

Nódulos amarillentos en pelo de ambas axilas

Yellow nodules in axillary hairs

Ana María Pisauri,¹ Paola Liarde,² María Eugenia Buonsante³ y Alejandra Abeldaño⁴

Caso clínico

Paciente de sexo masculino, de 19 años de edad, que consultó por presentar un material amarillento adherido al pelo de ambas axilas desde hacía un mes.

Antecedentes de enfermedad actual: viaje reciente al norte argentino, sin utilización de desodorantes y malos hábitos higiénicos.

Antecedentes personales: no refirió.

Examen físico: múltiples nódulos milimétricos amarillentos adheridos a lo largo de todo el pelo de ambas axilas, asociado a bromhidrosis (foto 1).

Exámenes complementarios: luz de Wood: fluorescencia amarillo-verdosa (foto 2). Examen bacteriológico: directo bacilos gram positivos, cultivo flora habitual (*Dermatol. Argent.*, 2013, 19(1): 59-62).

Fecha de recepción: 21/02/2012 | **Fecha de aprobación:** 13/06/2013

¹ Médica concurrente

² Médica residente

³ Médica de planta

⁴ Jefa del Servicio de Dermatología

Unidad de Dermatología, Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich, Pi y Margall 750, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, República Argentina.

Correspondencia: Ana Maria Piauri, Independencia 2113 6º A, CABA. anapisauri@gmail.com



Foto 1. Nódulos amarillentos adheridos a lo largo y alrededor de los pelos axilares, con bromhidrosis.



Foto 2. Con luz de Wood, fluorescencia verde amarillenta sobre pelos axilares.

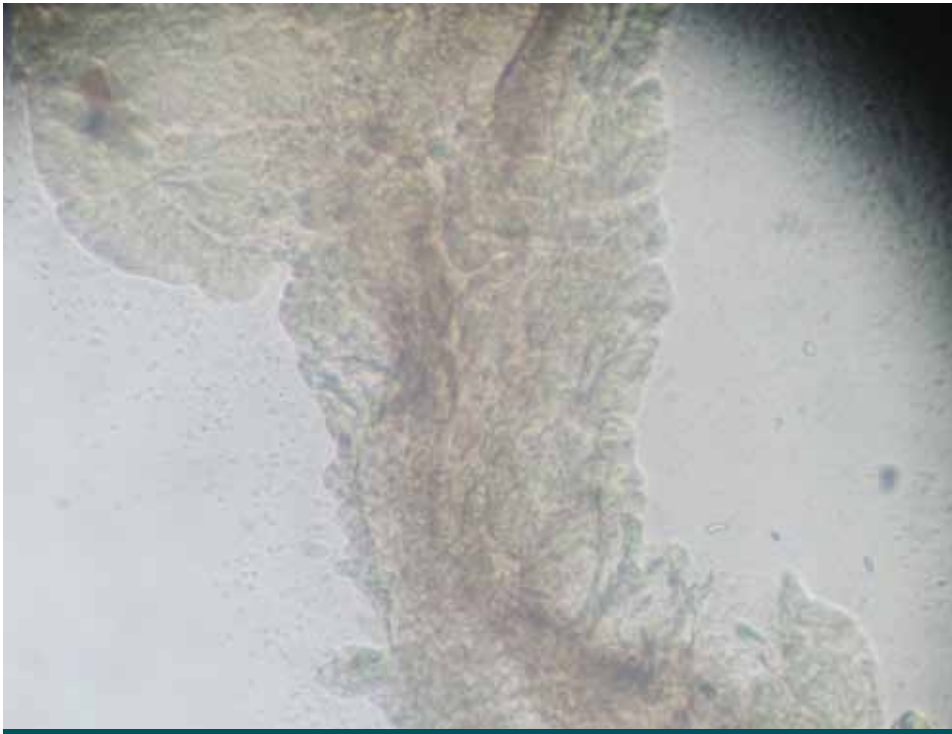


Foto 3. En examen directo con KOH, concreciones refringentes de material mucoide y mucilaginoso que rodean el tallo del pelo en varias zonas.

