

Onicomiosis por *Scedosporium apiospermum* con buena respuesta a terbinafina

Onychomycose by scedosporium apiospermum. Good response to terbinafine

Carolina Pereda Carrasco*, Vicente Alonso Usero*, María Ángeles Revert Fernández*, Óscar Fraile Santos**, Carmen Ruiz Doménech*, Esperanza Jordá Cuevas*

*Servicio de Dermatología. **Servicio de Microbiología. Hospital Clínico Universitario de Valencia.

Correspondencia:

Servicio de Dermatología
Hospital Clínico Universitario de Valencia
Av. Blasco Ibáñez, 17
46010 Valencia. España
Teléfono-fax: 963862646
e-mail: carolinaperedacarrasco@yahoo.es

Resumen

En los últimos años, estamos asistiendo a un aumento de patógenos fúngicos; sobre todo en pacientes inmunodeprimidos, que hasta hace poco eran infrecuentes. Entre los nuevos patógenos se encuentra el *Scedosporium apiospermum*. Estos hongos plantean el problema de su resistencia a los antifúngicos y de la poca correlación que existe entre las sensibilidades *in vitro* e *in vivo*. Describimos el caso de un varón inmunocompetente, con una onicomiosis por dicho hongo y buena respuesta a Terbinafina.

(Pereda Carrasco C, Alonso Usero V, Revert Fernández M^A, Fraile Santos O, Ruiz Doménech C, Jordá Cuevas E. Onicomiosis por *Scedosporium apiospermum* con buena respuesta a terbinafina. *Med Cutan Iber Lat Am* 2007;35:236-238)

Palabras clave: onicomiosis, *Scedosporium apiospermum*, tratamiento.

Summary

In the last years, we have observed an increase of pathogenic fungi, overcoat in immunocompromised patients, that until now were quite unusual. Scedosporium apiospermum is one of those new pathogens. Those yeast present resistance to antifungal agents and poor relation between sensitization in vitro and in vivo. An immunocompetent man with onychomycosis by s. apiospermum with good response to terbinafine is reported.

Key words: onychomycosis, *Scedosporium apiospermum*, treatment.

Los patógenos más frecuentemente involucrados en la tiña ungueal son el *T. Rubrum*, *T. mentagrophytes* y *E. floccosum*[1] mientras que las infecciones fúngicas invasivas más frecuentes están producidas por *Cándida* y *Aspergillus*[2]. No obstante, se está observando un aumento de la frecuencia de infecciones fúngicas invasivas por otros grupos de hongos, sobre todo en pacientes inmunodeprimidos. Dentro de estos nuevos patógenos emergentes, tenemos: hongos hialinos (*Fusarium*, *Scedosporium*), zigomicetos (*Mucor* y *Rhizopus*) y hongos pigmentados (phaeohyphomycosis)[2]. *Scedosporium* es un hongo filamentoso que comprende dos especies: *apiospermum* e *inflatum*. El *Scedosporium apios-*

permum es la forma anamorfa o asexual de *Pseudallescheria boydii*.

Caso clínico

Varón de 68 años, sin antecedentes patológicos de interés, aficionado a la jardinería, que nos consultó por patología ungueal. Desde hacía aproximadamente un año, presentaba una distrofia ungueal amarillo-parduzca, con onicolisis distal de la totalidad de las uñas de las manos, excepto, el 2º y el 5º de la mano izquierda (Figura 1) y de los dos primeros dedos de ambos pies (en los pies, la afectación era leve y



Figura 1. Onicomicosis de varios dedos de las manos.

muy distal). Ante este cuadro, el diagnóstico diferencial lo establecimos entre onicomicosis y psoriasis. Solicitamos un cultivo microbiológico e iniciamos de forma empírica, en espera del resultado del cultivo, tratamiento con Terbinafina 250 mg/día durante 5 meses.

El cultivo se realizó en placa de Saboureaud más cloranfenicol a 30° y a las dos semanas crecieron unas colonias que, macro (Figuras 2A y 2B) y microscópicamente, correspondían a *Scedosporium apiospermum*. No se realizó antifungigrama dado que se trataba de un primer episodio de onicomicosis.

Cuando recibimos el resultado microbiológico, a pesar de que en la literatura no se recomienda tratamiento con Terbinafina para el *Scedosporium apiospermum*, decidimos completar el tratamiento con este antifúngico dada la buena respuesta presentada por nuestro paciente.

