

Esporotricosis Linfangítica

Reporte de un caso

Víctor Fernando Muñoz Estrada¹, Claudia Lizeth Lizárraga Gutiérrez², Marcela Gómez Llanos Navidad², Gabriela Domínguez Cota³

¹Médico dermatólogo y micólogo, Jefe del Departamento de Dermatología y Micología de CUHC Culiacán. Profesor e investigador de tiempo completo de la Universidad Autónoma de Sinaloa; ²Medico Pasante de Servicio Social; ³Residente de dermatología de 4to año del Instituto Dermatológico de Jalisco "Dr. José Barba Rubio"

e-mail: vfm_6@hotmail.com, claudializarraga@hotmail.com, mglln@hotmail.com, gabdominguez@gmail.com

RESUMEN

La esporotricosis es una micosis subcutánea, causada por el hongo dimórfico *Sporothrix schenckii*, adquirida por inoculación traumática. La forma clásica de presentación es la linfangítica, se observa con mayor frecuencia en miembros superiores, inferiores y cara. Se caracteriza por presentar un goma en el sitio de inoculación, semanas más tarde aparecen nuevas lesiones las cuales siguen un trayecto linfático. Se presenta el caso de un paciente masculino de 12 años de edad con esporotricosis linfangítica afectando la extremidad superior derecha, fue tratado con itraconazol, obteniéndose resolución clínica y negativización micológica.

Palabras clave: esporotricosis linfangítica, *Sporothrix schenckii*, itraconazol.

ABSTRACT

The sporotrichosis is a subcutaneous mycosis caused by the dimorphic fungus *Sporothrix schenckii*, acquired through traumatic entry into the skin. The lymphatic form is the classic clinical presentation. It is observed with more frequency in pelvic and thoracic members as well as in the face. It displays gummas in the site of inoculation, weeks after new lesions appear, these lesions follow a lymphatic trajectory. In this case we present a case of a male, age of 12 years old, with lymphocutaneous sporotrichosis, affecting the right superior extremity, he received treatment with itraconazol, obtaining clinical resolution and mycological negativity.

Key words: Lymphangitic sporotrichosis, *Sporothrix schenckii*, itraconazol.

INTRODUCCIÓN

La esporotricosis es una infección micótica subcutánea, causada por el hongo dimórfico *Sporothrix schenckii*, afecta principalmente a piel y vasos linfáticos, y en raras ocasiones órganos internos; involucra preferentemente extremidades y cara, y se caracteriza por presentar gomas que se presentan en un trayecto linfático o placas verrugosas que son lesiones fijas de evolución subaguda o crónica.^{1,2,3,4} Fue descrita por primera vez en Estados Unidos de América por Schenk en el año de 1896. En México los primeros casos publicados fueron en 1913 por Gayón.^{4,5,6} La esporotricosis es una enfermedad

cosmopolita, que predomina en climas tropicales donde generalmente la temperatura ambiental oscila entre 17 y 30°C y la humedad va del 90 al 100%, como sucede en África y América Latina.^{2,7,8} En México la esporotricosis es frecuente, la estadística reportada la coloca en el segundo lugar dentro de las micosis profundas; predominando en los estados de Jalisco, Guanajuato, Distrito Federal y Veracruz.^{2,9,10} Esta micosis puede presentarse en individuos de cualquier raza y edad.^{5,8} Se considera una enfermedad ocupacional; habitualmente se relaciona con campesinos y jardineros.^{11,12} El contagio se produce a través de una solución de continuidad, donde el