* PERLAS DERMATOLÓGICAS

Nueva categorización de nevos melanocíticos congénitos

Krengel S., Scope A., Dusza S.W., Vonthein R. *et ál.* New recommendatios for the categorization of cutaneous features of congenital melanocytic nevi, *J. Am. Acad. Dermatol.*, 2013, 68: 441-451.

Consenso que modifica los anteriores, basado en el diámetro máximo proyectado para la edad adulta. Se añaden la cantidad de nevos satélites, localización, color heterogéneo, rugosidad de la superficie, hipertrichosis, nódulos dérmicos o subcutáneos.

En cuanto al tamaño, se consideran: pequeño: < 1,5 cm; medio: (M1 1,5-10 cm, M2 > 10-20 cm); grande: (L1 > 20-30 cm, L2 > 30-40 cm); gigante: (G1 > 40-60 cm, G2 > 60 cm). Nevos satélites durante el primer año de vida: ninguno; S0, S1 1 a 20, S2 > 20 a 50, S3 > 50. Limitaciones: aplicabilidad sólo testeada en forma virtual y entre expertos.

Psoriasis. Tratamientos comunes versus fototerapia

Gelfand J.M., Wan J., Callis Duffin K., Kruegger G. G., *et ál.* Comparative effectiveness of commonly used systemic treatments or phototherapy for moderate to severe plaque psoriasis in the clinical practice setting, *Arch. Dermatol.*, 2012, 148: 487.

En 713 pacientes con psoriasis en placas moderada a severa se indicaron diversos tratamientos, evaluados con métodos estadísticos rigurosos. La efectividad de todos ellos resultó inferior a los diversos trabajos publicados. Los resultados fueron: metotrexato (23,8%), adalimumab (47,7%), etanercept (34,2%), ustekinumab (36,1%) y UVB (27,6%). La fototerapia no fue diferente al metotrexato. Aunque las diferencias entre las terapias existen, son pequeñas y no clínicamente significativas.

Manifestaciones mucosas del pénfigo vulgar

Robati R.M., Rahmati-Roodsari M., Dabir-Moghadam P., Farmaghi A., *et ál.* Mucosal manifestations of pemphigus vulgaris in ear, nose and throat: before and after treatment, *J. Am. Acad. Dermatol.*, 2012, 67: 249-252.

Los pacientes con pénfigo vulgar pueden tener lesiones en garganta, faringe, laringe, oídos y nariz. Es importante investigar estas áreas, no visibles con la observación clínica, a través de técnicas endoscópicas realizadas por especialistas. Esto es trascendente en pacientes que no responden a la terapéutica estándar, aun en ausencia de síntomas. También es útil para realizar diagnósticos diferenciales y para evaluar la presencia de gérmenes que pueden ser focos de origen para infecciones en este grupo de pacientes.

» 1

» 2

» 3

A. Woscoff

Diagnóstico

Tricomosis axilar.

La tricomosis axilar es una enfermedad de etiología infecciosa que se encuentra dentro del grupo de las afecciones denominadas pseudomicosis. En 1951 Crissey demostró que el agente causal no era un hongo y lo identificó como *Corynebacterium tenuis*, lo que aclaró su categoría de enfermedad bacteriana.¹ Estudios posteriores han demostrado que cada nódulo contiene dos o tres tipos diferentes de *Corynebacterium* y que éstos se pueden ubicar dentro de al menos cinco grupos taxonómicos diferentes.²

Es una afección de distribución cosmopolita, observada con mayor frecuencia en regiones de climas tropicales o subtropicales.³ Afecta principalmente al pelo axilar y en algunas ocasiones puede afectar también los pelos del pubis y el cuero cabelludo.⁴ Se inicia por el contacto del agente etiológico con el pelo. La bacteria se adhiere a la cutícula del pelo por medio de una sustancia cementosa y se desarrolla lentamente hasta formar concreciones o nódulos alrededor del tallo piloso.⁵ El origen del material amarillento que se encuentra adherido a la superficie de los pelos afectados y que contiene las bacterias es aún desconocido. Esta sustancia podría ser elaborada por el propio microorganismo o derivada de la excesiva sudoración.⁶

Estudios de microscopía electrónica comprobaron que el microorganismo no penetra la corteza o médula del pelo y que sólo se encuentra fuertemente adherido al mismo.

