

CASO CLÍNICO

Tricomicosis Palmellina: Dermatoscopia. Reporte de dos casos de localización infrecuente.

Paulina Dassum*, Verónica Uraga**, Jessica López*** Belen Estrella***

* Médico rotante del Centro Dermatológico "Dr. Uraga"
** Dermatólogos del Centro Dermatológico "Dr. Uraga"
*** Dermatólogos de la Unidad de Pelo del Centro Dermatológico "Dr. Uraga"

Correspondencia:
paulinadassum@hotmail.com

Palabras clave: Tricomicosis, Tricobacteriosis, Corynebacterium flavescentes, Dermatoscopia

Fecha de recepción: 09/29/2022
Fecha de aceptación: 10/14/2022

RESUMEN

La Tricomicosis Palmellina (TP) es una infección bacteriana, superficial y en su mayoría asintomática causada por corinebacterias. Usualmente afecta el vello axilar, formando concreciones alrededor del tallo piloso, aunque también se ha reportado en vellos púbicos, escrotales y cuero cabelludo. Clínicamente se manifiesta de tres formas, flava (amarilla), excepcionalmente rubra (roja) o nigra (negra). Presentamos dos casos clínicos de localización atípica, los cuales acudieron a consulta por presentar cambios en la coloración y textura del vello. La primera paciente es una niña con afectación de cuero cabelludo, seguido por un varón con afectación de vello púbico de meses de evolución.

INTRODUCCIÓN

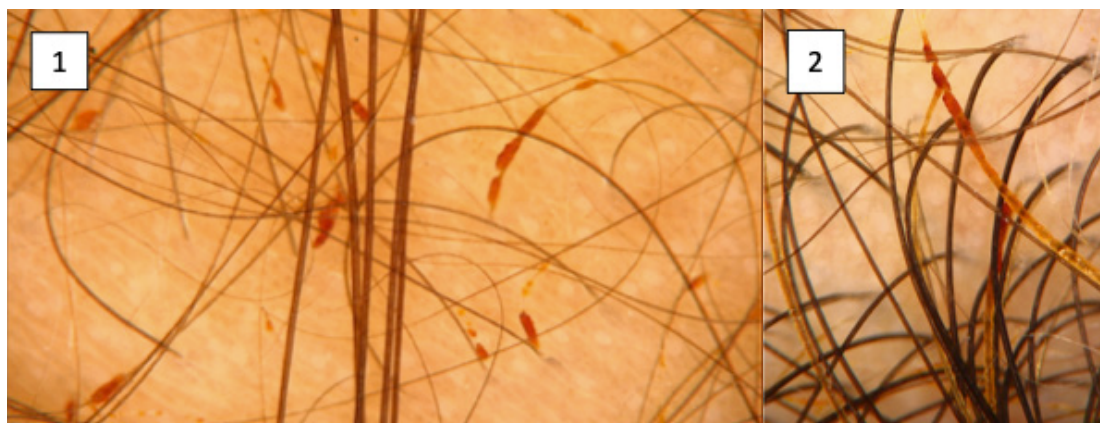
La TP es una infección superficial bacteriana, asintomática y poco frecuente que afecta los vellos axilares y menos frecuentemente, los púbicos, escrotales e intergluteos. También puede comprometer el cuero cabelludo. Clínicamente puede manifestarse de 3 formas: amarilla o flava, la cual se observa en un 95-98% de los casos y en forma excepcional, las variedades rojas (rubra) y negra (nigra).^{1,2} Se inicia por el incremento de bacterias, las cuales pueden ser parte de la flora habitual. Estas se adhieren a la superficie del vello, sin destruirlo, por medio de una sustancia cementosa, elaborada por el propio microorganismo o derivada de la excesiva sudoración.⁴

