

Nuevas formas clínicas o etiopatogénicas de afecciones cutáneas descritas recientemente en Uruguay.

Evolución de su conocimiento luego de las publicaciones originales

Dr. Ismael A. Conti Díaz*

Introducción

En las pasadas décadas fueron descritas en nuestro medio nuevas formas clínicas o etiopatogénicas según el caso de afecciones cutáneas, tres de naturaleza infecciosa y otra de naturaleza irritativo-alérgica.

El principal objetivo de esta comunicación es recordar las publicaciones originales de cada una de ellas exponiendo luego la evolución de las mismas en el tiempo, en particular su confirmación por parte de autores nacionales o internacionales y especialmente los aportes científicos enriquecedores de su conocimiento, revelados por la investigación bibliográfica correspondiente.

El objetivo mencionado se ve, creemos plenamente justificado, por la necesidad de refrescar la memoria de estas patologías en nuestro ambiente académico, médico en particular, por tratarse de entidades de escasa frecuencia que podrían muy bien pasar desapercibidas o confundidas con afecciones de diferente naturaleza.

Dermatitis lineal de pantorrillas

En 1984, Conti Díaz y Torres de la Llosa⁽¹⁾ publicaron nueva y bien definida patología con características clínicas, epidemiológicas e histopatológicas propias: dermatitis de una o ambas pantorrillas de mujeres bajo forma de estrías paralelas de lesiones pápulo-vesiculares sobre base eritematosa, acompañada de prurito intenso o sensación de quemadura. A veces recidivante, fueron observadas en

mujeres de raza blanca inmediatamente después de viajar en determinadas líneas de ómnibus en Montevideo, durante el verano o el otoño. La histopatología mostró una intensa reacción irritativa con presencia de vesículas y vesicúletas intraepidérmicas y un importante proceso inflamatorio dérmico.

Muchos otros casos fueron pronto diagnosticados en la capital por colegas dermatólogos. La evolución clínica de los 16 casos incluidos en el trabajo original fue favorable con el uso tópico de cremas de corticoides.

La afección fue interpretada como consecuencia de una acción irritativo-alérgica de las resinas de la fibra de vidrio con la que habían sido construidos los asientos. La acción se producía luego del contacto directo, íntimo, de las pantorrillas con los bordes anteriores deteriorados de los asientos, durante el transcurso del viaje.

La afección descrita dejó de observarse en nuestra capital luego de que las autoridades de la empresa de ómnibus en cuyas líneas los casos clínicos habían sido diagnosticados, tomaron las medidas correctivas necesarias para solucionar el problema.

Pseudallescheriasis cutánea linfangítico nodular

La pseudallescheriasis comprende un conjunto de patologías emergentes y oportunistas de origen exógeno como micetomas, neumonitis, artritis, desórdenes cerebrales y sistémicos, etcétera, producidos por el hongo *Pseudallescheria boydii*.

En 1978, Cestau de Peluffo, Conti Díaz y colaboradores⁽²⁾ publicaron un proceso inflamatorio agudo de mano, antebrazo y brazo en un paciente de 50 años portador de pénfigo vulgar tratado con altas dosis de corticoides, nocardiasis pulmonar, candidiasis oral y dermatofitosis. El enfermo presentaba lesión chancriforme sobre el cuarto dedo, secundaria a herida sufrida durante tareas en el jardín, que fue seguida pocos días después por nódulos inflamatorios dermo-hipodérmicos a lo largo de los

* Ex Profesor Director del Departamento y Cátedra de Parasitología, Instituto de Higiene, Facultad de Medicina, Universidad de la República. Uruguay (1986-1996)

Correspondencia: Dr. Ismael A. Conti
Ayacucho 3314. Montevideo, Uruguay
Correo electrónico: ismaelconti@adinet.com.uy
Recibido: 2276/09.
Aceptado: 2276/09.

linfáticos de antebrazo y brazo. El médico tratante diagnosticó esporotricosis linfangítica indicando yoduro de potasio oral y termoterapia local, con lo cual empeoró la sintomatología.

En la Sección Micología del Instituto de Higiene, el examen directo del pus de los nódulos mostró grupos de filamentos tipo moho simulando gránulos de un eumicetoma, desarrollando reiteradamente en cultivos el hongo *Scedosporium apiospermum*, es decir, la forma asexual de *P. boydii*. El caso fue publicado primariamente como micetoma a forma linfangítico-nodular y en una comunicación posterior la nueva forma clínica de pseudallescheriasis cutánea linfo-nodular fue interpretada como proceso premicetomatoso.

Varias publicaciones científicas en el extranjero confirmaron la existencia de la nueva presentación clínica de la enfermedad, siempre en personas inmunocomprometidas por diversos motivos según el caso (tratamiento con corticoides, leucemias, síndrome nefrótico tratado con corticoides y ciclofosfamida, este último caso del Prof. Ricardo Negroni, Argentina), etcétera. Rippon, en su obra de texto de *Micología Médica* comenta en detalle nuestro caso incluyendo documentación fotográfica.

