

## Feohifomicosis subcutánea en pie en paciente inmunocompetente, tratamiento quirúrgico. Reporte de caso

### Foot subcutaneous Phaeohyphomycosis in immunocompetent patient, surgical treatment. A case report

Dres. Antonio Rivas<sup>1</sup> , José Naowaki Shiozawa<sup>2</sup> .

Fecha de recepción: 16 de abril de 2015. Fecha de aceptación: 29 de noviembre de 2016.

#### Resumen

La Feohifomicosis se presenta como una infección fúngica poco común, producida por dematiáceos, cuyos agentes etiológicos son heterogéneos, con géneros como: *Exophiala* spp., *Alternaria* spp., *Bipolaris* spp., *Cladophialophora* spp., *Curvularia* spp., *Fonsecaea* spp., *Phialophora* spp. Atípica se considera la aparición en pacientes inmunocompetentes, cuyo principal mecanismo es la inoculación directa, tras un traumatismo con una especie vegetal, que pasa inadvertido. Se presenta el caso de un paciente masculino de 53 años, venezolano, agricultor, presenta en cara dorsal del pie derecho, sobre el segundo espacio interdigital, una lesión tipo granuloma. Se realizó una biopsia excisional de la lesión para su estudio histopatológico la cual reportó Feohifomicosis subcutánea. La radiología descartó algún foco infeccioso óseo. Se procedió a la excéresis quirúrgica de la lesión, asociado a itraconazol vía oral, sin signos de recidiva después de 6 meses de seguimiento. Actualmente no se cuenta con un esquema de tratamiento para el paciente inmunocompetente con Feohifomicosis. Planteamos un enfoque terapéutico para este grupo de pacientes, basados en los resultados obtenidos con este caso clínico. **Rev Venez Cir Ortop Traumatol, 2018, Vol 50 (1): 31-34.**

**Palabras Clave:** Micosis, Inmunocompetencia, Dermatomycosis, Pie, Dermatitis del Pie, Enfermedades del Pie, Neoplasias del Pie.

**Nivel de Evidencia: 4**

#### Abstract

Phaeohyphomycosis is presented as a rare fungal infection, produced by dematiaceous whose etiological agents are heterogeneous, with genres. *Exophiala* spp, *Alternaria* spp, *Bipolaris* spp, *Cladophialophora* spp, *Curvularia* spp, *Fonsecaea* spp, *Phialophora* spp. Atypical is considered the appearance in immunocompetent patients, whose main Mechanism is direct inoculation, after trauma with a vegetable species, which goes unnoticed. We present the case of a Venezuelan farmer, 53-year male patient presented in dorsum of the right foot on the second interdigital space, a lesion type granuloma. An excisional biopsy of the lesion was performed for histopathological study. The biopsy of the lesion resected subcutaneous feohifomicosis identified. Radiology rule out an infectious bone focus. He proceeded to surgical exeresis of the lesion, associated with oral itraconazole, no signs of relapse after 6 months follow up. Currently there is not a treatment regimen for immunocompetent patient with Feohifomicosis. We propose a therapeutic approach for this group of patients, based on the results obtained with this clinical case. **Rev Venez Cir Ortop Traumatol, 2018, Vol 50 (1): 31-34.**

**Key Words:** Mycoses, Immunocompetence, Dermatomycoses, Foot, Foot Diseases, Foot Neoplasms.

**Level of evidence: 4**

## Introducción

En 1974, Ajello (1) describió lesiones granulomatosas donde se observa una coloración negra debido a la presencia de melanina dentro de su estructura, en procesos causados por dematiáceos, que denominó Feohifomicosis. *Phaeo* deriva del griego *phaios* que traduce negro o gris (1,2).

<sup>1</sup>Especialista en Ortopedia y Traumatología, Cirujano de Pié y Tobillo. Adjunto de La Unidad Docente Asistencial de Cirugía Ortopédica y Traumatología (U.D.A.O.T.) del I.A.H.U.L.A, Clínica de Pie y Tobillo. Mérida, Venezuela.  
<sup>2</sup>Residente de 4to año de Post-Grado del Laboratorio de Investigación en Cirugía Ortopédica y Traumatología de la Universidad de Los Andes (L.I.C.O.T.-U.L.A.). Mérida, Venezuela.