La TP es una patología cosmopolita observándose con mayor frecuencia en regiones con climas tropicales o subtropicales. Afecta mayormente a hombres. Es usualmente asintomática aunque pacientes refieren hiperhidrosis, bromhidrosis y cromhidrosis;

también consultan por notar al tacto la presencia de nódulos, cambiando la textura del mismo. Para el diagnóstico resulta suficiente los hallazgos clínicos además de la dermatoscopia y de ser necesario, luz de Wood y estudio microbiológico con KOH, tinción de Gram y cultivo. El dermatoscopio revelará concreciones o masas amarillentas, aunque también rojas y negras e irregulares que envuelven al folículo dando una imagen de "cable viejo pelado," estas concreciones respetan el ostium folicular y la piel circundante.⁵ Los diagnósticos diferenciales principales son la tricrorexia nodosa, el monilétrix, el pseudomonilétrix, la tricrorexia invaginada, la pediculosis, las vainas peripilares, las piedras, entre otros.

Caso Clínico 1

Paciente femenina de 4 años de edad sin antecedentes, acude a consulta con su madre quien refiere cuadro clínico de 4 semanas, caracterizado por cambios en



Fotos 1 y 2. Dermatoscopia que muestra las concreciones de coloración rojiza envolviendo el pelo.

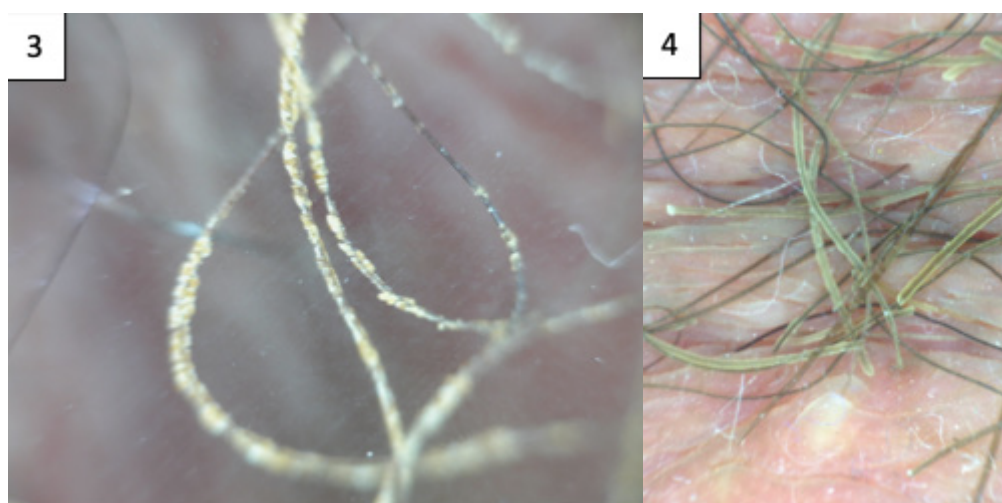


Foto 3. Dermatoscopia con imagen de cable viejo pelado. Foto 4. Similar imagen con luz polarizada.

la coloración del cuero cabelludo en región occipital además de textura irregular, sensación dura y material adherido. Al examen físico se visualiza pelos de aspecto grumoso en región occipital. Al dermatoscopia notamos que dichas concreciones tienen un aspecto irregular y color rojizo. (Foto 1 y 2).

Se solicita estudio microbiológico, el cual reveló por observación directa, estructuras cocoides y difteroides compatibles con corinebacterias gram positivas. Se evidenció pleomorfismo y bacilos en palizada en v como “palitos de tambor.” Por medio de la imagen dermatoscópica sospechamos tricomycosis variedad rubra y luego del examen microbiológico, se confirmó la misma. El tratamiento se realizó a base de ácido fusídico, dos aplicaciones al día por dos semanas. Fue reevaluada después de un mes, sin recurrencias.

