

## Tricomosis escrotal: Primer caso publicado en el Instituto Dermatológico y Cirugía de Piel “Dr. Huberto Bogaert Díaz”

**EDUARDO SÁNCHEZ JORGE**

Médico residente de 2do año dermatología, IDCP-DHBD, Santo Domingo, República Dominicana.

**MANUEL COCHÓN ARANDA**

Médico dermatólogo, IDCP-DHBD, Santo Domingo, República Dominicana.

**DAISY GARCÍA PÉREZ**

Médico pasante, IDCP-DHBD, Santo Domingo, República Dominicana.

Correspondencia a: *rufis1020@hotmail.com*

**Resumen.** La tricomosis constituye una seudomicosis, cosmopolita, asintomática, que afecta con mayor frecuencia los vellos axilares, caracterizada por la formación de diferentes nódulos alrededor del tallo piloso, causado por un actinomiceto coriniforme denominado *Corynebacterium tenuis*. Se presenta el primer caso publicado en el IDCP-DHBD de tricomosis escrotal en un paciente masculino de 35 años de edad. Realizamos una revisión estadística en los archivos del Laboratorio de Micología del IDCP-DHBD desde el año 1990-2009, sin encontrarse ningún caso registrado de esta patología. **Palabras claves:** Tricomosis escrotal, *Corynebacterium tenuis*, seudomicosis, examen directo (KOH), disulfuro de selenio 2.5%.

### Trichomycosis scrotum. First case reported in the IDCP-DHBD

**Abstract.** The trichomycosis is a seudomicosis, cosmopolitan, asymptomatic, which most often affects the axillary hair, characterized by the formation of different nodules around the hair shaft, caused by an actinomycete *Corynebacterium tenuis* coriniforme. We present the first reported case in the IDCP-DHBD of scrotal Trichomycosis in a male patient aged 35, performed a statistical review in the archives of the Mycology Laboratory of IDCP-DHBD since 1990-2009, not found any reported case of this pathology. **Key words:** Scrotal trichomycosis, *Corynebacterium tenuis*, seudomicosis, direct examination (KOH), 2.5% selenium disulfide.

### INTRODUCCIÓN

La tricomosis es una seudomicosis producida por el *Corynebacterium tenuis*, que afecta los vellos de las axilas y rara vez de los genitales 1. Es más frecuente en varones jóvenes. Afecta principalmente a personas con mala higiene, predomina en países calurosos donde la precipitación pluvial es alta y la humedad favorece el crecimiento del microorganismo.<sup>2,3</sup>

Fue descrita por primera vez por Voigt en 1863. Seis años después Paston la llamó tricomosis por su semejanza con *T. tonsurans*. En 1912 Castellani identificó como agente causal la *Nocardia tenuis* y para el 1951 Crissey demostró que no era un hongo y lo identificó como *Corynebacterium tenuis*, aclarando su categoría de enfermedad bacteriana.<sup>4,5,6</sup>

Se inicia por el contacto del agente etiológico con el tallo piloso, la bacteria se adhiere a la superficie o cutícula del pelo, por medio de una sustancia cementosa constituida por polisacáridos. Por medio de microscopía electrónica se ha comprobado que el microorganismo no penetra a la corteza o médula del pelo.<sup>6</sup>

### CASO CLÍNICO

Masculino de 35 años de edad, casado, vendedor, procedente y residente en Santo Domingo, quien acude a consulta por dermatosis que afecta pelos del escroto de 2 años de evolución, asintomático. *Figura 1.*



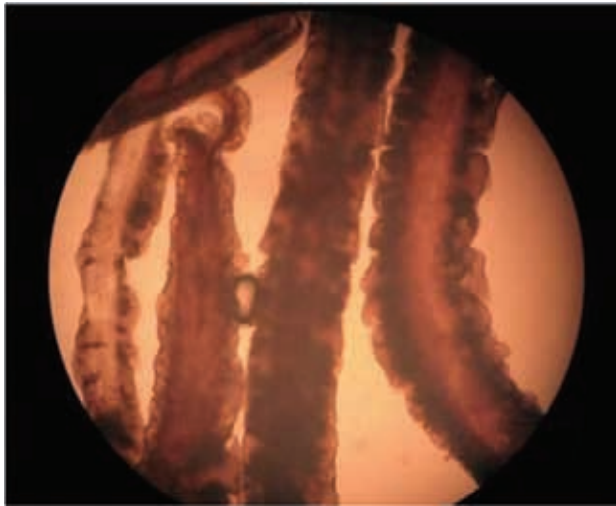
*Fig. 1.* Nódulos de color blanquecino amarillento, adheridos al tallo piloso, presentando una superficie irregular.

