

CASOS CLÍNICOS

Dermatitis flagelada por hongos *shiitake*

Shiitake mushroom flagellate dermatitis

Leydi Natali Betancourth Cantero¹, Valeria Noguera², Hernán Staiger³ y Luis Daniel Mazzuocolo⁴

RESUMEN

El consumo de setas *shiitake* (*Lentinula edodes*), crudas o mal cocidas, puede generar una erupción pruriginosa lineal de aspecto flagelado. El lentinan es un polisacárido termolábil que se encuentra en la pared celular del hongo y se descompone a altas temperaturas, pero si se consume crudo puede generar una reacción tóxica cutánea, la cual típicamente ocurre desde 24 horas hasta 5 días luego de la ingesta. Es una entidad

rara, pero en los últimos tiempos se ha comunicado con mayor frecuencia debido al auge de la cocina oriental a nivel mundial que utiliza hongos de esta especie.

Palabras clave: dermatitis flagelada, hongos *shiitake*, dermatitis *shiitake*.

Dermatol Argent. 2023;29(3): 135-137

ABSTRACT

Consuming raw or undercooked *shiitake* mushrooms (*Lentinula edodes*) may cause an itchy, linear and flagellate rash. Lentinan is a thermolabile polysaccharide of the fungus's cell wall that breaks down at high temperatures, but if consumed raw may cause a toxic skin reaction. This typically occurs 24 hours to 5 days after ingestion. It is a rare condition,

but in recent times it has been reported frequently in relation to the popularity of oriental cuisine which uses mushrooms of this species.

Key words: flagellate dermatitis, *shiitake* mushrooms, *shiitake* dermatitis.

Dermatol Argent. 2023;29(3): 135-137

¹ Médica Asociada y Fellow de Cicatrización de heridas

² Médica Asociada y Fellow de Linfomas cutáneos

³ Médico de Planta y Coordinador de la Residencia de Dermatología, Hospital Italiano de San Justo

⁴ Jefe del Servicio

Servicio de Dermatología, Hospital Italiano de Buenos Aires, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

Contacto de la autora: Leydi Natali Betancourth Cantero

Email: natali.betancourth@hospitalitaliano.org.ar

Fecha de trabajo recibido: 21/5/2023

Fecha de trabajo aceptado: 23/11/2023

Conflicto de interés: los autores declaran que no existe conflicto de interés.

CASO CLÍNICO

Varón de 45 años, con diagnóstico de infección por VIH hace 27 años, carga viral indetectable y recuento normal de CD4, en tratamiento con efavirenz, emtricitabina y fumarato de disoproxilo de tenofovir, consultó por una dermatosis intensamente pruriginosa de 48 horas de evolución. Refirió aparición de las primeras lesiones en el dorso de las manos y posterior extensión al tronco y los miembros (Foto 1). Relacionaba el brote con el consumo de setas *shiitake* parcialmente cocidas un día antes. Negaba otros síntomas asociados como fiebre, malestar general, dolor abdominal, síntomas urinarios o respiratorios. Al examen físico se encontraba en excelente

estado general, pero se evidenciaban pápulas eritematosas y papulovesículas que por sectores confluían formando placas lineales de aspecto flagelado. La dermatosis afectaba las axilas, el pecho, el abdomen, los pliegues inguinales, el cuello, las manos, los antebrazos y el dorso de los pies (Fotos 2 y 3). No presentaba lesiones en mucosas ni adenopatías. Por el aspecto y la distribución de las lesiones y el antecedente de ingesta de las setas, se arribó al diagnóstico de dermatitis flagelada por hongos *shiitake*. Se indicó tratamiento con clobetasol crema y cetirizina 10 mg por vía oral. Las lesiones se resolvieron al cabo de 2 semanas y se suspendió el tratamiento.



FOTO 1: Pápulas eritematosas con disposición lineal distribuidas en tronco, antebrazos y raíz de los muslos.



FOTOS 2 y 3: Pequeñas pápulas y papulovesículas que confluyen formando un patrón flagelado en abdomen, raíz de muslos y cara posterior de pierna derecha.

COMENTARIOS

La dermatitis flagelada por hongos *shiitake* es una entidad rara, pero debido al valor gastronómico de esta seta, en los últimos años se ha observado un incremento en la comunicación de casos¹. En Japón también se consume con fines médicos, por ejemplo, para el control de la presión arterial, de los valores de colesterol y como inmunomodulador. La toxicidad se debe al lentinan, un polisacárido que se encuentra en la pared celular del hongo que estimula la secreción de interleuquina 1, TNF- α y otras citoquinas que provocan vasodilatación e inflamación cutánea. Como es termolábil y se descompone con la cocción, la dermatitis solo puede ocurrir luego del consumo de *shiitake* crudo o poco cocido¹⁻³. Se cree que el aspecto flagelado característico ocurre por el fenómeno de Koebner después del rascado. El trauma mecánico lineal aumentaría la permeabilidad vascular del área estimulada, potenciando la inflamación provocada por el lentinan⁴.

