

CARTAS AL EDITOR

Actinomicetoma por nocardia brasiliensis

Actinomycetoma by *Nocardia brasiliensis*

Sr. Editor:

El actinomicetoma es una infección granulomatosa crónica causada por diversas bacterias filamentosas, siendo las más frecuentes *Nocardia brasiliensis* y *Nocardia asteroides*^{1,2}. Es una enfermedad ocupacional que aparece habitualmente en personas de mediana edad de países tropicales que caminan descalzos, especialmente en Méjico y Brasil³. En los niños los micetomas son infrecuentes, y existen pocas publicaciones en la literatura como el caso que presentamos¹. En nuestro medio ha aumentado el número de casos en los últimos años, principalmente en viajeros e inmigrantes procedentes de zonas endémicas.

Una niña de 10 años de edad, natural de Méjico y sin otros antecedentes personales de interés, presentaba desde hacía unos 18 meses una lesión papulo-nodular, de crecimiento progresivo y asintomática en el miembro inferior izquierdo. La madre refería como único antecedente traumático un golpe en la zona, 3 años antes, tras caerse de la bicicleta. En la exploración física destacaba una lesión nodular de 0,4 cm de diámetro, de bordes bien definidos, con una ulceración central. A la presión se evidenció la salida de un material seropurulento con presencia de abundantes granos. Se observaban, además, dos placas hipopigmentadas y atróficas aparecidas tras la resolución de unas lesiones similares en episodios anteriores, localizadas a nivel del maleolo externo de la pierna izquierda (fig. 1). No presentaba otras lesiones muco-cutáneas ni clínica sistémica asociada. El examen directo del exudado con lugol mostró múltiples estructuras polilobuladas de coloración amarillenta y morfología arriñonada con presencia de numerosos filamentos en la periferia (fig. 2). La radiografía simple de la zona no mostró signos de afectación ósea y en la radiografía de tórax no se evidenciaron hallazgos de significación patológica. En el cultivo microbiológico se observó el crecimiento de colonias blanquecinas plegadas que desprendían un fuerte olor a tierra mojada y presentó una hidrólisis positiva en agar caseína. Estableciéndose el diagnóstico definitivo de actinomicetoma atípico (minimicetoma) por *Nocardia brasiliensis*. Se inició tratamiento con trimetoprim-sulfametoxazol con lo que se obtuvo la remisión completa del cuadro a los 3 meses.

Aunque el actinomicetoma es una enfermedad frecuente en países tropicales, es una entidad excepcional en niños de nuestro medio. La inoculación suele ser traumática tras un

contacto directo con espinas o plantas contaminadas, aunque en ocasiones puede pasar desapercibida. La localización más frecuente son los miembros inferiores (60–75%), sobre todo el pie, seguido por el tronco, la espalda y los miembros superiores debido al hábito de transportar diversos objetos^{3,4}. El micetoma clínicamente se presenta como nódulos o placas con múltiples fístulas que drenan un material sero-purulento, en el que se encuentran las formas parasitarias denominadas *granos*. Las lesiones en su evolución presentan un crecimiento lento, progresivo y pueden afectar al tejido subcutáneo, fascia y huesos. Suele observarse lesiones cicatriciales retractiles asociadas^{1,5,6}. Se han descrito formas de presentación atípicas o inusuales bien por su localización, por el número de áreas anatómicas afectadas o por el tamaño de las lesiones. Los minimicetomas son generalmente únicos, con una o 2 fístulas, sin aumento de volumen y de evolución crónica⁶.

El diagnóstico se puede establecer mediante la observación en el examen directo de unas estructuras polilobuladas de coloración amarillenta y morfología reniforme, denominadas *granos*. En aquellos casos donde exista una sospecha clínica y no se observen, se debe realizar un estudio histológico que se caracteriza por un infiltrado granulomatoso mixto y la presencia de pequeños granos actinomicóticos, que son parcialmente ácido alcohol resistente. El cultivo del material obtenido de las lesiones, en medio de agar Sabouraud a 37 °C durante 7–10 días, permite el crecimiento de las características colonias blanco calcáreas de aspecto cerebriforme^{1,2}. A nivel clínico, el minimicetoma presenta un amplio diagnóstico diferencial con otras entidades semejantes como esporotricosis fija, granuloma a cuerpo extraño, micosis profundas,

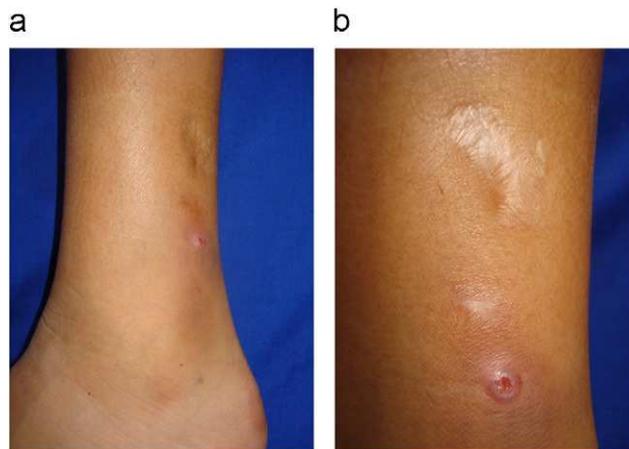


Figura 1 a) y b) Lesión nodular en extremidad inferior de 18 meses de evolución.