Al interrogatorio paciente refirió hábitos de buena higiene, sin ningún antecedente contributorio.

Al examen físico presenta dermatosis localizada en vellos del escroto, constituida por nódulos de color blanquecino amarillento, adheridos al tallo piloso, presentando una superficie irregular, piel subyacente normal. *Figura 1.* Resto del examen físico normal.

Se realizan estudios de laboratorio: hemograma, glicemia, urea, creatinina, examen general de orina, VDRL, todos dentro de valores de referencia y no reactivo respectivamente.

Al practicar examen directo (KOH al 25%) en los pelos se observaron nódulos constituidos por elementos cocoides formando una masa homogénea en un material mucoide y mucilaginoso que no atraviesan el pelo. *Figura 2.* El cultivo realizado en medio de gelosa sangre, no se observaron crecimiento de colonias a las 48 hrs.



*Fig. 2.* Examen directo KOH 25 %, se observan nódulos constituidos por elementos cocoides formando una masa homogénea en un material mucoide y mucilaginoso que no atraviesan el pelo.

Al aplicar la luz de Wood no se observó fluorescencia.

El paciente recibió tratamiento con rasurado más lavado del área dos veces por día con disulfuro de selenio 2.5% en champú, observándose excelentes resultados clínicos a los 2 meses post-tratamiento. *Figuras. 3,4.*



*Fig. 3.* Examen directo KOH 20%, se observan pelos normales 2 meses post-tratamiento.



*Fig. 4.* Se observan pelos normales 2 meses post-tratamiento.

## DISCUSIÓN

La tricomosis, llamada también tricomosis nodosa, tricobacteriosis, triconocardiosis, leptotrix y palmellina.<sup>7,8</sup>

Es una seudomicosis de distribución geográfica cosmopolita, causada por *Corynebacterium tenuis*. Este microorganismo no es el único involucrado en la patogenia de la tricomosis, es parte de la flora normal de la piel y en condiciones de humedad penetra el pelo por una erosión, se extiende y se reproduce debajo de la corteza hacia el extremo distal, destruyendo la queratina y con ello la cutícula.<sup>7,8</sup>

Se manifiesta por nódulos irregulares o vainas de mucosas cilíndricas, que dan un aspecto arrosariado adherido al pelo de la zona axilar (85-98%) y en menor grado el pubis, el área escrotal y perianal.<sup>9</sup>

Es más frecuente en el sexo masculino, la mayoría de veces jóvenes en quienes la hiperhidrosis y probablemente la mala higiene sean factores desencadenantes; la menor incidencia en mujeres se debe a la ausencia del vello.<sup>9</sup>

Transcurre habitualmente en forma asintomática y pasa desapercibida para el portador, pero en ocasiones al combinarse la transpiración con los productos del metabolismo bacteriano (ácidos grasos de cadena larga) se producen manchas en la ropa y mal olor, y es lo que motiva la consulta médica.<sup>3,9,10,11</sup> En nuestro caso el paciente nos llega a la consulta por notar irregularidad al tacto y cambio de coloración del pelo escrotal.

Las variedades se demoninan según el color que adquieren:

1. Flava: cuando es amarilla.
2. Rubra: cuando es rojiza.
3. Nigra: cuando es negra.

La flava es la más común (98%), la piel casi nunca está afectada y nunca deteriora el folículo.<sup>6</sup> Lo que corresponde con nuestro caso.

El diagnóstico es clínico y con frecuencia es un hallazgo incidental en el examen físico.

En el examen directo con KOH 25%, una técnica rápida, barata, y fácil para preparar, donde podemos observar nódulos constituidos por elementos cocoides formando una masa homogénea en un material mucoide y mucilaginoso que no atraviesan el pelo,<sup>3</sup> hallazgos observados en nuestro caso.

