

## **GRANULOMA TRICOFITICO \***

Dr. CESAR LIZARDO \*\*

Dr. OSCAR REYES \*\*

Dr. DANTE BORELLI \*\*

El granuloma tricofítico es una afección raramente comprobada en nuestro medio, y este hecho nos ha motivado para la publicación de un caso observado y estudiado por nosotros.

De la literatura consultada, hemos creído de interés incluir tres trabajos que consideramos de suma importancia.

Majocchi, D. <sup>1</sup> comunica los resultados de sus estudios histomicológicos sobre casos que él cree deben considerarse de características especiales que ameritan separarlos de las otras tricoficias.

Concluye que: 1° Hay una nueva tricoficia del cuero cabelludo caracterizada por tumefacciones aplanadas, algo dolorosas a la presión, sin eritema o ligeramente eritematosas, sin descamación, con halo hipocrómico, con cierta simetría, que pueden hacerse blandas o fluctuantes, como pequeños abscesos subcutáneos.

2° Las lesiones tienen un estadio herpético, herpes tonsurante, manchas herpéticas, con formación de pseudoáreas.

3° Desde el punto de vista patogénico, las lesiones se deben a foliculitis y perifoliculitis crónica producidas por la acción irritante del hongo que penetra al dermo.

---

\* Caso presentado en el primer Congreso Venezolano de Dermatología, Caracas, diciembre de 1967.

\*\* Profesores titular, asociado y titular, respectivamente, de la Cátedra de Dermatología de la Universidad Central de Venezuela, Servicio de Dermatología del Hospital Universitario de Caracas.

4º Histológicamente existe un granuloma subcutáneo, tejido de granulación rico en vasos, con células gigantes, dando el aspecto de masas de tubérculos; puede haber trozos de pelos parasitados por el hongo, el cual puede ser muy abundante, como si fuera un cultivo de filamentos de hifas, simples, ramificaciones o conidióforos.

5º De acuerdo con estos estudios. puede admitirse la penetración del hongo a la dermis (negado por algunos) : pero debe entenderse que la vía de penetración dérmica es siguiendo la vía del aparato pilosebáceo y el hongo debe de estar en estado miceliar.

6º La nueva tricoficia la produce la forma hífica del hongo.

7º El granuloma tricofítico se diferencia, pues, del querion y de otras tricoficias.

8º El desarrollo de esta forma tricofítica puede estar influida por el estado linfático del paciente, que puede influir en la formación de una flogosis neoformativa y no superativa.

Majocchi <sup>2</sup> observó dos casos de granuloma tricofítico; uno de ellos correspondía a una muchacha de nueve años de edad, agricultora, con lesiones furfuráceas del cuero cabelludo, ligeramente pruriginosas, que mejoró algo con curas locales pero presentaba recaídas. Los familiares habían observado nudos redondeados en las zonas furfuráceas.

Al examen se encontró tricoficia del cuero cabelludo que había dado lugar al granuloma.

Nodulitos hemiesféricos contiguos, el mayor como una avellana, poco dolorosos y cubiertos por piel alopecica; alrededor existían cabellos truncados y pequeñas escamas blancas adherentes. Se confirmó el diagnóstico examinando trozos de cabellos en el microscopio. Se hizo cultivo y biopsia. Se instaló tratamiento, pero la paciente fue perdida de vista.

El segundo caso era un joven también de nueve años de edad que tenía caspa resistente, adherente al cuero cabelludo, sin molestias, salvo discreto prurito. A los pocos meses se desarrollan nódulos aislados y confluentes, asintomáticos, de tamaño variable.

Al examen se encontró el granuloma tricofítico. Eran doce nódulos grandes y otros pequeños cubiertos por piel blanca, rosada o cianótica, alopecica, no descamante, sobre la cual se nota la presencia del folículo. Los más grandes eran nódulos blandos casi fluctuantes; alrededor de ellos se observaban cabellos rotos y descamación folicular. Era una tricoficia tonsurante a pequeñas placas. El examen microscópico del pelo confirmó el diagnóstico. Se hizo biopsia de un nódulo; se hizo cultivo. Tratamiento por rayos X y pomada sulfosalicilada; a los dos meses, curación.

Majocchi llama la atención sobre la morfología clínica, diferente a las otras tricoficias (no da figuras circinadas o anulares).

En el granuloma tricofítico falta el aspecto fávico.

Señala como típico que la piel sufre importantes transformaciones: lisa y no descamante, alopecica, con desaparición de folículos; el nódulo evoluciona (estados enoplástico, degenerativo y ulceroso) y raramente sufre fusión purulenta.

Insiste en las diferencias clínicas con el querion y la sicosis, que son procesos piodermíticos agudos, foliculares y perifoliculares y no granulomatosos.

Histológicamente señala la presencia de focos jóvenes granulomatosos de tendencia degenerativa como más frecuentes que la reacción fibrosa queloidiforme. Hay presencia de pelo tricofítico o grupos de esporas, luego corona de células gigantes y luego células epitelioides, leucocitos mono y polinucleados y plasmacélulas.

