

Tricomycosis axilar

RESUMEN

Se comunica un caso ilustrativo de tricomycosis axilar en un paciente diabético de 54 años de edad.

Palabras clave: tricomycosis axilar, *Corynebacterium flavesens*.

Patricia Chang¹
Rocío Rodríguez-Pellecer²

¹ Dermatóloga.

² Estudiante electiva, Servicio de Dermatología.
Hospital General de Enfermedades, IGSS, Guatemala.

Axillary trichomycosis

ABSTRACT

This paper reports an illustrative case of axillary trichomycosis in a 54 year-old male with diabetes.

Key words: axillary trichomycosis, *Corynebacterium flavesens*.

Recibido: 20 de mayo 2015

Aceptado: 17 de julio 2015

Correspondencia: Dra. Patricia Chang
Paseo Plaza Clinic Center Of 404
3ª av 12-38 zona 10, Guatemala
pchang2622@gmail.com

Este artículo debe citarse como
Chang P, Rodríguez-Pellecer R. Tricomycosis axilar.
Dermatol Rev Mex 2015;59:446-450.

ANTECEDENTES

La tricomicosis axilar es una condición poco frecuente, caracterizada por la infección de la porción extrafolicular del pelo¹ de predominio axilar.² El agente causal es *Corynebacterium tenuis*. A pesar de que la tricomicosis axilar es frecuente en climas cálidos, es infrecuente y raramente se diagnostica en nuestro medio. A continuación se comunica un caso ilustrativo.

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 54 años de edad con diabetes mellitus de cuatro años de evolución, controlado con 50 unidades de insulina NPH, que acudió al servicio de urgencias por prurito diseminado al tórax, la espalda y las axilas de un mes de evolución, motivo por el que se realizó interconsulta al Servicio de Dermatología.

A la exploración física se encontró una dermatosis diseminada al tórax anterior y posterior y las axilas, constituida por placas eritematoescamosas. Como hallazgo, durante el examen físico se encontró una segunda dermatosis localizada al vello axilar, constituida por placas amarillentas alrededor del mismo, que producían un olor desagradable (Figuras 1 a 3).

Inició su padecimiento con picazón en el tórax anterior y las axilas, por lo que se aplicó hexaclorurogammabenceno durante cinco días con lo que empeoró el cuadro clínico; de la dermatosis del vello axilar refirió no haberse percatado.

Con los datos clínicos se hicieron los diagnósticos de eccema de contacto y tricomicosis axilar. Se realizó examen directo y microscopia óptica del vello axilar.

El examen directo con tinta Parker mostró concreciones bacterianas (Figura 4), se observó una vaina amarillenta alrededor del pelo al micros-



Figura 1. Vista panorámica de la lesión.

copio de luz (Figura 5) y con luz polarizada (Figura 6).

Se hizo el diagnóstico de tricomicosis axilar variedad flava y se indicó rasurar los pelos axilares y la aplicación tópica de ácido fusídico 2% tres veces al día durante 10 días, con curación de la dermatosis.

DISCUSIÓN

La tricomicosis axilar, también conocida como tricomicosis nudosa, pilonodosis palmerina, tricomicosis cromática, triconocardiosis axilar, leptotricosis axilar, tricobacteriosis axilar, triconodosis bacteriana y tricocorynebacteriosis axilar,^{3,4} es poco frecuente y se distingue por la infección de la porción extrafolicular del pelo,¹ especialmente de la región axilar.²



Figura 2. Tricomicosis axilar variedad flava.



Figura 3. Acercamiento de los vellos axilares de color amarillo.

En la antigüedad se consideraba una infección fúngica;^{5,6} sin embargo, a través de los años se logró establecer el agente causal. En 1863, Voigt

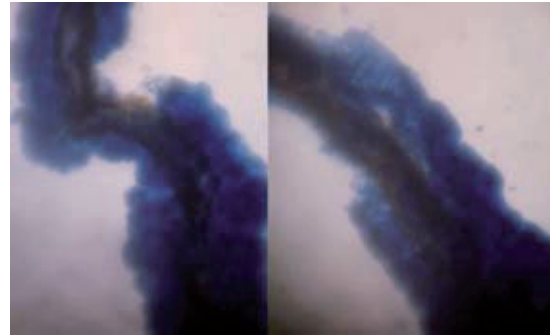


Figura 4. Tinta Parker donde se observan las concreciones azules alrededor del vello.



