

Tricobacteriosis (tricomicosis): una patología infrecuente de localización inusual

Luz Marina Aular-Machado¹, Arianny Silva-Sira², Fernando Gómez-Daza³.

<http://doi.org/10.70181/DV.2023.2.61.08>

Resumen:

La tricobacteriosis es una infección bacteriana del pelo causada por el *Corynebacterium flavescens*, que afecta más comúnmente el pelo axilar. Se caracteriza por la presencia de concreciones que rodean el pelo afectado sin romperlo. El eritrasma puede coexistir a esta entidad, pero existen pocos casos reportados en la literatura. Se presenta el caso de un paciente adulto, con ambas entidades y evolución satisfactoria.

Palabras clave: tricobacteriosis, tricomicosis, *corynebacterium spp*, hiperhidrosis, bromhidrosis.

Trichobacteriosis (Trichomycosis): infrequent pathology of unusual location

Summary

Trichobacteriosis is a bacterial hair infection caused by *Corynebacterium flavescens*, which most commonly affects the axillary hair. It is characterized by the presence of concretions that surround the affected hair without breaking it. Erythrasma can coexist with this entity, but there are few cases reported in the literature. The case of an adult patient is presented, with both entities and satisfactory evolution.

Key words: trichobacteriosis, trichomycosis, *corynebacterium spp*, hyperhidrosis, bromhidrosis.

1. Dermatólogo. Clínica El Viñedo, Valencia.
2. Residente del postgrado de Dermatología y Sifilografía, Hospital Universitario de Caracas, Universidad Central de Venezuela.
3. Micólogo. Laboratorio de Micología y Enfermedades Tropicales, Valencia.

Autor para correspondencia:
Luz Marina Aular-Machado.
E-mail: luzmaular@gmail.com

Recibido: 04-02-2023
Aceptado: 26-02-2024

Introducción

La tricomicosis es una infección bacteriana del pelo, causada por el género *Corynebacterium*, por lo que el término tricomicosis es inapropiado y debe adoptarse el término tricobacteriosis como lo han descrito varios autores^{1,2}. Se caracteriza por la formación de nódulos o masas bacterianas (concreciones) que crecen alrededor del tallo piloso, afectando predominantemente los pelos de la axila y con menos frecuencia el pubis, región escrotal e interglútea¹⁻³. Se considera una enfermedad subdiagnosticada porque tiende a ser asintomática⁴.

La familia de las corinebacterias también es responsable del eritrasma, que afecta los principales pliegues del cuerpo y regiones interdigitales⁵. Estas entidades pueden coexistir, sin embargo, son pocos los casos reportados⁶. Hasta la fecha, no existen casos documentados en la literatura nacional.

Caso clínico

Se presenta el caso de un paciente masculino de 32 años de edad, natural y procedente de la localidad, de profesión psicólogo, quien acudió a consulta por presentar eritema y prurito en el área inguinoescrotal, concomitantemente hiperhidrosis, bromhidrosis ocasional, el paciente refirió no acostumbrar a realizar depilación del área. Al examen físico se observó sobrepeso, fototipo IV, placas eritematosas, de bordes irregulares, descamativas, localizadas en la región inguinal bilateral, con excoriaciones y eritema escrotal, con presencia de vellos de color blanquecino que en primera instancia se interpretaron como canas (Figura 1). Con la luz de Wood se observó fluorescencia rojo coral en región inguinal y vellos púbicos de color amarillento (Figura 2). Resto del examen físico sin alteraciones.



Figura 1.- Tallos pilosos parasitados en región escrotal. Cúmulos o concreciones amarillentas alrededor de tallos pilosos en escroto tipo ectothrix.

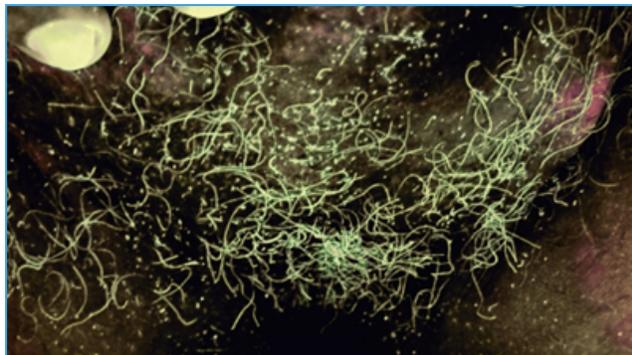


Figura 2.- Exposición a la luz de Wood, fluorescencia amarilla en los tallos pilosos parasitados de región escrotal.