Pueden verse pelos tricofíticos fuera del foco granulomatoso, especialmente cuando el proceso se encamina hacia la etapa fibrosa.

En el querion y la sicosis pueden encontrarse focos granulomatosos, pero siempre coincidiendo con foliculitis y perifoliculitis; aquí la formación granulomatosa es secundaria.

En los cultivos señala: en el primer caso estudiado, *Tr. cerebriforme*, y en el segundo caso, *Tr. plicatilis*. Pero señala que es más frecuente el *Tr. violaceum* y que además se ha encontrado el *Tr. rosaceum*.

J. Walter Wilson, Orda A. Plunkett y Avis Gregersen<sup>3</sup> refieren que los dermatofitos están propensos a limitar su actividad patogénica a la piel, careciendo de habilidad para sobrevivir en tejidos profundos; sin embargo, algunos de estos hongos producen entidades bastante bien conocidas como el querion de Celso, las dermatofitides y el granuloma tricofítico de Majocchi.

Los autores describen catorce casos de esta última condición. Por lo general, estos casos presentaban lesiones nodulares de las piernas, especialmente de la parte inferior de las mismas, debida a una infiltración granulomatosa que rodeaba al folículo piloso.

El *Tricophyton rubrum* (*purpureum*) fue siempre conocido en cultivos de material superficial y profundo obtenido de la piel enferma.

Los cortes teñidos por Hotchkiss-Mc Manus revelaron elementos fúngicos en la vaina del pelo y en las áreas granulomatosas del corion. Los autores consideran que los casos estudiados recuerdan estrechamente al granuloma tricofítico de Majocchi en muchos aspectos.

El tratamiento ha sido considerado como satisfactorio en la gran mayoría de los casos usando yoduro de potasio oralmente, radioterapia superficial y aplicación de fungicidas locales en ungüentos o en lociones.

#### **DESCRIPCION DEL CASO**

Paciente C. G., sexo femenino, color blanco, de veintiocho años de edad, natural de España, de oficios propios del hogar.

Consultó el día 8-1-67 por manchas acrómicas o intensamente hipocrómicas, irregulares, alternando con manchas eritematosas variablemente infiltradas, en la cara anterior de las piernas, algunas equimosis y telangiectasis. (Foto 1) . Ocho meses de evolución, lentamente progresiva.

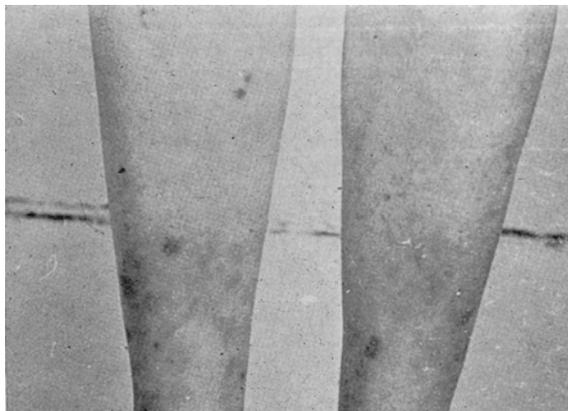


Foto 1 Manchas y placas, variablemente infiltradas, en la cara anterior de las piernas.

Ausencia de síntomas subjetivos. No hay concomitantes.

La impresión diagnóstica inicial fue de necrohiosis lipofídica.

¿Atrofia blanca de Millian? ¿Foliculitis? Los exámenes complementarios de rutina, curva de tolerancia para la glucosa, electroforesis de proteínas, macro y crioglobulinas, fueron normales.

Una primera biopsia dio el siguiente resultado:

Infiltrado linfohistiocitario perivascular, basofilia y edema del colágeno, algunos eritrocitos, edema. Sudan IV negativo; Perl negativo.

Recibió como tratamiento Flavol P4, Decadrón oral, Celestamine y vitaminas.

Una segunda biopsia dio el resultado siguiente (cortes seriados):

Esbozo de estructura tuberculoide en dermis media con formaciones filamentosas de paredes PAS + intra y extracelulares (fotos 2, 3 y 4).

## GRANULOMA TRICOFITICO...

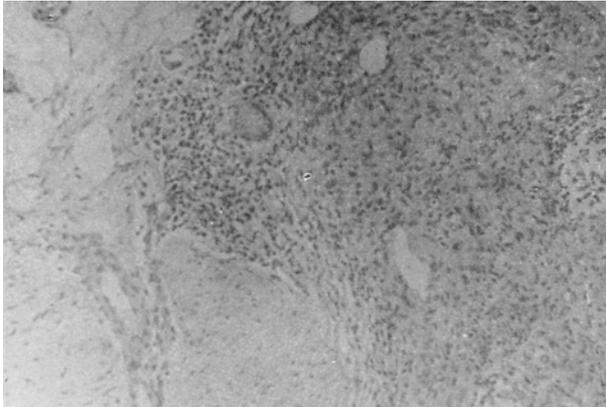


Foto 2 (H-E Ojt. 10). Granuloma tuberculoide en el espesor de la dermis.

