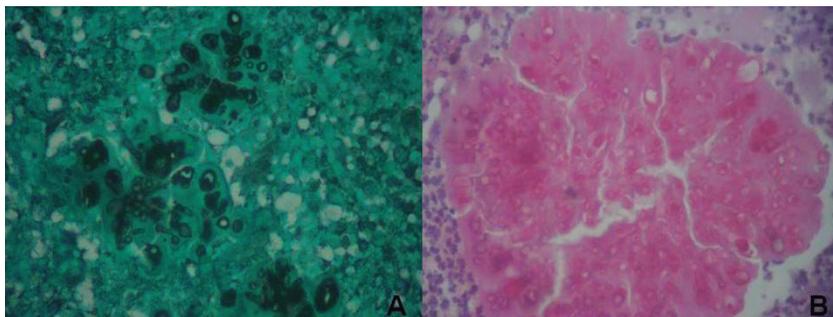


Figura 3: A. Histopatología (tinción de Grocott 400x). B. Histopatología. (tinción de PAS 400x).

► **DIAGNÓSTICO****Pseudomicetoma por *Trichophyton tonsurans***► **MÉTODOS COMPLEMENTARIOS**

Laboratorio: exámenes de rutina dentro de parámetros normales. Serologías para VIH, VDRL, VHC y VHB, negativas.

Histopatología: proceso inflamatorio crónico granulomatoso con presencia de abundantes elementos micóticos. Las técnicas de PAS y Grocott fueron positivas (Protocolo N° 2068/15). Cultivo: aislamiento de *Trichophyton tonsurans* (Hospital Muñiz).

► **EVOLUCIÓN**

Se derivó al paciente al Servicio de Cirugía Plástica para realizar la exéresis quirúrgica de los tumores y se inició **tratamiento** con itraconazol vía oral, a dosis de 400 mg/día.

No fue posible evaluar la respuesta a la terapéutica por falta de adherencia y eventual abandono del tratamiento.

► **COMENTARIO**

Las dermatofitosis son micosis cutáneas que afectan a los tejidos queratinizados, tales como la capa córnea, el pelo y las uñas. Las mismas son producidas por hongos denominados dermatofitos, pertenecientes a los géneros *Microsporum*, *Trichophyton* y *Epidermophyton*^{1,2}.

El **pseudomicetoma** es una rara entidad que se produce cuando este compromiso se extiende más allá de los límites habituales, llegando a afectar dermis e hipodermis³. Los pocos casos reportados fueron en niños y jóvenes de raza negra, de los cuales ninguno presentaba antecedente de trauma, pero sí historia de tiña capitis. Se describieron tanto en inmunocomprometidos como en inmunocompetentes, como fue el caso de nuestro paciente^{4,5}.

En lo que respecta a la **patogenia**, este fenómeno sería producto de una respuesta inflamatoria granulomatosa intensa con células gigantes, que puede ser supurativa o no, luego de que el hongo progresa más allá de la franja de Adamson^{3,5}. **Histológicamente**, esto se observa como un infiltrado inflamatorio crónico granulomatoso rodeando conglomerados de hifas inmersas en una sustancia amorfa y eosinófila, generada por una reacción antígeno-anticuerpo-complemento, denominada fenómeno de Splendore-Hoeppli^{1,2,6}.

En cuanto a la **clínica**, se suelen presentar como tumores en cuero cabelludo, de coloración rosada, múltiples, asintomáticos, con o sin secreción. A diferencia de los mi-

cetomas verdaderos producidos por hongos (eumicetoma) o bacterias filamentosas (actinomicetomas), los pseudomicetomas carecen de trayectos fistulosos y granos, presentando en cambio, según Ajello *et al*, estructuras similares a las que denominó pseudogránulos²⁻⁷.

Los **diagnósticos diferenciales**, además, se plantean con tumores benignos tales como quistes triquilemales o cilindrinas. En el caso de nuestro paciente se discutieron también estas posibilidades.

El **diagnóstico definitivo** requiere la identificación del agente etiológico mediante cultivo. En este aspecto destacamos otro punto de interés en nuestro caso, como es la excepcionalidad del *Trichophyton tonsurans* como microorganismo causante, encontrándose solo un caso descrito por Moraes *et al* en la literatura¹.

Con la finalidad de detectar alteraciones en la inmunidad, algunos autores recomiendan pedir, además de serología de VIH, concentración de inmunoglobulinas, complemento, interferón gamma, interleuquina-10 y recuentos de subpoblaciones linfocitarias. Estas últimas y el dosaje de inmunoglobulinas se encontraron dentro de parámetros normales en nuestro paciente³.

El **tratamiento** de esta entidad constituye un desafío para el dermatólogo. La respuesta a los antifúngicos, tales como griseofulvina, itraconazol o fluconazol, es variable e impredecible. Asimismo, el abordaje quirúrgico de las lesiones no trae soluciones definitivas, ya que se han reportado casos de recidivas años después de la extracción quirúrgica^{1,2}. Por lo tanto, creemos que es importante alertar a los pacientes sobre el curso tórpido y carácter recidivante de esta enfermedad.

► **BIBLIOGRAFÍA**

1. Moraes, M.A.P.; Machado, A.A.; Medeiros Filho, P.; Reis, C.M.: Pseudomicetoma dermatofítico: relato de um caso devido a *Trichophyton tonsurans*. **Rev Soc Bras Med Trop** 2001; 34: 291-294.
2. Rinaldi, M.G.; Lamazor, E.A.; Roeser, E.H.; Wegner, C.J.: Mycetoma or pseudomycetoma? A distinctive mycosis caused by dermatophytes. **Mycopathologia** 1983; 18: 41-48.
3. Walker, L.; Bianchi, M.; Maiolo, E.; Arechavala, A.; Santiso, G.; Messina, F.; Lehmann, E.; Schtirbu, R.; Negroni, R.: Problemas clínicos en micología médica: problema número 44. **Rev Iberoam Micol** 2012; 29: 181-183.
4. Chen, A.W.; Kuo, J.W.; Chen, J.S.; Sun, C.C.; Huang, S.F.: Dermatophyte pseudomycetoma: a case report. **Br J Dermatol** 1993; 129: 729-732.
5. Berg, J.C.; Hamacher, K.L.; Roberts, G.D.: Pseudomycetoma caused by *Microsporum canis* in an immunosuppressed patient: a case report and review of the literature. **J Cutan Pathol** 2007; 34: 431-434.
6. Botterel, F.; Romand, S.; Cornet, M.; Recanati, G.; Dupont, B.; Bourée, P.: Dermatophyte pseudomicetoma of the scalp: case report and review. **Br J Dermatol** 2001; 145 (1): 151-3.
7. Kramer, S.C.; Ryan, M.; Bourbeau, P.; Tyler, W.B.; Elston, D.M.: Fontana-positive grains in mycetoma caused by *Microsporum canis*. **Pediatr Dermatol** 2006; 23: 473-475.