Las manifestaciones cutáneas aparecen desde 24 horas hasta 5 días posteriores a la ingesta del hongo, y se caracterizan por la presencia de pápulas eritematosas y papulovesículas intensamente pruriginosas que confluyen formando placas de forma lineal que simulan una marca de latigazos³.

El diagnóstico se basa en el antecedente del consumo de hongos *shiitake* y la presentación clínica típica⁵.

Si existe compromiso sistémico, debe solicitarse un laboratorio básico de rutina¹. Rara vez puede encontrarse alteración de los estudios de laboratorio, como elevación de las transaminasas, leucocitosis o leucopenia, eosinofilia y niveles elevados de LDH (lactato deshidrogenasa)⁶. Los hallazgos histopatológicos son inespecíficos y la biopsia de piel no suele ser necesaria. Puede evidenciarse espongiosis, edema de la dermis papilar e infiltrado inflamatorio perivascular compuesto por linfocitos y eosinófilos, sin vasculitis⁶.

Por su aspecto, debe diferenciarse de otras dermatosis que dan lesiones similares, como la dermatitis por bleomicina, la dermatomiositis y la enfermedad de Still del adulto. En el primer caso, las lesiones aparecen desde las primeras horas hasta los 9 días posteriores del inicio del tratamiento y dejan hiperpigmentación posinflamatoria. A diferencia de la dermatitis por *shiitake*, las mucosas pueden estar comprometidas^{7,8}. Recientemente se ha comunicado la aparición de lesiones cutáneas de aspecto flagelado en relación a la vacuna contra la COVID-19 del Laboratorio Astrazeneca®. Sin embargo, en este caso, dichas lesiones eran purpúricas, un aspecto no habitual en la erupción por *shiitake*⁹. Por último, de haber compromiso sistémico, debe descartarse el síndrome DRESS (*Drug Reaction with Eosinophilia and Syste-*

mic Symptoms), principalmente si hay fiebre, edema facial y adenopatías^{1,9}.

La dermatitis flagelada por *shiitake* tiene un curso benigno y autorresolutorio de aproximadamente de 10 a 14 días². El abordaje consiste en la suspensión del consumo del hongo, y el tratamiento sintomático con corticoides tópicos y antihistamínicos hasta el alivio de

las molestias. La terapia con corticoides sistémicos debe reservarse para pacientes con síntomas refractarios⁴.

Hasta el momento no hemos encontrado en la literatura casos comunicados en Argentina. Sin embargo, es posible que el auge de la gastronomía oriental condicione la aparición de nuevos casos, por lo cual conviene estar alertas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Karanovic S, George S, Topham E. Don't miss *shiitake* dermatitis: a case report. *Br J Gen Pract* 2014;64:426-427.
2. Maruthappu T, Hader Z. A characteristic rash caused by *shiitake* mushrooms. An emerging concern? *Clin Case Rep*. 2021;9:e04181.
3. Loo HV, Oon HH. Flagellate dermatitis following consumption of *shiitake* mushroom. *Dermatol Reports*. 2011;3:e21.
4. Nguyen AH, Gonzaga MI, Lim VM, Adler MJ, et al. Clinical features of *shiitake* dermatitis: a systematic review. *Int J Dermatol*. 2017;56:610-616.
5. Adriano AR, Acosta ML, Azulay DR, Quiroz CD, et al. *Shiitake* dermatitis: the first case reported in Brazil. *An Bras Dermatol*. 2013;88:417-419.
6. De Mendonça CN, Chaves e Silva PM, Regazzi-Avelleira J C, Nishimori F, et al. *Shiitake* dermatitis. *An Bras Dermatol*. 2015;90:276-278.
7. Czarnecka AB, Kreft B, Marsch WC. Flagellate dermatitis after consumption of *shiitake* mushrooms. *Postepy Dermatol Alergol*. 2014;31:187-190.
8. Langhi J, Lorient DM, Fondati F, García S, et al. Dermatitis flagelada: nuestra experiencia. *Dermatol Argent*. 2015;21:197-201.
9. Heck E, Rankin BD, Schneider M, Prajapati VH. Flagellate purpura associated with COVID-19 vaccination. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2022; 36:33-34.