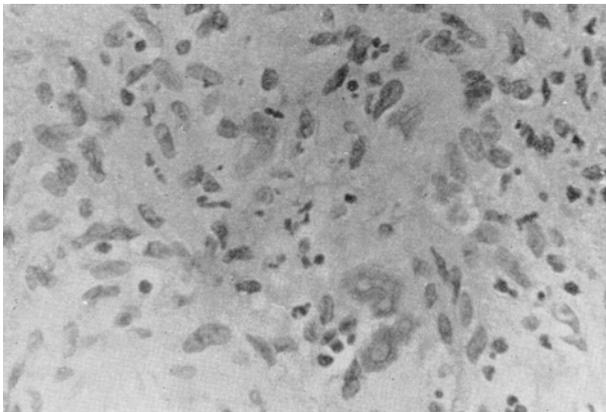


Foto 3 (PAS Obj. 60). Estructuras fúngicas en el seno del granuloma.

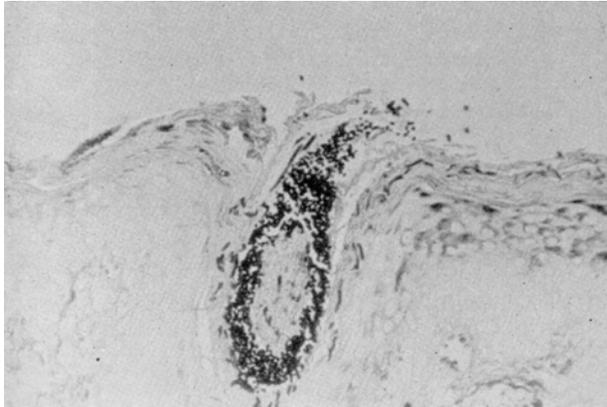


Foto 4 (Impregnación con plata, Grocott; Obj. 10). Estructuras micóticas en la estructura del folículo piloso.

Posteriormente la paciente recibió nuevamente Celestamine, vitamina C, complejo B, vitamina A y sales biliares.

La combinación antihistamínica-esteroide provocó una erupción acneiforme de la cara que desapareció a las pocas semanas de suspender el tratamiento.

En controles clínicos posteriores, la piel de las piernas luce difusa ligeramente hipocrómica y brillante, pero sin lesiones activas.

#### RESUMEN Y COMENTARIOS

De acuerdo a la literatura consultada, especialmente en relación con el trabajo publicado por el doctor J. Walter Wilson y colaboradores, el granuloma tricofítico es una entidad infrecuente y que puede confundirse clínicamente con algunas dermatosis.

En nuestro caso, los diagnósticos iniciales fueron de necrobiosis lipídica diabeticorum, atrofia blanca de Milliam y de foliculitis, y creemos que en ausencia o imposibilidad de comprobar estos diagnósticos, la insistencia en el estudio de los cortes histológicos, encontrando las lesiones granulomatosas y filamentos fúngicos, fue lo que nos permitió

pensar que nuestro caso podía ser diagnosticado como granuloma tricofítico, a pesar de que no pudo ser verificado el estudio micológico directo y de cultivo. Creemos interesante observar que habiendo indicado medicación esteroidea-antihistamínica, no teniendo en ese momento ningún diagnóstico preciso, las lesiones regresaron totalmente.

#### SUMMARY AND COMMENTS

According to the literature reviewed by the authors -especially Dr. J. Walter Wilson's paper-, trichophytic granuloma is very infrequent and can be confused with many other dermatoses.

In our case, the initial tentative diagnoses were Necrobiosis lipoidica diabetorum, Milian's white atrophy and folliculitis.

We believe that the study of histologic sections was the only means that permitted us to think in the possibility of a diagnosis of Trichophytic granuloma due to the presence of granulomatous lesions and fungic filaments. Direct mycologic study or cultures were not done. It is of interest to point out that treatment with corticosteroids and anti-histaminics made, all the lesion disappear rapidly.

#### BIBLIOGRAFIA

1. **Boll. R. Academia Medica di Roma**, vol. 9, 1883, pág. 220-224. Majocchi, D. "Sopra una nuova tricofizia (granuloma tricofitico). Studi clinici e micologici".
2. **Giornale Italiano Malattie Veneree e della Pelle**, 1920. Majocchi: "Contribuzione clinica, istologica e micologica sul granuloma Tricofitico, p. 397.
3. "Nodular Granulomatous Perifolliculitis of the legs caused by Trichophyton Rubrum", J. Walter Wilson, M. D. Orda A. Plunkett, M. D. and Avis Gregersen, F.B.P.A., **Archives of Dermatology and Syphilology**. March 1954, vol. 69, number 3.