A los 5, 6 y 10 meses del inicio del tratamiento, no se apreciaban lesiones clínicas de onicomicosis.

Comentario

El *Scedosporium apiospermum* se encuentra en la tierra, playas, aguas residuales, restos orgánicos, deyecciones de ganado y aves. Las vías de contagio son la respiratoria o la percutánea. Todo esto justifica que la afectación mucocutánea sea más frecuente entre varones, de 20 a 40 años, granjeros, personas que tienen antecedentes traumáticos con contaminación de tierra, así como, neumopatías y abscesos cerebrales en pacientes con antecedente de inmersión en aguas contaminadas.

Suele afectar, sobre todo, a inmunocomprometidos pero también se ha descrito algún caso en inmunocompetentes.



Figura 2. Cultivo positivo para *scedosporium apiospermum*.

La infección por este hongo recuerda a la producida por *Aspergillus*. Las localizaciones más frecuentes son [3-8]: piel y tejido celular subcutáneo (micetoma, púrpura bullo-necrótica, nódulos de aspecto esporotricoides, úlceras, erupción foliculitis-like), pulmón (fungoma, neumonía, enfermedad pulmonar invasiva) y SNC (abscesos, meningitis). Otras localizaciones son: ORL (sinusitis, otitis), osteoarticular, ocular (queratitis, endoftalmitis), endocarditis, infección diseminada...

El tratamiento [2, 6, 8, 9] es quirúrgico mediante drenaje, antifúngicos, termoterapia [7] y sistemas de vacío [8].

El problema que plantea este hongo es su resistencia a gran número de antifúngicos y el que no existe correlación

entre la sensibilidad *in vitro* e *in vivo*[3, 8]. *In vitro*, suele ser resistente a la anfotericina B y a la flucitosina[9]. Los estudios apuntan a que los mejores antifúngicos son los azoles: miconazol, ketoconazol y últimamente se están obteniendo buenos resultados con el voriconazol[9]. Existen datos contradictorios sobre el Itraconazol[2].

Conclusión

El interés de nuestro caso radica en que es la primera vez que se describe una onicomycosis por *Scedosporium*

apiospermum (sobre todo en un paciente inmunocompetente) y su buena respuesta a la Terbinafina. Se deberá seguir estudiando la sensibilidad de estos hongos emergentes para poder entender la discrepancia entre las sensibilidades *in vivo* e *in vitro* y enfocar más los estudios en los resultados *in vivo*, sobre todo en los casos como el nuestro en los que la infección del hongo no compromete la vida del paciente. En algún artículo se ha intentado dar alguna explicación a esta discrepancia, como podría ser: la localización de la infección y el estado inmunológico del paciente[7].

Bibliografía

1. Bolognia JL, Jorizzo JL, Papini RP. Vol 1. 1183.
2. New options for the treatment of invasive fungal infections. *Sem Oncol Online* 2004;4: 31-2
3. Scedosporiose cutanée révélée par une purpura bullo-nécrotique. Lemerle E, Bastien M, Demolliers-Dreux G, Forest JL, Boyer E, Chabasse D, Célérier P. *Ann Dermatol Venereol* Vol 125. N° 10. 711-712.
4. Localized skin infection due to *Scedosporium apiospermum*: report of two cases. *Br J Dermatol* 1999;141:605-606.
5. *Scedosporium apiospermum* skin infection: a case report and review of the literature. Miyamoto T, Sasaoka R, Kawaguchi M, Ishioka S, Inoue T, Yamada N, Mihara M, Tsuyama, Matsue, Yonago, Japan. *J Am Acad Dermatol* 1998;39:498-500.
6. Lesiones nodulares en retropie en un paciente con trasplante renal. Montero LA, Cid A, Fernández CM, Calzada JM. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2004;22:551-2.
7. Lymphocutaneous infection due to *Scedosporium apiospermum*. Kusuhar M, Hachisuka H. *Int J Derm*:1997;36,684-688.
8. Successful treatment due to vacuum seal technique of a severe *Scedosporium apiospermum* skin infection in a renal recipient. Reimann D, Büssemaker E, Gross P. *Nephrol Dial Transplant* 2004;19:245-248.
9. Susceptibility of *Pseudallescheria boydii* and *Scedosporium apiospermum* to New Antifungal Agents. Jingsi Zeng, Katsuhiko Kamei, Yuecheng Zheng, Kazuko Nishimura. *Jpn J Med Mycol* 2004;45:101-104.