



Figura 2.

cómo hacer una búsqueda literaria histórica.

A Crystal Smith, *National Library of Medicine, History of Medicine Reference Librarian*, por toda su ayuda cada vez que fui al NLM para buscar los libros históricos, y todo el apoyo a distancia entre las visitas.

A Jeff Knab, *Light Incorporated*, por las magníficas fotos de los libros de Olavide en el NLM.

Bibliografía

1. Padrón Lleo JJ. Contribución al estudio de don José Eugenio de Olavide y su obra. Tesis Doctoral. Cádiz: Universidad de Cádiz; 1990.
2. Calap Calatayud J, Padrón Lleo JJ, Castilla Romero MA. Un maestro de la dermatología española: José Eugenio de

Olavide. Cádiz: Servicio de publicaciones Universidad de Cádiz; 1996.

3. Del Río de la Torre E, García Pérez A. José Eugenio de Olavide: Bibliografía, actividad asistencial, docente y académica. *Actas Dermosifiliogr.* 1998;89:495-503.
4. Del Río de la Torre E, García Pérez A. José Eugenio de Olavide. Su teoría dermatológica. *Actas Dermosifiliogr.* 1999;90:638-45.
5. Del Río de la Torre E, García Pérez A. José Eugenio de Olavide: publicaciones y colaboraciones en revistas periódicas. *Actas Dermosifiliogr.* 2001;92:127-37.
6. Cubillana García J. Aportaciones al estudio de la personalidad del doctor José Eugenio de Olavide (1836-1901) y su reconocimiento público por la municipalidad de Madrid. Tesis Doctoral. Cádiz: Universidad de Cádiz; 2006.
7. Conde-Salazar L, del Río de la Torre E, Díaz Díaz R, Sierra Valenti X, Heras Mendaza F. Piel de Cera (Olavide, San Juan de Dios y el Museo). Madrid: Luzán; 2006.

Onicomiosis blanca subungueal proximal por *Fusarium*

S. Mallo-García, P. Coto-Segura y J. Santos-Juanes-Jiménez

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. Asturias. España.

Sr. Director:

La onicomiosis blanca subungueal proximal (OBSP) es la forma menos habitual de presentación de la onicomiosis. Como agente causal más frecuente destaca el *Trichophyton rubrum*, aunque también se han visto implicadas otras especies: *Trichophyton megninii*, *T. schoenleinii*, *T. tonsurans*, *T. mentagrophytes* y *E. floccosum*.



Figura 1. Coloración blanquecina en tercio proximal de lámina y matriz ungueales.

Clásicamente ha sido descrita en pacientes inmunodeprimidos, sobre todo con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y en otras inmunodeficiencias. En los últimos años se han diagnosticado casos de OBSP también en pacientes inmunocompetentes, a los que queremos añadir uno nuevo.

Se trata de un varón de 19 años, en tratamiento por un acné noduloquístico con isotretinoína oral como único antecedente de interés, que consulta por alteraciones en una uña del pie de varios meses de evolución, sin antecedente traumático conocido y sin respuesta a la aplicación de un antifúngico tópico indicado por su médico de cabecera.

A la exploración física se aprecia, en la lámina ungueal del primer dedo del pie derecho, una discreta hiperquerato-

sis subungueal junto con una coloración blanquecina-lechosa del tercio proximal de la uña con afectación de la matriz ungueal (fig. 1). No se evidencian signos de perionixis ni de alteración en ninguna otra uña de los pies ni de las manos.

El cultivo de hongos de la lámina ungueal demostró el crecimiento de *Fusarium* sp. Se solicitó analítica general incluyendo hemograma, velocidad de sedimentación globular y bioquímica que fue rigurosamente normal, así como serología para el VIH, que fue negativa.

Se indicó tratamiento con itraconazol oral (200 mg al día durante 4 semanas) con evidente mejoría clínica.

Las especies de *Fusarium* sp. son mohos no dermatofíticos que se suelen encontrar en la naturaleza como saprofitos del suelo y como patógenos en las

plantas¹. Aunque pueden ocurrir infecciones en los humanos, habitualmente son precipitadas por factores predisponentes locales o generales. Las infecciones sistémicas son raras y exclusivas de pacientes inmunodeprimidos². La onicomiosis debida a *Fusarium* sp. casi siempre afecta al primer dedo de los pies, especialmente cuando se acompaña de anomalías distróficas y traumáticas o de uñas previamente infectadas por dermatofitos³. Se puede ver favorecida por el hábito de calzar sandalias o caminar descalzo². La mayoría de los casos descritos en la literatura se caracterizan por una importante perionixis que no se evidenció, sin embargo, en nuestro paciente.

