

## Nódulo de crecimiento progresivo en cara lateral de dedo

### Progressively growing nodule on the lateral face of the finger

Jacinto Orgaz Molina, Iria Neri, Selena Ciabatti, Lorenza Ricci, María Teresa Gutiérrez Salmerón, Riccardo Balestri

*Dermatology, Department of Specialised, Experimental and Diagnostic Medicine, Università di Bologna. Bologna (Italy)*

Estimado Editor,

Presentamos el caso de un paciente de 34 años sin historia médica de interés y ganadero de profesión (ganado ovino), acude a urgencias presentando lesión de más de dos semanas de evolución en 2º dedo de la mano izquierda. Había tomado amoxicilina-clavulánico durante una semana sin respuesta; al contrario, refería que la lesión había crecido y se había ulcerado, motivo por el que preocupado deseaba una nueva valoración médica. La lesión no era significativamente sintomática y no presentaba fiebre ni otro síntoma sistémico. A la exploración presentaba una lesión nodular de superficie exulcerada de aspecto rojo y granulomatoso con bordes hiperpigmentados, costrosa y un halo rojo-violáceo (figura). No presentaba adenopatías axilares. Debido a la profesión del paciente, la falta de respuesta a tratamiento antibiótico, el aspecto clínico y localización de la lesión se sospechó un ectima contagioso (EC). La resolución de la lesión 4 semanas después fue acorde al diagnóstico de presunción.



El EC es una lesión infecciosa producida por el virus Orf (del género parapoxvirus). Es una zoonosis que se transmite al humano por contacto con lesiones especialmente en ovejas, que suelen presentar las lesiones en el hocico o en las lumbres (si amamantan crías infectadas). Por ser una dermatosis profesional y tener un

carácter autorresolutivo no es frecuente que se consulte por esta condición puesto que conocen la historia natural por experiencia (1). Así, son lesiones que solo son atendidas por el médico cuando ocurren en una persona con poca experiencia, como podía ser el caso de este joven ganadero, o cuando se produce en personas que presentan un contacto puntual con un animal infectado.

Clínicamente se caracteriza por ser un cuadro que resuelve espontáneamente tras pasar por una serie de estadios que comprenden una fase inicial maculo-papular, adquisición de una zona de eritema central más intenso (lesión en diana), transformación en nódulo húmedo (como en el presente caso), nódulo seco, forma papilomatosa y finalmente fase regresiva (2). El diagnóstico es esencialmente clínico y apoyándose en la epidemiología. En casos de duda se puede recurrir a la histopatología o a la serología (si disponible) para apoyar la sospecha clínica o a pruebas complementarias para descartar otro posible diagnóstico (ejemplo: tinción de Gram para piodermitis).

Aunque raro, hay que conocer el penfigoide ampolloso (3) y el eritema multiforme (4) como complicaciones asociadas a un episodio previo de EC y que pueden ser causa de alarma en el paciente y en el propio médico.

Sin ser un motivo de consulta frecuente su conocimiento es importante puesto que puede ser confundido con infecciones bacterianas(1), con un panadizo o infección estafilocócica cuando afecta al pulpejo del dedo (5), otras infecciones (como el granuloma de las piscinas del *Mycobacterium marinum* o infección por virus herpes simplex), lesiones reactivas como el granuloma piógeno, o lesiones tumorales malignas como el melanoma nodular, linfomas tipo B o metástasis cutáneas. Tanto es así que se han descrito incluso amputaciones por error diagnóstico (6). Aprovechamos en este punto para recordar la importancia de una biopsia diagnóstica antes de intervenciones más agresivas cuando el diagnóstico no está claro. Comentario aparte merece el nódulo de los ordeñadores, zoonosis producida por un parapoxvirus, especialmente en personas que tratan con ganado vacuno y que puede presentar una clínica e histopatología indistinguible. De esta manera el diagnóstico se realiza por las características epidemiológicas, pudiendo recurrir en último término al cultivo del virus y la microscopía electrónica. No obstante, puesto que el manejo y pronóstico es superponible, el interés de dichas pruebas desde el punto de vista práctico es más que limitado.

Vista su naturaleza autorresolutiva, no es necesario un tratamiento específico siendo suficiente con curas locales para evitar la sobreinfección de las mismas (1). Sin embargo, en pacientes inmunodeficientes puede estar indicado el tratamiento con terapias físicas como criocirugía o médicas mediante el uso de cidofovir, idoxuridina, imiquimod o inyección de interferón alfa. En ocasiones la cronicidad y/o el tamaño de las lesiones puede obligar a un tratamiento quirúrgico, que puede presentar alto riesgo de recidiva. Para reducir dicho riesgo se ha recomendado el realizar la escisión con un margen de piel sana periférica y aplicar curas con hipoclorito (por su actividad virucida) durante una semana antes de realizar el injerto de piel (7).

#### REFERENCIAS

1. Georgiades G, Katsarou A, Dimitroglou K. Human orf (ecythema contagiosum). *J Hand Surg.* 2005; 30B: 409–411.
2. Agger W, Webster SB. Human orf infection complicated by erythema multiforme. *Cutis* 1983;31:334–338.
3. Huminer D, Alcalay J, Pitlik S. Human orf in Israel. Report of three cases. *Israel J Med Sc.* 1988; 24: 54–56.
4. Orgaz-Molina J, Salazar-Nievas M, Orgaz-Molina MC, Arias-Santiago S. Multiple finger nodules and an erythematous rash - a case study. *Aust Fam Physician.* 2012; 41: 885-6.
5. Arnaud JP, Bernard P, Souyri N, Pecout C, Dunoyer J. Localisations de la maladie D' orf a la main: "Un faux panaris." Etude de huit observations. *Ann Chir Main.* 1986; 5: 129–132.
6. Chahidi N, de Fontaine S, Lacotte B. Human orf. *Brit J Plast Surg* 1993;46:532–534.
7. Tan ST, Blake GB, Chambers S. Recurrent orf in an immunocompromised host. *Brit J Plast Surg* 1991;44:465– 467.