hongo se introduce a la piel;^{13,14} la transmisión zoonótica es rara, pero hay informes relacionados con mordeduras de roedores; además, el hongo puede penetrar por inhalación a vías respiratorias y provocar casos pulmonares primarios.^{12,15} El periodo de incubación es variable, generalmente entre 1 y 3 semanas.⁵ El estado inmunológico del huésped, el sitio de inoculación y virulencia del hongo, juegan un papel importante para producir las diferentes manifestaciones de esta micosis.^{1,13} Se consideran tres formas clínicas principales: La forma linfagítica es la más frecuente, se presenta en el 65-82% de los casos, afecta principalmente extremidades superiores e inferiores y cara; la lesión inicial es el chancro esporotricósico, representado por un goma indoloro, de color rojo púrpura con necrosis central, que puede ulcerarse; aproximadamente 2 semanas después de la aparición del chancro, los gomas siguen un trayecto linfático. La forma cutánea fija es la segunda más frecuente con una presentación entre 10-30%, se observa como una placa infiltrada eritematoviolacea verrugosa, usualmente se observa en niños.^{1,6,9,11,16} La forma diseminada es la menos frecuente, se presenta entre el 1-2 % de los casos cutáneos y casi siempre esta asociada a estados de inmunosupresión.; ocurre por diseminación hematogena o puede ser secundaria a una infección pulmonar.¹⁰ Las formas diseminadas agudas o crónicas pueden afectar además de la piel otras estructuras como hueso, articulaciones o sistema nervioso central. La esporotricosis pulmonar primaria, es poco frecuente, el hongo penetra por vía aérea y desencadena una neumopatía primaria autolimitada y asintomática.² El diagnóstico se hace clínico y micológico. El examen directo no es útil, ya que es raro encontrar cuerpos asteroides u otras formas levaduriformes. El método diagnóstico más confiable es por medio de cultivo micológico de las secreciones de la lesión; que después de 3-5 días de haberlas cultivado en medios como agar Sabouraud a 28°C; se observan colonias membranosas, de aspecto cremoso, finamente radiadas, de color beige o negro, las cuales presentan al microscopio hifas delgadas, septadas y ramificadas que producen conidios piriformes en forma de flor de durazno. Además es de utilidad la introdermorreacción de esporotricina, es el método más rápido para hacer el diagnóstico de esporotricosis, la prueba se confirma entre 24-48 hrs, y se considera positiva

cuando se observa una pápula de más de 5 mm.^{4,6,8,18} En el estudio histopatológico se observa una reacción granulomatosa con polimorfonucleares, y células multinucleadas de tipo Langhans. Se asocia comúnmente a alteraciones epidérmicas como hiperplasia pseudoepiteliomatosa. La forma típica del granuloma presenta una zona central supurativa, una media tuberculoide y una externa sifiloide. En ocasiones se observan cuerpos asteroides, que son levaduras rodeadas de estructuras eosinofílicas extracelulares.^{10,11,17} En la actualidad, el tratamiento de elección sigue siendo la terapia con yoduro de potasio; se administra vía oral en adultos de 4-6 g/día y de 2-3 gr/día en niños, repartiéndose la dosis en tres tomas, durante 3 meses como promedio. Se han reportado éxitos terapéuticos para esporotricosis con la administración de itraconazol y terbinafina. Estos fármacos se usan en las formas diseminadas o resistentes al yoduro de potasio. La anfotericina B se reserva para las formas diseminadas hematogenas.¹⁹⁻²¹

CASO CLINICO

Paciente masculino de 12 años, estudiante, originario y residente de Santiago de los Caballeros, Badiraguato, Sinaloa; acudió a la consulta al Departamento de Dermatología y Micología de la Coordinación Universitaria del Hospital Civil de Culiacán en marzo de 2005.

Presentaba dermatosis única monomorfa, localizada, afectando cara interna del brazo y antebrazo de la extremidad superior derecha, constituida por gomas en número de nueve, entre 1 y 3cm de diámetro aproximadamente, algunos se encontraban en fase de nódulos y otros ulcerados, la consistencia era dura en algunos y blanda en otros, de superficie eritematoviolacea, que seguían una trayectoria lineal. (Figura 1 y 2). En el resto de la piel y anexos no se encontraron alteraciones, ni adenomegalias regionales.