La invasión de la uña del pie por *Fusarium oxysporum* es bastante infrecuente a pesar de la ubicuidad del moho, y supone una puerta de entrada para infecciones sistémicas en pacientes inmunodeprimidos⁴⁻⁶, en los que puede condicionar el pronóstico.

Clínicamente se manifiesta como una forma típica de onicomiosis su-

bungueal proximal, en ocasiones con presencia de onicolisis o hiperqueratosis subungueal.

El tratamiento de la onicomiosis por *Fusarium* no es sencillo². Se describen altas tasas de curación mediante avulsión ungueal seguida de la aplicación de antifúngicos tópicos, con mejoría en la mayoría de los pacientes inmunocompetentes. También se ha utilizado con éxito itraconazol (200 mg al día durante 4 semanas o en terapia pulsátil)².

Queremos aportar un caso de un paciente inmunocompetente en el que fue diagnosticada una onicomiosis blanca subungueal proximal por *Fusarium* sp.

Asimismo, debemos destacar la importancia del cultivo microbiológico y la necesidad de descartar una inmunosupresión, en especial la infección por el VIH, cuando nos encontremos ante este tipo de alteraciones ungueales, que se consideran casi exclusivas de pacientes inmunodeprimidos y raramente se diagnostican en inmunocompetentes.

Bibliografía

1. Weinberg JM, Koestenblatt EK, Don PK, White SM, Stein MN, Bamji M. Proximal white subungual onychomycosis in the immunocompetent patient: report of two cases and review of the literature. *Acta Derm Venereol.* 1999; 79:81-2.
2. Baran R, Tosti A, Piraccini BN. Uncommon clinical patterns of *Fusarium* nail infection: report of three cases. *Br J Dermatol.* 1997;136:424-7.
3. Piraccini BN, Morelli R, Stinchi C, Tosti A. Proximal subungual onychomycosis due to *Microsporium canis*. *Br J Dermatol.* 1996;134:175-7.
4. Merz WG, Karp JE, Hoagland M, Jett-Goheen M, Junking JM, Hood AF. Diagnosis and successful treatment of fusariosis in the compromised host. *J Infect Dis.* 1988;158:1046-55.
5. Nadler JP. Disseminated fusarial infection. *Rev Infect Dis.* 1990;12: 162.
6. Girmenia C, Arcese W, Micozzi A, Martino P, Bianco P, Morace G. Onychomycosis as a possible origin of disseminated *Fusarium solani* infection in a patient with severe aplastic anemia. *Clin Infect Dis.* 1992;14:1167.

Trombocitopenia temporal probablemente inducida por isotretinoína

P. Coto-Segura^a, C. Galache^b, J. Santos-Juanes^c, S. Mallo-García^c y J.R. Curto-Iglesias^a

^aUnidad de Dermatología. Hospital Álvarez-Buylla. Mieres. Asturias. España.

^bSevicio de Dermatología. Hospital de Cabueñes. Gijón. Asturias. España.

^cServicio de Dermatología II. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. Asturias. España.

Sr. Director:

Isotretinoína es un fármaco ampliamente usado en el tratamiento del acné grave nódulo-quístico¹. Puede producir graves efectos adversos que deberían ser reconocidos y monitorizados por el clínico. Presentamos un caso de profunda trombocitopenia secundaria al tratamiento de un paciente con acné grave con isotretinoína. Este caso ilustra un efecto adverso grave que puede ocurrir en cualquier momento durante el tratamiento. En una revisión de la literatura sólo hemos encontrado 4 publicaciones previas al respecto²⁻⁵.

Una mujer caucásica de 29 años, con acné nódulo-quístico refractario a otros tratamientos, comenzó con isotretinoína 40 mg/día después de obtener por escrito su consentimiento informado. No tomaba otra medicación excepto anticonceptivos orales (etinilestradiol y acetato de ciproterona) desde hacía tres años. Se mantuvo el tratamiento anticonceptivo. Todos los análisis de laboratorio previos al tratamiento (incluyendo bioquímica y recuento hemático) estaban dentro de los parámetros normales.

Un mes después, su acné había mejorado significativamente y el tratamien-

to con isotretinoína era bien tolerado, excepto por queilitis. Un nuevo análisis bioquímico y recuento hemático reveló parámetros normales. Durante este periodo no fue prescrita otra medicación.

Seis meses después de haber comenzado el tratamiento, la paciente acudió a la consulta refiriendo un sangrado vaginal espontáneo desde hacía 10 días, no relacionado con la menstruación. Se podía apreciar un exantema petequial sobre el tronco y las extremidades. En este momento un análisis hemático reveló un recuento plaquetario de $41 \times 10^3/\text{mm}^3$. El tratamiento con isotretinoína fue