

Esporotricosis fija: informe de un caso

CLAUDIA PATRICIA VALENCIA¹

LUZ MARINA GÓMEZ²

AMPARO SANÍN³

MARÍA TERESA CEVALLOS⁴

INFORME DE CASO

Fecha de recepción: 15/03/05

Fecha de aprobación: 10/04/05

RESUMEN

Se presenta el caso clínico de esporotricosis en forma fija de un paciente agricultor, con una lesión en rodilla izquierda, secundaria a trauma vegetal. En el cultivo se aisló *Sporothrix schenckii*. El paciente se curó clínicamente con el tratamiento con yoduro de potasio. **Palabras clave:** esporotricosis linfocutánea, cutánea fija, *Sporothrix schenckii*.

Infectio 2005; 9(2): 100-103

ABSTRACT

We present the case of a farmer with cutaneous fixed sporotrichosis on his left knee after traumatic implantation. The diagnosis was made by positive culture of *Sporothrix schenckii* confirmed when the patient was successfully treated with potassium iodide. **Key words:** sporothrix schenckii, fixed cutaneous sporotrichosis, lymphocutaneous sporotrichosis, sporotrichosis.

INTRODUCCIÓN

La esporotricosis es una infección micótica causada por un hongo dimórfico, llamado *Sporothrix schenckii*; presenta diversas formas clínicas en la piel, esporotricosis fija o linfocutánea.

Se presenta el caso de un paciente agricultor con diagnóstico de esporotricosis fija localizada en la rodilla izquierda y se hace una breve descripción de la enfermedad.

HISTORIA CLÍNICA

Presentamos el caso de un paciente de sexo masculino, de 49 años de edad, agricultor, que consultó por lesiones verrugosas en la piel de 3 años de evolución luego de picadura de insecto en la rodilla izquierda. Recibió tratamientos con esteroides tópicos sin ninguna mejoría.

En el examen dermatológico se encontró una placa verrugosa con puntos de color café, infiltrada, de forma irregular, con áreas de cicatrización. Las lesiones eran de 10 x 5 cm de diámetro, aproximadamente, localizadas en la rodilla, la parte superior de la pierna y la región inferior de muslo izquierdo (figura 1 y 2).

Se tomó biopsia con sacabocado, la cual reportó acantosis irregular que englobaba abscesos de polimorfonucleares neutrófilos (PMN). En la dermis se apreció un infiltrado inflamatorio perivascular acompañado de células epitelioides, que conformaban un foco de absceso mixto granulomatoso y agudo con PMN. Se realizó histoquímica con coloraciones de plata-metenamina y PAS con diastasa y sin ella; estos hallazgos permitieron hacer el diagnóstico de *esporotricosis*.

¹ Residente de Dermatología, Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín.

² Dermatóloga, jefe de Dermatología, Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín.

³ Bacterióloga, Congregación Mariana, Medellín.

⁴ Bacterióloga, Congregación Mariana, Medellín.

Correspondencia: Carrera 79 N°49-29, apartamento 303, Medellín.
Teléfono: 421 2592

claudiavalen@epm.net.co

Figura 1

Placa de superficie verrugosa, con algunas costras en la superficie, que se asienta sobre superficie eritematosa, no sigue trayectos linfáticos, corresponde a una esporotricosis fija.

En el examen directo con KOH no se observaron estructuras de hongos. En el cultivo con un tiempo de incubación de 7 días creció *Sporothrix schenckii*.

DISCUSIÓN

La esporotricosis es una infección micótica causada por un hongo dimórfico, llamado *Sporothrix schenckii*, cuyo hábitat natural son los suelos, el agua y las plantas (1,2). A temperatura ambiente se presenta bajo la forma de moho y en los tejidos del hospedero se desarrolla como levadura (3-5). La infección se adquiere por inoculación directa del hongo. Se considera prevalente en las zonas tropicales de Latinoamérica. Es una enfermedad usualmente benigna; se manifiesta, principalmente, por lesiones en la piel y el tejido celular subcutáneo; en algunos casos compromete, también, articulaciones y huesos (3-5).