Al interrogatorio refirió haber iniciado su padecimiento 5 meses antes de acudir a consulta a este hospital. Refiere haber presentado inicialmente "una bolita" a nivel de la muñeca de la mano derecha, de color rojo, dura, asintomática; posteriormente fueron apareciendo "otros granitos" en forma lineal ascendente por la cara interna del antebrazo hasta llegar a la cara interna del brazo. El granito inicial se ulceró drenando secreción seropurulenta. Acudió al

médico donde se le prescribieron antibióticos tópicos y sistémicos no especificados, sin presentar mejoría alguna.



Figura 1. Presencia de nódulos y lesión ulcerada de esporotricosis linfangítica



Figura 2. Forma linfangítica de esporotricosis, afectando extremidad superior derecha

De acuerdo a las características clínicas que presentó el paciente, se planteó el diagnóstico clínico presuntivo de esporotricosis linfangítica. Posteriormente se tomó muestra de la secreción de las lesiones ulceradas, mismas que se les realizó examen directo y cultivo micológico. En el examen directo no se observó ninguna estructura fúngica.

Para realizar el cultivo micológico se utilizó el medio de cultivo agar Sabouraud, se incubó a temperatura ambiente durante 3 semanas y se obtuvo un cultivo con características macroscópicas (Figura 3) y microscópicas (Figura 4) de *Sporobtrix schenckii*. Con las características clínicas y los hallazgos del cultivo micológico se integra el diagnóstico definitivo de esporotricosis linfangítica.

Se estableció tratamiento médico con itraconazol a 200mg diarios por vía oral, obteniéndose remisión de las lesiones a las 8 semanas de haber iniciado el tratamiento con negativización del cultivo micológico.

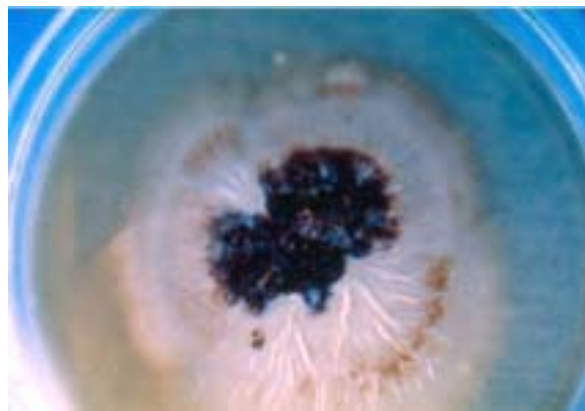


Figura 3. Colonia cremosa, radiada de *Sporobtrix schenckii*



Figura 4. Imagen microscópica de de *Sporobtrix schenckii*. Conidias agrupadas en flor de durazno

COMENTARIO

La esporotricosis es una micosis subcutánea causada por un hongo dimórfico *Sporobtrix schenckii*. Es la segunda micosis subcutánea más frecuente en nuestro país. El agente causal por lo general habita en climas templados y húmedos. En el estado de Sinaloa es poco frecuente ya que el hongo no sobrevive a más de 37 °C, las zonas de la costa y el valle alcanzan altas temperaturas incluso hasta los 45°C, por lo que este padecimiento se circunscribe a poblaciones ubicadas en las estribaciones de la sierra madre occidental de donde proviene este paciente. La esporotricosis se presenta con frecuencia en niños de edad escolar y adultos jóvenes. El caso presentado corresponde a un paciente pediátrico con esporotricosis de tipo linfangítica en extremidad superior, topografía poco frecuente en personas de esta edad según lo reportado en la literatura, ya que refiere que la forma clínica más común en este tipo de pacientes, es la afección en cara con la forma

cutánea fija. A pesar de que es bien conocido que el tratamiento de elección para esporotricosis es el yoduro de potasio, existen reportes de buena respuesta al tratamiento con itraconazol por lo que fue utilizado en este caso a dosis de 200mg diarios por vía oral durante 8 semanas, obteniéndose curación clínica y negativización del cultivo micológico. Este caso se presenta porque a pesar de que la esporotricosis no es muy frecuente en nuestro estado, es importante tener en cuenta este padecimiento para realizar un diagnóstico temprano y tratamiento oportuno.