Caso Clínico 2

Paciente varón 56 años de edad sin antecedentes, acude por cuadro clínico de 10 meses de evolución, caracterizado por cambios en la textura del vello púbico, además de mal olor a la sudoración. Refiere este cuadro ha evolucionado, con aumento progresivo de vellos comprometidos. A la exploración de la región escrotal, observamos cambios en la coloración de pelos con estructuras a modo de masas grumosas de coloración blanco-amarillentas, adheridas a la porción central del pelo. Mediante la dermatoscopia se observaban masas grumosas que envuelven al pelo, algunas formando concreciones blancas con una morfología que simulaba un cable pelado (foto 3) y con luz polarizada, misma imagen característica (foto 4). Se realizó diagnóstico de tricomycosis palmellina, sin necesidad de realizar estudios complementarios. Para tratamiento se usó clindamicina tópica más peróxido de benzoilo al 5% por dos semanas con curación clínica.

DISCUSION

La TP es una enfermedad de etiología bacteriana. En 1951, Crissey demostró que el agente causal no era un hongo y lo identificó como *Corynebacterium tenuis*, el cual en la actualidad se conoce como *Corynebacterium flavescentis*.⁶ Existen diferentes variedades clínicas de esta actinobacteria, en este reporte de casos presentamos la variedad flava y rubra; la última interesante por su rareza. Ambos casos de localización inusual ya que mayormente afecta axilas. En un estudio retrospectivo de 15 años realizado por Bonifaz en el 2013, 98% de los casos (55/56) fueron variedad flava y solo un caso de rubra (1.8%), además en 92% de pacientes la ubicación de la enfermedad se dio en las axilas, en el área púbica solo dos casos (3,6%).² Bonifaz también reportó tricomycosis en dos áreas corporales simultáneamente, motivo por el cual es importante un examen físico completo en un paciente que consulta por hiperhidrosis o cambios en la textura del vello.

El signo del “cable viejo pelado” es uno de los muchos nombres que han usado para describir la imagen dermatoscópica, también hay reportes del “signo de la pluma,” “signo de la brocheta”.⁵ Esta es una herramienta sencilla que puede confirmar la sospecha de la patología, descartando diagnósticos diferenciales.

También es importante destacar que la tricomycosis palmellina forma parte de la denominada “Triada de corinebacteriosis,” ésta incluye el eritrasma, la tricomycosis y la queratosis punteada, producidas por bacterias del género *Corynebacterium*.^{3,7} Un estudio pros-

pectivo de 3 años Nark-Kyoung y Beom-Joon demostró esta asociación,⁶ sugiriendo evaluar la coexistencia de las mismas al encontrarnos con un diagnóstico de TP.

Para concluir, la tricomycosis palmellina es una patología de fácil manejo que usualmente permanece infra-diagnosticada por su clínica asintomática o bien, síntomas que pasan desatendidos. Creemos, viviendo en un país tropical, la incidencia de la misma debe ser más alta e invitamos a los médicos a reportarla.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bonifaz A, et al. Tricomycosis (trichobacteriosis) en un infante. Aspectos microbiológicos, dermatoscópicos y ultraestructurales. Revista Chilena de Pediatría. 2016; RCHPE-164; No. of Pages 5.
2. Bonifaz A, Vázquez-González D, Fierro L, Araiza J, Ponce RM. Trichomycosis (trichobacteriosis): Clinical and microbiological experience with 56 cases. Int J Trichol 2013;5:12-16.
3. Blaise G, et al. *Corynebacterium*-associated skin infections. International Journal of Dermatology. 2008; 47:884-890
4. Levit F. Trichomycosis axillaris: A different view. J AM ACAD DERMATOL. 1988;18:778-9.
5. Cervantes J, Johr R, Tosti A. Dermoscopy of Yellow Concretions on Axillary Hair. Skin Appendage Disord 2018;4:86-89.
6. Nark-Kyoung R, Beom-Joon, K. A corynebacterial triad: Prevalence of erythrasma and trichomycosis axillaris in soldiers with pitted keratolysis. J AM ACAD DERMATOL. 2008; 58:57.
7. Peñaloza Martínez JA y col. Corinebacteriosis cutánea. Rev Cent Dermatol Pascua. 2001;10:141-146.