Figura 5. Aspecto microscópico de la tricomicosis axilar.

describió por primera vez el cuadro característico y seis años después, Paston, por su semejanza con *T. tonsurans*, la denominó tricomicosis. En 1912, Castellani diferenció tres variedades clínicas e identificó como agente causal *Nocardia tenuis*; en 1951, Crissey demostró que el agente causal no se trataba de un hongo y lo identificó como *Corynebacterium tenuis*. La taxonomía bacteriana actual lo categoriza como *Corynebacterium flavescens* aclarando su origen bacteriano superficial, debiéndose llamar correctamente tricobacteriosis.^{2,7-9}



Figura 6. Mismo pelo visto al microscopio con luz polarizada.

Aunque es una enfermedad cosmopolita,¹ prevalece en países de clima templado, zonas altamente tropicales, como Centro y Sudamérica, donde la precipitación pluvial, la altitud y la humedad favorecen el crecimiento del microorganismo.¹⁰ Forma parte de la flora normal de la piel y en estas condiciones de humedad y calor promueve la invasión, extensión y reproducción en el pelo de la zona afectada.¹¹ Predomina en el sexo masculino, en quienes factores como hiperhidrosis y mala higiene desencadenan su aparición; la menor incidencia en mujeres se debe a la ausencia del vello;¹² se han reportado algunos casos de transmisión de persona a persona, asociada con hacinamiento.²

Es causada por bacterias grampositivas,¹³ se han demostrado tres tipos diferentes de difteroides en los nódulos o concreciones, y el microorganismo causal no puede atribuirse únicamente a la del género *Corynebacterium flavescent* (85% de los casos), porque en las formas negra y roja se han descrito *Micrococcus castellani* y *Micrococcus nigricans*.²⁻¹⁴ Las vainas nudosas blandas y concreciones blanquecinas que envuelven al pelo son de carácter lipídico y engloban en una biopelícula a las formas cocoides y bacilares del agente etiológico.^{1,2} Por lo general, se localiza en

el tallo del vello axilar, aunque se han reportado casos de tricomicosis escrotal¹⁵ y en el pelo terminal de la piel cabelluda.⁴ En condiciones de humedad, penetran por una erosión del pelo formando una colonia debajo de la cutícula, que progresa hacia su extremo distal; este material de concreción se extiende a lo largo del eje del pelo, conteniendo además, sudor apocrino seco. Existe la teoría de que los microorganismos atrapados en esta vaina adhesiva escapan del ataque inmunológico por el anfitrión y dan lugar al mal olor característico.¹⁶⁻¹⁹

El cuadro clínico generalmente es asintomático y pasa inadvertido para quien lo padece, pero en ocasiones, al combinarse la transpiración con los productos del metabolismo bacteriano, se producen manchas en la ropa y mal olor, lo que motiva la consulta médica.² Los pequeños nódulos que envuelven al pelo en un inicio no son visibles, únicamente se detecta a la palpación un ligero engrosamiento;¹ pueden variar de color, desde amarillo crema (flava), un tono rojizo (rubra) e incluso, puede llegar a ser de color negro (nigra); la flava es la más común (85%). La piel casi nunca está afectada y no se deteriora el folículo piloso, la evolución es crónica con recidivas frecuentes.^{1,2,7-11} Existen reportes de la tríada corinebacteriana asociada con la actividad polimicrobiana: tricomicosis, eritrasma y queratolisis punctata.²

El diagnóstico se realiza mediante la historia clínica, la exploración física que incluya luz de Wood con fluorescencia blanco-amarillenta y el examen directo con hidróxido de potasio (KOH) que muestra una masa homogénea de material mucoide que recubre el pelo sin romperlo. Puede realizarse tinción de Gram, que es positiva para estructuras cocoides y difteroides propias de *Corynebacterium* dispuestas en abanico. El cultivo es difícil y con tasa de crecimiento baja;¹⁻²⁰ a las 48 horas se esperaría ver colonias puntiformes blanquecinas, heterogéneas, brillantes y duras.⁷ El diagnóstico diferencial incluye: piedra blanca,

piedra negra, pediculosis capitis, moniletrix, tricorrexis nodosa y moldes de queratina por dermatitis seborreica.¹⁻⁷

El tratamiento consiste en el rasurado o depilación del área afectada, la práctica de una higiene adecuada con jabones antisépticos, como el de ácido benzoico, el uso de antitranspirantes y la administración tópica de antibióticos como eritromicina, clindamicina y antifúngicos imidazólicos.^{7-18,21}

Agradecimiento

Al Prof. Dr. Med. Eckart Haneke por las fotos microscópicas del caso.