BIBLIOGRAFIA

1. Arenas R. Esporotricosis en: Micología médica ilustrada. 2da Edición. México. Mc Graw Hill Interamericana. 2003; 129-38.
2. Bonifaz A. Esporotricosis en: Micología médica básica. 2da Edición. México. Méndez Editores. 2000; 185-206.
3. Arenas R. Esporotricosis en: Atlas de dermatología diagnóstico y tratamiento. 3era Edición. México. Mc Graw Hill Interamericana. 2005; 416-21.
4. Bustamante B, Campos P. Endemic sporotrichosis. Curr Opin Dis. 2001;14(29):145-49.
5. Espinosa A, Hernandez F, Lavalle P, Barba J, Lopez R. Estudio de 50 pacientes con esporotricosis. Evaluación clínica y de laboratorio. Gac Med Mex. 2001;137(2):111-16.
6. Lopez L, Moreno G, Padilla MC. Esporotricosis facial y linfagítica en un adulto. Rev Cent Dermatol Pascua. 2004;13(1):25-8.
7. García R. Esporotricosis en la altura del Cusco Perú. Nueva zona endémica experiencia de once años. Folia Dermatológica Peruana. 1999;9(1).
8. Florez A, Indacochea S, De la Fuente J, Bustamante B, Holgado W. Esporotricosis en Abancay, Perú. Rev. Perú Epidemiol. 1991; 4(1).
9. Mayorga JA, Barba J, Muñoz VF, Rangel A, García A, Magaña I. Esporotricosis en el estado de Jalisco, estudio clínico-epidemiológico (1960-1996). Dermatología Rev. Mex. 1997;41(3):105-8
10. Vega O, Bonifaz A, González F, Mercadillo P. Esporotricosis cutáneo-hematogena. Rev Med Hosp Gen Mex. 2002;65(2):98-101.
11. Lavalle P, Padilla M, Mora S, Reynoso S, Rodríguez J. Micetomas, cromomicosis y esporotricosis en el estado de Veracruz. Datos del servicio de micología del Centro Dermatológico Pascua (1956-2001). Dermatología Rev Mex 2004;48:13-27
12. Bastos M, Oliveira A, Gallardo MC, Schubach T y cols. Sporotrichosis with widespread cutaneous lesions: report of 24 cases related to transmission by domestic cats in Rio de Janeiro, Brazil. Int J Dermatol. 2003;42(9):677-81.
13. Sanchez M, Araiza J, Bonifaz A. Aislamiento y caracterización de cepas silvestres de *Sporothrix schenckii* investigaciones de reactores a la esporotricina. Gac Med Mex. 2004;140(5):507-12
14. García M, Urquiaga T, Lopez N, Urquiaga J. Esporotricosis cutánea en niños en un hospital regional del Perú. Dermatol Per 2004;14(2)
15. Bastos M, Pacheco T, Gutierrez M, Oliveira A, Fialho y cols. Sporotrichosis: an Emergent Zoonosis in Rio de Janeiro. 2001. 96(6): 777-79
16. García M, Urquiaga T, López N. Esporotricosis cutánea en hospital regional de Cajamarca. Dermatol Per 2001; 11: 87-91.
17. Padilla MC, Orozco J. Cuerpos asteroides en el examen directo de un paciente con esporotricosis linfagítica. Rev Cent Dermatol Pascua. 2000;9(2):105-08.
18. Poletti E, Michel J, Arenas R, Martinez L, Arce F. Esporotricosis infantil: otro simulador clínico. Informe de cuatro casos. Dermatología Rev Mex 2004;48:101-05.
19. Guerrero R, Bonifaz A, Sanabria A, Saúl A. Esporotricosis facial tratada con yoduro de potasio y prednisona. Dermatología. Rev Mex. 2001;45(4)
20. Barton J, Heymann W. Potassium iodide in dermatology: A 19th century drug for the 21st century. Uses, pharmacology adverse effects, and contraindications. J Am Acad Dermatol. 2000;43:691-7.
21. Torres B, Vazquez E, Gonzalez A. Efecto del yoduro de potasio sobre la respuesta inmune en la esporotricosis. Rev Iberoam Micol. 1997;14:98-100.