El cultivo es difícil; se puede efectuar en gelosa-sangre de carnero, médios enriquecidos con infusión cerebro-corazón, agar chocolate o agar soya tripticasa y se incuban a 37° C; a las 48 hrs se ven colonias blanco-grisáceo; fermentan dextrosa; microscópicamente están formadas por filamentos grampositivos ramificados en T, V y en formas bacilares.<sup>3,6</sup> En nuestro caso la muestra se cultivó en gelosa-sangre a 37° C, no hubo crecimiento de colonias a las 48 hrs.

El diagnóstico diferencial debe de realizarse con la piedra blanca y negra, pediculosis pubis, moniletrix y tricolorrexis nudosa.

El tratamiento consiste en el rasurado del área y la práctica de una buena higiene con jabones antisépticos, también se han propuesto la utilización de anti-

sépticos, como el ácido benzoico y la administración tópica de antibióticos como eritromicina, los cuales en estudios comparativos realizados se obtienen resultados semejantes.<sup>12</sup>

También se ha descrito como tratamiento el formol acuoso al 1%, ácido salicílico al 3-5%, tintura de yodo al 1%, Champú o crema con disulfuro de selenio al 2.5%, soluciones tópicas de clindamicina, antifúngicos como (clotrimazol, miconazol, econazol y ketoconazol) y naftifina al 1% en crema.<sup>3,4,9,13</sup>

## CONCLUSIÓN

Es un caso de interés debido a su poca frecuencia y su localización atípica, En la revisión estadística realizada en los archivos del Laboratorio de Micología del IDCP-DHBD desde el año 1990-2009, no se encontró ningún caso registrado de esta patología. En vista de esto preparamos y publicamos este caso, como el primero en la literatura dermatológica dominicana. A pesar de que el paciente haya tenido una evolución satisfactoria, se considera su seguimiento en el tiempo, ya que las recidivas en esta patología son frecuentes.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Neri I, Frassetto A, Pasquinielli, Patrizi A. Tricomycosis pubis: black variety. *Genitourin Med* 1994; 70: 347-348.
2. Silvia E, Logemann H. Tricomycosis infantum. *Med Cutan Iber Lat* 2008; 36:91-93.
3. Arenas R. *Dermatología. Atlas, diagnóstico y tratamiento*. 3ra ed; México: McGraw-Hill Interamericana, 2005; 513.
4. Arce M, Villarreal I ;Pseudomycosis superficiales o corinebacteriosis cutáneas *Dermatología Rev Mex* 1999; 43:S10-17.
5. Giles G, Khalil I. Is the incidence of trichomycosis of genital hair underestimated? *J Am Acad Dermatol* 1991; 24: 297-298.
6. Peñaloza M y col. Corinebacteriosis cutánea. *Rev Cent Dermatol Pascua*; Vol 10, Núm 1, Sep-Dic 2001:141-146.
7. Freedberg IM, Eisen AZ, Wolff K et al. Eds. *Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine*. Fifth edition. Boston Massachusetts. McGraw-Hill 1999; 2:2203-2205.
8. Rook A, Wikinson DS, Ebling JFG et al. Eds. *Text book of dermatology*. Fifth edition. Oxford: Blacwell scientific publications 1992; 2:994-999.
9. Garcia M, Ruíz H, Pérez R, Marín P, Mira J. Hiperhidrosis y nódulos el pelos axilares. *Enferm Infec Microbiol Clin* 2001; 19: 177-178.
10. Fernanda Z, Javier B. Tricomycosis axilar: a propósito de un caso. *Acta Bioquim Clín Latinoam* 2007; 41(4): 559-562.
11. Leyden JJ, McGinley KJ, Holzle E, Labows JN Kligman AM. The microbiology of the human axilla and its relationship to axillary odor. *J Am Acad Dermatol* 1981; 77:413-416.
12. Joon K, Won C, Hyun W, Hun H, Nam K. Comparative Study Of Benzoyl Peroxide Versus Erythromycin in Trichomycosis Axilaris and Pubis. *Kor J Med Mycol* 2005; 10 (2):70-75.
13. Rosen T, Krawczynska AM, McBride ME, Ellner K. Naftifine treatment of trichomycosis pubis. *Int J Dermatol* 1991; 30(9): 557-69.