REFERENCIAS

1. Zuiani M, Bava A. Tricomosis axilar: a propósito de un caso. *Acta Bioquím Clín Latinoam* 2007;41:559-562.
2. Luna J, Villanueva J, Balcazar L. Tricomosis: Una patología infrecuente de localización inusual. *Dermatol Perú* 2012;22:38-41.
3. Arenas R. Tricomosis axilar. *Dermatología Atlas Diagnóstico y tratamiento*. 1ª ed. México: McGraw-Hill, 1987;128:500-502.
4. Bonifaz A. Seudomosis superficiales, tricomosis. *Micología Médica Básica*. México: McGraw-Hill, 2012;11:171-175.
5. Bargman H. Trichomycosis of the scrotal hair. *Arch de Dermatol* 1984;120:299.
6. McBride ME, Duncan WC. Trichomycosis axillaris. *Arch Dermatol* 1972;105:459-460.
7. Arce M, Villarreal I. ¿Pseudomosis superficiales o corinebacteriosis cutáneas? *Dermatol Rev Mex* 1999;43:S10-17.
8. Giles G, Khalil I. Is the incidence of trichomycosis of genital hair underestimated? *J Am Acad Dermatol* 1991;24:297-298.
9. Peñalosa J, López A. Corinebacteriosis cutánea. *Rev Cent Dermatol Pascua* 2001;10:143-142.
10. Savin JA, Somerville A, Noble WC. The bacterial flora of trichomycosis axillaris. *J Med Microbiol* 1970;3:352-356.
11. Baker H. Trichomycosis. Rook A, Wikinson D, Ebling F. *Text book of dermatology*. 5th ed. Oxford: Blackwell Scientific Publications, 1992;1:505-506.
12. García M, Ruíz H, Pérez R, Marín P, Mira J. Hiperhidrosis y nódulos en pelos axilares. *Enferm Infec Microbiol Clin* 2001;19:177-178.
13. Vélez H, Borrero J, Restrepo J, Rojas W. *Diccionario dermatológico, Dermatol, Fundamentos de Medicina*. 7ª ed. Corporación para investigaciones biológicas. Medellín, Col., 2009;93.
14. Penner J. Diseases of the skin appendages. En: Domonkos A. *Trichomycosis axillaris. Diseases of the Skin, Clinical Dermatology*. 6th ed. Philadelphia: WB Saunders Company, 1971;839-2.
15. Sánchez J, Cochón M, García D. Tricomosis escrotal: Primer caso publicado en el Instituto Dermatológico y Cirugía de Piel Dr. Huberto Bogaert Díaz. *Rev Dominicana de Dermatol* 2010;37:52-54.
16. Levit F. Trichomycosis axillaris: a different view. *J Am Acad Dermatol* 1988;18(4 Pt 1):778-779.
17. Coyle MB, Lipsky BA. Coryneform bacteria in infectious diseases: clinical and laboratory aspects. *Clin Microbiol Rev* 1990;3:227-246.
18. Orfanos CE, Schloesser E, Mahrle G. Hair destroying growth of *Corynebacterium tenuis* in the so-called trichomycosis axillaris. New findings from scanning electron microscopy. *Arch Dermatol* 1971;103:632-639.
19. Shelley WB, Miller MA. Electron microscopy, histochemistry, and microbiology of bacterial adhesion in trichomycosis axillaris. *J Am Acad Dermatol* 1984;10:1005-1014.
20. Silva E, Lizama H, Logemann A. Tricomosis infantil. *Med Cutan Iber Lat Am* 2008;36:91-93.
21. Woon K, Won C, Hyun W, Hun H, Nam K. Comparative study of benzoyl peroxide versus erythromycin in trichomycosis axillaris and pubis. *Kor J Med Mycol* 2005;10:70-75.