Onicomiosis por malassezia ovalis (*Pityrosporum ovale*) como nuevo agente etiológico de la afección en el hombre

El hallazgo fue realizado en 1982 por Civila, Conti Díaz, Vignale y Calegari⁽³⁾. En la mayoría de los casos se trataba de mujeres jóvenes portadoras de onicolisis blanco-amarillenta, límite proximal neto y sin perionixis, uni o bilaterales, asintomáticas, únicas o múltiples, y más frecuentemente en dedos de manos. El examen directo del material queratósico subungueal mostró siempre enorme cantidad de levaduras con las características propias de la levadura mencionada y los cultivos sobre Sabouraud adicionado de bilis de buey dieron desarrollo a típicas colonias del agente.

Las onicolisis se desarrollaban en pocas semanas volviéndose crónicas y progresivas. Respondieron favorablemente a imidazólicos tópicos y al ketoconazole oral.

La observación original fue confirmada recién 11 años después por Crozier y Wise en Australia; por Silva y colaboradores en Brasil en 1997; Escobar y colaboradores en Colombia en 1999, y por Migdley en el Reino Unido en el 2000.

Rickettsiosis cutáneo-ganglionar (RCG): una nueva presentación clínica

En 1990, Conti Díaz y colaboradores⁽⁴⁾ publicaron tres casos humanos autóctonos portadores de esta nueva forma clínica de rickettsiosis, la RCG, que atribuyeron a la especie

Rickettsia conorii de acuerdo con los resultados serológicos en la técnica de IFI-Ig M. La publicación significó, al mismo tiempo, el primer diagnóstico de rickettsiosis en la región americana no producida por la especie *R. rickettsii*, agente de la fiebre de las Montañas Rocallosas y de la fiebre maculosa brasileña.

Los pacientes consultaron por una pequeña lesión papulosa sobre una región tèmpero-occipital, secundaria a una picadura de garrapata (luego identificada como *Amblyomma triste* y reconocida como el vector habitual de la enfermedad en Uruguay), y seguida en los días siguientes por adenopatías regionales y fiebre moderada. No observamos en ellos lesión necrótica ("mancha negra" o "tache noir") ni exantema. Los mismos sí existieron en pacientes vistos a posteriori por otros autores nacionales y por nosotros mismos. Los casos evolucionaron favorablemente con tetraciclinas orales.

Recientes estudios científicos demuestran fehacientemente que los casos uruguayos son producidos en realidad por una especie íntimamente vinculada con *R. conorii*, cuya patogenicidad para el hombre fue recién demostrada en el 2004: *R. parkeri*. Entre aquellos, los de Venzal y colaboradores del 2004, diagnosticando mediante investigaciones de índole molecular la presencia de *R. parkeri* en ejemplares de la garrapata *A. triste*, incluyendo algunas obtenidas de pacientes con RCG. Asimismo, varios casos recientes de RCG revelaron evidencia clara de ser producidos por *R. parkeri* luego de aplicación de pruebas específicas de absorción cruzada de anticuerpos⁽⁵⁾.

La nueva forma de rickettsiosis, por nosotros descrita, fue reconocida recién siete años después y en forma prácticamente simultánea por Raoult en Francia y por Lakos y colaboradores en Hungría, denominándola con la sigla TIBOLA (tick borne lymphadenopathy). Nuestra publicación original pasó desapercibida por los autores.

Bibliografía

1. Conti-Díaz IA, Torres de la Llosa LA. Dermatitis lineal de pantorrillas. Aspectos clínicos, epidemiológicos e histopatológicos. *Med Cutan Ibero Lat Am* 1984; 12(3): 251-7.
2. Cestau de Peluffo I, Conti Díaz IA, Civila E, Calegari L, Rotkier I, Pereira P. Micetoma por *Scedosporium apiospermum* (*Petriellidium boydii*) asociado a nocardiosis pulmonar, candidosis y dermatofitosis en un paciente inmunodeprimido. *Dermatología (México)* 1978; 22: 41-7.
3. Civila ES, Conti Díaz IA, Vignale RA, Calegari LF. Onixis por *Malassezia (Pityrosporum) ovalis*. *Med Cutan Ibero Lat Am* 1982; 10(5): 343-6.
4. Conti-Díaz IA, Rubio I, Somma Moreira RE, Pérez Bórmida G. Rickettsiosis cutáneo-ganglionar por *Rickettsia conorii* en el Uruguay. *Rev Inst Med Trop Sao Paulo* 1990; 32(5): 313-8.
5. Conti-Díaz IA, Moraes-Filho J, Pacheco RC, Labruna MB. Serological evidence of *Rickettsia parkeri* as the etiological agent of cutaneous-ganglionar rickettsiosis in Uruguay. *Am J Trop Med Hyg* En prensa.