Figura 2 Grano amarillento con aspecto arriñonado. Examen directo con lugol, 400 × .

micobacteriosis atípicas, abscesos o celulitis entre otras. El tratamiento de primera elección es el sulfametoxazol-trimetoprim a dosis de 25/5 mg/kg/12 h vía oral, asociado con diaminodifenilsulfona a dosis de 25 mg/d. Aunque la duración óptima del tratamiento no ha sido establecida, se recomienda administrarlo durante un periodo entre 6 semanas y un año. Otras opciones terapéuticas empleadas son minociclina, amikacina, cefalosporinas, eritromicina, imipenem, y también se ha utilizado con éxito la amoxicilina-clavulánico en pacientes pediátricos. Se recomienda la asociación de diversos agentes terapéuticos debido a los efectos sinérgicos y a una disminución del desarrollo de resistencias debido a lo prolongado del tratamiento^{3,5}.

En resumen, en pacientes con lesiones nodulares o pequeñas úlceras de larga evolución y secundarias a pequeños traumatismos, que no responden al tratamiento antibiótico

habitual, se debe pensar en esta entidad. Sobre todo en aquellos pacientes que provienen de zonas endémicas, incluso cuando se trate de niños, como el caso presentado.

Bibliografía

1. Pardo M, Bonifaz A, Valencia A, Araiza J, Mejía SA, Mena-Cedillos C. Actinomycetoma by *Nocardia brasiliensis* in a girl with Down syndrome. *Dermatol Online J.* 2008;14:9.
2. Gugnani HC, Sehgal VN, Singh VK, Boiron P, Kumar S. «*Nocardia asteroides*» mycetoma of the foot. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2002;16:638–49.
3. Bonifaz A, Flores P, Saúl A, Carrasco-Gerard E, Ponce RM. Treatment of actinomycetoma due to *Nocardia* spp. with amoxicillin-clavulanate. *Br J Dermatol.* 2007;156:308–11.
4. Shimizu A, Ishikawa O, Nagai Y, Mikami Y, Nishimura K. Primary cutaneous nocardiosis due to *Nocardia nova* in a healthy woman. *Br J Dermatol.* 2001;145:154–6.
5. Stefano PC, Noriega AL, Kobrin AL, Conde MF, Cervini BA, Gonzalez MT, et al. Primary cutaneous nocardiosis in immunocompetent children. *Eur J Dermatol.* 2006;16:406–8.
6. Lavalle P, Padilla M, Pérez J, Reynoso S. Contribución al conocimiento de los micetomas en el estado de Guerrero, México. Origen, distribución geográfica y evolución de 100 casos de micetomas. *Dermatol Rev Mex.* 1998;42:233–8.

P. Hernández-Bel^{a,*}, J. Mayorga^b y M. Elva Pérez^b

^a*Servicio de Dermatología, Consorcio Hospital General Universitario de Valencia, Valencia, España*

^b*Centro Estatal de Referencia de Micología Médica de México (CEREMI), México DF, México*

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: pablohernandezbel@hotmail.com (P. Hernández-Bel).

doi:10.1016/j.anpedi.2010.02.021

Importancia de la anamnesis en el diagnóstico de esquistosomiasis urinaria

Importance of anamnesis in the diagnosis of urinary schistosomiasis

Sr. Editor:

La esquistosomiasis (o bilharziasis) es una enfermedad parasitaria producida por un trematodo platelminto del género *Schistosoma*. De ellas, tan solo *S. haematobium* origina fibrosis y granulomas vesicales. La infección es endémica en 74 países de África subsahariana y Asia, donde se estima que afecta cada año a 200 millones de personas, de los que 120 millones permanecen asintomáticos y 20 millones padecen una enfermedad grave¹. *S. haematobium*, se adquiere tras su penetración en la piel durante el baño en

aguas contaminadas, posteriormente puede afectar vejiga, porción distal de los uréteres, vesículas seminales, útero, cervix y vagina. Las lesiones histológicas de los esquistosomas resultan del depósito de los huevos en los tejidos, donde inducen la formación de granulomas, hiperplasia de la mucosa y formación de nódulos y pólipos que tienden a ulcerarse y sangrar (fig. 1). La hematuria es mas intensa al final de la micción, y la disuria es la manifestación mas frecuente, en áreas endémicas o tras viaje a estas áreas, tienen un alto valor predictivo de infestación por esquistosomas.

Presentamos el caso de un paciente de 9 años con residencia habitual en España, que desde hace 2 semanas presenta en todas las micciones orinas hemáticas con emisión al final de las mismas de varias gotas de sangre fresca. No refiere fiebre ni disuria. En el transcurso de la última semana consulta en varias ocasiones en Urgencia hospitalaria por hematuria persistente, donde tras realizar sedimento urinario y toma de urocultivo se remite a consulta de nefrología con cefixima oral como tratamiento. Al no