Se indicó aseo del área con clorhexidina en solución jabonosa y clindamicina al 1% tópica BID por 14 días. Acudió a control con mejoría de las lesiones eritematosas, pero persistencia de prurito y afectación de vellos púbicos con fuerte fluorescencia amarilla a la lámpara de Wood. Se realizó examen directo micológico con hidróxido de potasio (KOH) al 10%, observando cúmulos o concreciones alrededor de los tallos pilosos en escroto tipo ectothrix constituidos por formas bacterianas en la muestra examinada (Figuras 3 y 4). Con la tinción de Kane se observaron: cúmulos o concreciones alrededor de los tallos pilosos en escroto tipo ectothrix constituidos por formas bacterianas de morfología bacilar y cocoides. El cultivo micológico resultó sin crecimiento de hongos patógenos. Se confirmó el diagnóstico de Tricobacteriosis. Se indicó rasurado de la zona y tratamiento tópico con ácido fusídico al 2% BID por 21 días, con mejoría significativa en controles sucesivos, pero con persistencia de la hiperhidrosis.



Figura 3.- Examen directo con KOH 10% (400x)

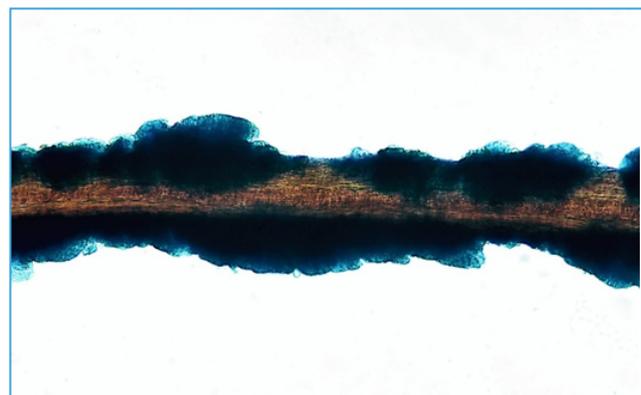


Figura 4.- Examen directo con KOH 10% más negro amido (400x).

Discusión

Las infecciones cutáneas causadas por la familia de las corinebacterias constituyen un grupo de entidades que se desencadenan por alteraciones de la microbiota cutánea, donde al existir un ambiente cálido y húmedo bajo oclusión, facilita una mayor colonización bacteriana⁶. Las enfermedades causadas por bacterias corineformes incluyen queratólisis punctata, eritrasma y tricobacteriosis. Estas pueden coexistir en un individuo al mismo tiempo, formando diadas o "tríada corinebacteriana"^{7,8}.

En un estudio de un hospital terciario donde incluyeron a 75 pacientes con características clínicas y epidemiológicas distintivas de estas afecciones, demostraron que el eritrasma y la tricobacteriosis representaban sólo el 10,7 y 9,3% de los casos, respectivamente⁶. Siendo aún más infrecuente la presentación simultánea, sin afectación plantar⁹ como en nuestro paciente.

El eritrasma es causado típicamente por *Corynebacterium minutissimum*, y afecta principalmente a diabéticos y ancianos. Se caracteriza clínicamente por placas hiperpigmentadas o eritematosas con descamación e hipopigmentación central en áreas intertriginosas, húmedas, las cuales a la exploración con luz de Wood se observa fluorescencia rojo coral brillante^{9,10}, por lo que su diagnóstico no suele representar dificultad para los clínicos y responde satisfactoriamente a tratamiento antibiótico tópico.

La tricobacteriosis fue descrita por primera vez en 1869 por Paxton, en un paciente que tenía estructuras semejantes a moldes blanquecinos en pelos afectados de la axila¹¹. Durante varios años se creía que era un hongo, y no es hasta 1952 que identificaron similitudes con las especies de *Corynebacterium*^{4,11}. Esta es una infección bacteriana de la porción extrafolicular del pelo, producida por el actinomiceto coriniforme *C. flavescens*¹; bacteria aeróbica, grampositiva, compuesta de formas bacilares y difteroides, perteneciente al denominado grupo 2 (LD2) y está relacionada con la variante clínica más común, amarilla o flava; aunque también se ha descrito una rubra (roja) y una negra^{2,4}.

Se origina por contacto del agente etiológico con el tallo del pelo, el cual se adhiere a su superficie, donde la sudoración apocrina

favorece la reproducción bacteriana^{1,2}. Estos cúmulos de bacterias no penetran la corteza o médula del pelo, solo afecta la superficie, además se desarrollan con lentitud hasta formar las concreciones o nódulos alrededor del tallo piloso, conllevando al cambio de la textura del mismo.^{2,4}.

Su prevalencia es mayor en países tropicales con climas húmedos y cálidos. Los factores de riesgo de transmisión son el aumento de la temperatura local, la humedad, obesidad o sobrepeso y mala higiene. Es más frecuente en adultos jóvenes entre los 20 y 50 años en el 91% de los casos; aunque se han reportado casos pediátricos^{2,4}. Predomina en el sexo masculino con una relación 9:1, lo que se puede explicar por las diferencias fisiológicas de género, además, porque las mujeres tienden a afeitarse con mayor frecuencia^{1,2,4}.