Su prevalencia es similar en hombres y mujeres. No hay diferencias con respecto a la edad. Generalmente, hay antecedentes ocupacionales de trabajo con plantas, agua o tierra (1,2,4,5).

La forma más frecuente de contaminación es por trauma directo o por fragmentos vegetales, herramientas de labranza o agujas contaminadas; además, por arañazos de gatos y por mordedura de animales (2).

Los casos sistémicos de la infección ocurren por inhalación o por vía digestiva y, generalmente, se presentan en pacientes inmunocomprometidos.

La enfermedad puede presentarse en animales domésticos; no hay transmisión persona a persona

Figura 2

Esporotricosis fija.

pero sí de animales a persona. Las lesiones se localizan, principalmente, en los miembros superiores (40%) e inferiores (30%) y en los niños las lesiones pueden ser faciales (21%) (5).

Presentación clínica

Clínicamente, la esporotricosis presenta varias formas. La clásica o linfocutánea y la fija; se encuentran en proporciones similares. También, existen formas cutáneas diseminadas, multifocales y extracutáneas con tendencia a la diseminación hematogena, las cuales se presentan en pacientes inmunosuprimidos (4,5).

Esporotricosis linfocutánea: es la más común (1-3); se inicia una a dos semanas después del trauma con la aparición de una lesión gomosa que tiende a ulcerarse (chancro de inoculación) (1,4). Semanas después aparecen nódulos violáceos, móviles, que siguen el trayecto de los nódulos linfáticos que drenan el área, sin comprometerlos directamente. Los nódulos suelen ulcerarse con el tiempo y drenan material seropurulento y serohemático (2). En ausencia de tratamiento específico, la actividad local persiste por lo que se pueden observar en el mismo paciente lesiones en diferentes estados (nodulares y ulcerados). Puede haber compromiso de más de una cadena linfática.

Las lesiones pueden tener diferentes presentaciones; la más común es el chancro con el rosario de lesiones secundarias. El aspecto de las lesiones indi-

viduales es variable: algunos nódulos ulcerados tienen bordes levantados y simulan leishmaniasis; otros aparecen con fístula y parecen colecciones piógenas. En algunos pacientes, el chancro cicatriza espontáneamente, mientras que en otros tiende a extenderse (5).

Esporotricosis fija: tiene ausencia de lesiones a distancia. El chancro de inoculación es de mayor tamaño, se implanta más profundamente en el tejido subyacente o se rodea de pequeñas lesiones satélites. El aspecto es variable: puede ser verrugoso, seco, exudativo, costroso o papular; en todos los casos hay infiltración del tejido y su aspecto es granulomatoso (figura 1 y 2). Es de curso más crónico. La localización más frecuente de esta forma de presentación es la cara, el cuello, el tronco y las piernas (1,2).

Esporotricosis con diseminación cutánea: es rara; se presenta con múltiples lesiones en diferentes sitios del cuerpo; puede haber diseminación hematogena (2).

Esporotricosis extracutánea: ocurre menos frecuentemente que las formas anteriores. Puede ser por diseminación hematogena pero, usualmente, se sugiere que la primoinfección es la pulmonar que pasa desapercibida (2). Los sitios frecuentemente afectados son el pulmón, los huesos, las articulaciones, las meninges y las mucosas. El cuadro sistémico, generalmente, es grave y puede ser fatal; se considera una enfermedad oportunista en pacientes con anomalías en la inmunidad celular.

Puede haber lesiones oculares por implantación traumática directa, y se desarrolla queratitis (2,5).