Clínicamente se caracteriza por la formación de nódulos sólidos, amorfos, dispuestos alrededor y a lo largo del tallo del pelo. Los mismos pueden ser blanco amarillentos (flava) –como en el paciente que presentamos–, negros (nigra) o rojizos (rubra). Puede acompañarse de olor desagradable e hiperhidrosis.^{2,7} Existen dos formas de presentación: nodular y difusa. La forma difusa se extiende a lo largo del eje del pelo en casi toda su longitud, mientras que la forma nodular consiste en pequeñas masas redondeadas en la parte externa del mismo, separadas por intervalos de pelo sano. En ningún caso penetra en el folículo piloso.⁸

El diagnóstico es clínico y con frecuencia es un hallazgo

incidental. La observación microscópica de las estructuras bacterianas filamentosas dentro de los nódulos, tras el tratamiento de los pelos con KOH al 20%, permite establecer el diagnóstico y distinguirlo de otras afecciones. El examen microscópico posibilita diferenciar esta entidad de la piedra blanca, piedra negra, pediculosis capitis, moniletrix, tricornexis nodosa y tricosporosis.^{3,6} La tricomosis axilar puede encontrarse asociada a eritrasma y queratosis puntata debido a que son afecciones también producidas por *Corynebacterium*. La falta de higiene y la hiperhidrosis juegan un papel fundamental en el desarrollo de las mismas. Se necesita una inspección cuidadosa para diagnosticar estas entidades.⁹

El tratamiento consiste en el rasurado y la higiene diaria; sin embargo, en ocasiones es necesaria la aplicación de antibióticos tópicos como eritromicina, antifúngicos imidazólicos (clotrimazol, miconazol, econazol y ketoconazol) y naftifina al 1% en crema para limitar la infección. El uso regular de antitranspirantes es útil como medida preventiva.¹⁰

Bibliografía

1. Crissey J.T., Rebel G.C., Laskas J.J. Studies on the causative organism of Trichomyces axillaris, *J. Invest. Dermatol.*, 1952, 19: 187-197.
2. Savin J.A., Somerville D.A., Noble W.C. The bacterial flora of trichomyces axillaris, *J. Med. Microbiol.*, 1970, 3: 352-356.
3. Peñaloza J.A., López A. Corinebacteriosis cutáneas, *Rev. Cent. Dermatol. Pascua*, 2001, 3: 141-146.
4. De Almeida J., Gotze F., Heckler G., Marques et ál. Trichomyces capitis: first report of this localization and ultrastructural aspects, *Eur. J. Dermatol.*, 2011, 21: 823-824.
5. Silva Lizama E., Logemann H. Tricomosis infantil: Trichomyces infantum, *Med. Cutan. Iber. Lat. Am.*, 2008, 36: 91-93.
6. Zuiani M.F., Bava A.J. Tricomosis axilar: a propósito de un caso, *Acta Bioquím. Clín. Latinoam.*, 2007, 41: 559-562.
7. Castellani A. Further researches on trichomyces flava rubra et nigra of the axillary regions, *Proc. R. Soc. Med.*, 1913, 6: 23-27.
8. Patteson R.G. Trichomyces nodosa: a bacillary disease of hair, *Br. Med. J.*, 1889, 1: 1167-1169.
9. Nark-Kyoung R., Beom-Joon K. A corynebacterial triad: Prevalence of erythrasma and trichomyces axillaris in soldiers with pitted keratolysis, *J. Am. Acad. Dermatol.*, 2008, 58: 857-858.
10. García P., Ruiz J.R., Pérez J., Marín P. et ál. Hiperhidrosis y nódulos múltiples en pelos axilares, *Enferm. Infecc. Microbiol. Clin.*, 2001, 19: 177-178.