DERMATÓLOGOS JÓVENES

★ Elección múltiple: MÁCULAS ERITEMATOVIOLÁCEAS EN LENGUA / Respuestas

María Belén Godoy

Residente de Dermatología, Hospital de Clínicas Pte. Dr. Nicolás Avellaneda, San Miguel de Tucumán, Tucumán, Argentina



Respuestas correctas: 1) B; 2) D; 3) C; 4) B.

COMENTARIOS

La telangiectasia hemorrágica hereditaria, también conocida como síndrome de Rendu-Osler-Weber, es un trastorno genético infrecuente de herencia autosómica dominante. Se trata de una alteración vascular displásica multisistémica que se caracteriza por la presencia de telangiectasias cutaneomucosas y de malformaciones arteriovenosas (MAV) en distintos órganos, las cuales son responsables de la morbimortalidad de los pacientes. Esta enfermedad se presenta de igual manera en ambos sexos y suele manifestarse entre la segunda y tercera década de la vida; muchas veces este síndrome presenta síntomas sutiles por lo que puede pasar desapercibido durante muchos años. Se conocen cerca de 600 mutaciones relacionadas con esta patología, donde se destaca la mutación de los genes *ENG*, *ALK-1* y *SMAD4*, que codifican receptores del factor de crecimiento transformante β ubicados en el endotelio vascular, los cuales son necesarios para el correcto desarrollo de los vasos sanguíneos. Clínicamente se manifiesta por la tríada clásica de epistaxis, telangiectasias y el antecedente de un familiar afectado por la enfermedad.

La epistaxis espontánea y recurrente es la manifestación más común (78-96%). Luego del primer episodio suelen aparecer las manifestaciones cutáneas: telangiectasias en la cavidad oral, rostro y miembros, que se observan como máculas pequeñas rojo-violáceas de 1 a 3 mm de diámetro, pulsátiles, y en la fase crónica pueden confluir y aumentar de tamaño formando lesiones arborizantes. Las telangiectasias gastrointestinales pueden estar presentes hasta en el 80%, acompañadas de anemia ferropénica, melena, hematemesis o hematoquecia. Un 32-78% de los pacientes presentan malformaciones vasculares en el hígado con dilatación y tortuosidad de la arteria hepática, *shunts* arterioportales, arteriovenosos, portovenosos. A causa de esto, es frecuente la insuficiencia cardíaca por el alto flujo con hipertensión pulmonar secundaria. Las malformaciones arteriovenosas pulmonares se presentan aproximadamente en un 15-50% de los pacientes; producen hipoxemia, embolias, hemoptisis y hemotórax. Las mismas son causa de la mayoría de los síntomas y eventos neurológicos que se presentan en estos pacientes como: accidente cerebrovascular, migrañas, hipoxemia, abscesos cerebrales y epilepsia.

En cuanto al diagnóstico, si bien hay pruebas que detectan las mutaciones genéticas, el mismo se realiza mediante criterios clínicos establecidos en Curazao en 1999: epistaxis recurrente y espontánea, telangiectasias en las localizaciones características, presencia de lesiones viscerales y familiar de primer grado con diagnóstico de telangiectasia hemorrágica hereditaria que cumpla los mismos criterios. El diagnóstico es definitivo con la presencia de tres o más criterios, probable con la presencia de dos criterios e improbable con un solo criterio.

El seguimiento de estos pacientes exige la pesquisa de malformaciones arteriovenosas a través de métodos imagenológicos. El tratamiento es multidisciplinario según el tipo de MAV y la sintomatología presente. El caso descrito corresponde al de una paciente con importante compromiso multisistémico que llevaba años sin un diagnóstico certero. La consulta dermatológica desempeña un papel importante en el diagnóstico de esta patología ya que las manifestaciones cutáneas son un signo precoz. Un diagnóstico temprano sería fundamental para disminuir la morbimortalidad y realizar un asesoramiento genético oportuno.

BIBLIOGRAFÍA

- Bustamante F, Tenreiro-Picon O, Tenreiro A. Síndrome de Rendu-Osler-Weber: presentación de un caso clínico. *Avances en Biomedicina*. 2016;5:104-109.
- Del Azar NE, Rossi MV, García S, Tessadro G, et al. Telangiectasia hemorrágica hereditaria. *Dermatol Argent*. 2017;23:38-41.
- Orizaga-Quiroga TL, Villarreal-Martínez A, Jaramillo-Moreno G, Ocampo-Candiani J. Síndrome de Osler-Weber-Rendu y su relación con la dermatología. *Actas Dermo-Sifilológicas*. 2019;110:526-532.
- Serra MM. Telangiectasia hemorrágica hereditaria (síndrome de Rendu-Osler-Weber). *Rev Hosp Ital B. Aires* 2014;34:41-50.