Autor de correspondencia: Antonio J Rivas M, email: ajrivastm@yahoo.com  
Conflictos de interés: Los autores declaran que no existen conflictos de interés. Este trabajo fue realizado con recursos propios sin subvenciones.

Destacan las especies de *Exophiala*, con una atípica capacidad de afectación en el paciente inmunocompetente. Se describen las variedades superficial, cutánea, queratitis micótica, subcutánea, invasiva generalizada y cerebral (3).

Son procesos crónicos, de crecimiento muy lento como granulomas piógenos limitados al tejido subcutáneo y la dermis profunda, en algunos casos se puede formar un absceso. En pacientes inmunocompetentes se observa en trabajadores rurales con trauma previo en la piel con astillas, espinas o ramas, en su mayoría pasa inadvertido por el paciente. En inmunosuprimidos radica a nivel pulmonar, raras veces el microorganismo se introduce durante cirugía, o al aplicar una inyección con material contaminado (4).

Rees *et al* (1998) demostró una incidencia de 1:1.000.000 por año (5).

Su diagnóstico se basa y se confirma con el estudio histopatológico y su confirmación mediante cultivos micológicos repetidos (6). La melanina, le ofrece un efecto protector, originando una escasa efectividad al tratamiento médico, motivando el uso del tratamiento quirúrgico aislado o combinado con fármacos antimicóticos (7).

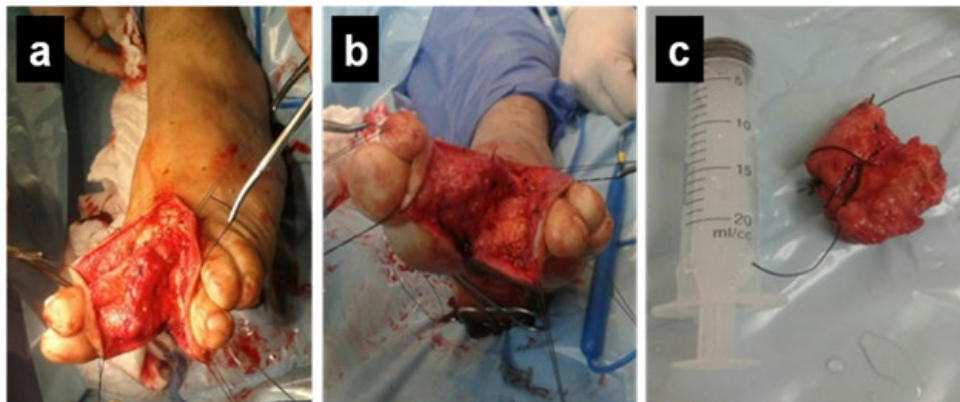
La literatura mundial e inclusive la nacional, reporta escasa, por no decir nula estadística de esta patología en inmunocompetentes, hecho que nos motivo a la presentación de este caso.

### **Caso clínico**

Paciente masculino de 53 años, inmunocompetente natural y procedente de Mucuchíes, Estado Mérida, de ocupación agricultor, quien presenta lesión en cara dorsal del pie derecho, de 2 años de evolución al momento de consultar, sobre el segundo espacio interdigital, violácea, de 5 x 3 cm de diámetro, nodular, fluctuante, escasa movilidad, adherida a planos profundos, dolorosa a la digito presión, sin fistulas, sin exudado purulento.

No se evidencia adenopatías en ninguna región corporal.

Las radiografías no reportan compromiso óseo de los huesos del antepie. Con valores de exámenes paraclínicos dentro de la normalidad. Se realiza biopsia excisional de la lesión (figura 1). El estudio histopatológico



**Figura 1.** Fotos clínicas del transoperatorio: Incisión (a y b); y lesión (c).



**Figura 2.** Dorso y planta del pie derecho, 6 meses de post operatorio.

(N°4567-16) reportó "Reacción granulomatosa con infiltrado inflamatorio de linfocitos, plasmocitos, neutrófilos, histiocitos y células gigantes multinucleadas" se observa también "zonas necróticas e hifas septadas y blastoconidas" compatibles con: Feohifomicosis subcutánea.