Se considera una enfermedad subdiagnosticada ya que suele ser asintomática. En 2013, Bonifaz *et al.*, informaron una serie de casos de 56 pacientes, donde el 92% presentaba afectación axilar y solo 7,2% correspondió a afección púbica e interglútea². Las manifestaciones más comunes son el cambio de textura y la bromhidrosis en un 40% aproximadamente. Otros síntomas son hiperhidrosis, cambio de color y prurito^{1,2,4}.

El diagnóstico es principalmente clínico, pero existen herramientas útiles que permiten confirmar el diagnóstico. La fluorescencia de luz de Wood es variable (amarillenta, roja o negra) siendo la amarillenta (flava) la más frecuente^{1,3}. En la dermatoscopia se usa la luz polarizada y se observan estructuras algodonosas adosadas al pelo dando un aspecto de "rosario de piedras cristalinas"^{2,4}. El examen micológico directo muestra un material opaco que cubre la fibra capilar, sin invasión de la corteza. El estándar de oro es la observación de concreciones bacterianas en el pelo^{3,4}. El cultivo es difícil y con baja tasa de crecimiento², como fue observado en el caso presentado. Existen varios diagnósticos diferenciales: piedra, tricorrexis nodosa, pediculosis, molinetrix, cromhidrosis^{1,2,4}.

El tratamiento incluye medidas generales como la mejoría de la higiene, el uso de antitranspirantes, rasurado de la zona afectada, queratolíticos, más antibióticos tópicos, principalmente clindamicina 1% crema o ácido fusídico 2%. El tratamiento es sencillo, pero las recurrencias se deben a un tratamiento inadecuado o cuando solo se trata con afeitado^{2,4}.

Conclusión

Se presenta el caso de un paciente masculino con una díada corinebacteriana en la región inguinoescrotal, con buena respuesta al tratamiento tópico. A pesar que en la primera consulta no se llega al diagnóstico, la persistencia de las estructuras alrededor de los pelos con fluorescencia positiva amarillenta, llevó a insistir en la confirmación del agente etiológico. El sobrepeso, hiperhidrosis, deficientes hábitos de aseo, falta de rasurado del área y vivir en un clima tropical, reunió en el paciente los factores necesarios para desarrollar la enfermedad. Se debe pensar en esta patología y apoyarse en la luz de Wood, la dermatoscopia y el examen microbiológico (KOH y Gram) para un acertado diagnóstico ●

Referencias

- 1 Rojas Mora E, Freites Martínez A, Hernández-Núñez A, *et al* Trichomycosis axillaris: Clinical, Wood lamp, and dermoscopic diagnostic images. *Actas Dermosifiliogr*. 2017;108(3):264-266. English, Spanish. doi: 10.1016/j.ad.2016.09.018.
- 2 Bonifaz A, Vázquez-González D, Fierro L, *et al*. Trichomycosis (trichobacteriosis): clinical and microbiological experience with 56 cases. *Int J Trichology*. 2013;5(1):12-6. doi: 10.4103/0974-7753.114704.
- 3 Fernández-Crehuet P, Almazán-Fernández FM. Tricomycosis axilar [Trichomycosis axillaris]. *An Pediatr (Barc)*. 2016;84(5):295. Spanish. doi: 10.1016/j.anpedi.2015.08.005.
- 4 Montes de Oca-Loyola ML, Lumbán Ramírez P, Gómez-Daza F, *et al*. An Overview of Trichobacteriosis (Trichomycosis): An Underdiagnosed Disease. *Cureus*. 2023;15(9):e45964. doi: 10.7759/cureus.45964.
- 5 Forouzan P, Cohen PR. Erythrasma Revisited: Diagnosis, Differential Diagnoses, and Comprehensive Review of Treatment. *Cureus*. 2020;12(9):e10733. doi: 10.7759/cureus.10733.
- 6 Pinto M, Hundi GK, Bhat RM, *et al*. Clinical and epidemiological features of coryneform skin infections at a tertiary hospital. *Indian Dermatol Online J*. 2016;7(3):168-73. doi: 10.4103/2229-5178.182351.
- 7 Rho NK, Kim BJ. A corynebacterial triad: Prevalence of erythrasma and trichomycosis axillaris in soldiers with pitted keratolysis. *J Am Acad Dermatol*. 2008;58(2 Suppl):S57-8. doi: 10.1016/j.jaad.2006.05.054.
- 8 Finch J. Case of trichomycosis axillaris and erythrasma. *J Drugs Dermatol*. 2011;10(12):1472-3.
- 9 Forouzan P, Cohen PR. Erythrasma Revisited: Diagnosis, Differential Diagnoses, and Comprehensive Review of Treatment. *Cureus*. 2020;12(9):e10733. doi: 10.7759/cureus.10733.
- 10 Marcano C. Valor de la Fluorescencia en el diagnóstico de las Micosis. *Dermatol Venez*. 1985; 23(1-2): 33-5
- 11 Levit F. Trichomycosis axillaris: a different view. *J Am Acad Dermatol*. 1988;18(4 Pt 1):778-9. doi: 10.1016/s0190-9622(88)70097-3