Diagnósticos diferenciales

- *Leishmaniasis linfocutánea:* presenta lesiones tipo nódulos indurados, algunos pueden ulcerarse y siguen un trayecto linfático (3).
- *Micobacteria no tuberculosa,* principalmente infección por *Mycobacterium marinum,* la cual presenta granulomas que semejan esporotricosis y, algunas veces, pueden seguir trayectos linfáticos.
- El chancro de inoculación primario de la tuberculosis cutánea presenta un nódulo ulcerado, único, que simula una esporotricosis fija.

Diagnóstico

Se realiza por medio de los siguientes exámenes:

- *Examen directo:* es difícil la visualización del hongo.
- *Cultivo:* *S. schenckii* es fácil de cultivar en medios simples como el de Sabouraud, micosel y agar dextrosa; generalmente, es el método que permite hacer el diagnóstico. Las colonias crecen en 5 a 7 días, preferiblemente, a temperatura ambiente. En las formas diseminadas se pueden realizar hemocultivos.
- *Histopatología:* no es muy efectiva, ya que las levaduras se observan en muy pocos casos; se pueden observar granulomas piógenos con necrosis central, hiperplasia pseudoepiteliomatosa, microabscesos epidérmicos y cuerpos asteroides.
- *Pruebas de hipersensibilidad cutánea retardada:* el 80% de los pacientes con esporotricosis presenta este tipo de reacción a la esporotriquina; no es 100% confiable ya que algunas personas normales sin esporotricosis reaccionan positivamente debido a una infección subclínica o un contacto previo.
- *Inmunofluorescencia directa con anticuerpos anti-S. schenckii:* se visualizan las levaduras en las muestras patológicas. La técnica también puede aplicarse a las biopsias; la presencia de cuerpos asteroides en los tejidos se considera diagnóstica.
- *Inmunohistoquímica y ELISA:* la seroaglutinación con látex puede detectar anticuerpos; usualmente, es de ayuda en la esporotricosis extracutánea (1,2,4,5).

Tratamiento

Consiste en la administración de solución saturada de yoduro de potasio al 10%. La dosis es de 5 gotas, 3 veces al día, con aumento paulatino hasta 40-50 gotas por dosis; se mantiene hasta controlar la infección, aproximadamente, 7 a 8 semanas. Sin embargo, se debe continuar 4 semanas después de obtenida la mejoría clínica (2,3).

La anfotericina B se puede emplear para las formas cutáneas extensas y para las diseminadas con compromiso pulmonar. La dosis es de 1 a 2 g por 2 a 3 meses (3).

El itraconazol ha mostrado ser efectivo en varias formas diseminadas. La dosis es de 200 mg por 3 a 4 meses (1,2,5).

El fluconazol se recomienda para pacientes que no toleran el itraconazol, aunque es menos efectivo que éste. Se usa a dosis de 400 mg por día por 6 meses (1).

Se utiliza la terapia con calor dado que *S. schenkii* no crece a temperaturas mayores de 35 °C; esto justifica el uso de compresas calientes (45 °C), 1 hora al día por varios meses. Se usa como terapia alternativa (1).

REFERENCIAS

1. **DE ARAÚJO T, MÁRQUEZ AC, KERDEL F ET AL.** Sporotrichosis. *Int J Dermatol* 2001;40:737-42.
2. **MORRIS-JONES R.** Sporotrichosis. *Clin Experiment Dermatol* 2002;27:427-431.
3. **WELSH O, SCHMID-GRENDELMEIER P, STINGL P ET AL.** Tropical dermatology. Part II. *J Am Acad Dermatol* 2002;46:748-63.
4. **QUEIROZ-TELLEZ F, MCGRINNIS M, SALKIN I ET AL.** Subcutaneous mycoses. *Infect Dis Clin North Am* 2003;17:645-51.
5. **RESTREPO A.** Esporotricosis. En: Vélez H, Rojas W, Borrero J *et al.* Fundamentos de medicina: enfermedades Infecciosas. Sexta edición. Medellín: Corporación de Investigaciones Biológicas; 2003. p p. 345-51.