Actualmente 6 meses actualmente sin recidiva de la lesión (Figura 2).

## Discusión

Escasamente se encuentran reportes de Feohifomicosis subcutánea en pacientes inmunológicamente competentes, ya que estos agentes son oportunistas por elección, con una baja virulencia y se alojan normalmente en pacientes inmunodeprimidos. Su

inoculación en la mayoría de los casos nace de un traumatismo no recordado por el huésped, siendo mucho tiempo después la manifestación clínica, quien lleva a remontar aquel trauma previo

(1,2). De evolución crónica, muchas veces confundido con un simple granuloma a cuerpo extraño, hecho que condena a un diagnóstico tardío de esta patología. Otras veces se manifiesta asociado a un proceso infeccioso intralesional que simula un absceso aislado, siendo tratado con terapia antimicrobiana, con posterior recidiva de la lesión (4). Por lo mencionado anteriormente, proponemos que, en pacientes con igual clínica, se tome la conducta de realizar una biopsia preferiblemente excisional de la lesión, con el posterior estudio histopatológico de la misma, para plantear bien sea un tratamiento quirúrgico aislado o asociado con terapia antimicótico, según recidiva o no de la lesión; todo ello en el marco de un tratamiento agresivo que lleve a la erradicación de la lesión. Nuestro caso mostro un margen sin recidiva de lesión en 6 meses del post operatorio, donde se asoció la excéresis de la lesión, con itraconazol vía oral 200mg día durante 6 meses.

Nos encontramos con una patología con una limitada presentación a nivel mundial, aun más escasa en paciente con un sistema inmune integro, además con cierta controversia en si realizar una terapia aislada o combinada.

Una presentación clínica similar entre procesos infecciosos bacterianos o simples reacciones histológicas, incluso aún más grave, con lesiones oncológicas, las cuales debemos tener en mente para los posibles diagnósticos diferenciales.

Debido a la evolución de 6 meses sin recidiva de la lesión, concluimos que para pacientes inmunocompetentes, el tratamiento de elección debe ser el quirúrgico mediante

excéresis de la lesión, con el posterior estudio histopatológico de la pieza, para confirmar el diagnóstico, asociado con el cultivo seriado para definir el agente fúngico involucrado; para nuestro caso además se asoció terapia antimicótica con itraconazol por vía oral.

Debido a que son muy limitados los casos de la literatura, pensamos que reportar la experiencia con este caso, llevara a sumar beneficios en el enfoque terapéutico de esta infección por hongos.

### **Referencias**

1. Ajello L. Phaeohyphomycosis: definition and etiology. 3rd International Conference on the Mycoses; 1975; Scient Publishing (304); 1975:126-30.
2. Burns T, Breathnach S, Cox N, Griffiths C. Rook's Textbook of Dermatology. 8a ed; 2010:4362.
3. Mcginnis M, Ajello L. A new species of *Exophiala* isolated from channel cat fish. *Mycologia*. 1974; 66(3):518-20.
4. García P, Márquez A, Gené J. Infecciones humanas por levaduras negras del género *Exophiala*. *Revista Iberoamericana Micología* 2002;19:72-9.
5. Rees J, Pinner R, Hajjeh R, Brandt M, Reingold A. The epidemiological features of invasive mycotic infections in the San Francisco Bay area, 1992-1993: results of population-based laboratory active surveillance. *Clin Infect Dis*. 1998; 27(5):1138-47.
6. Vidal GC, Rodríguez N y Boccardo N. Feohifomicosis subcutánea. *Med Cutan ILA* 2001;29(6):360-3.
7. Singal A, Pandhi D, Bhattacharya S, Das S, Aggarwal S, Mishra K. Pheohyphomycosis caused by *Exophiala spinifera*: a rare occurrence. *Int J Dermatol*. 2008; 47(1):44-7.