

Revista del
Centro Dermatológico Pascua

Volumen

Volume

11

Número

Number

3

Septiembre-Diciembre

September-December

2002

Artículo:

Esporotricosis linfangítica.
Presentación de un caso

Derechos reservados, Copyright © 2002:
Centro Dermatológico Pascua

**Otras secciones de
este sitio:**

- ☞ Índice de este número
- ☞ Más revistas
- ☞ Búsqueda

*Others sections in
this web site:*

- ☞ *Contents of this number*
- ☞ *More journals*
- ☞ *Search*



Edigraphic.com

Esporotricosis linfangítica. Presentación de un caso

Dra. María del Carmen Padilla Desgarennes,* Dra. Adriana Leticia Lopezello Santillán**

RESUMEN

La esporotricosis es una micosis subcutánea frecuente en nuestro medio. Se presenta el caso de una mujer de 56 años de edad con el diagnóstico de esporotricosis linfangítica, que tardó 11 meses en ser diagnosticado; se comenta la evolución e intentamos hacer hincapié en los aspectos clínicos, diagnósticos y terapéuticos de esta enfermedad con la finalidad de realizar un diagnóstico precoz.

Palabras clave: *Sporothrix schenckii*, yoduro de potasio.

ABSTRACT

Sporotrichosis is a uncommon mycoses subcutaneous caused by a dimorphic fungus named Sporothrix schenckii. The localized cutaneous type and lymphangitic type are the most frequent clinical presentations. We present a case of lymphangitic sporotrichosis, which required eleven months to be diagnosed. We comment the evolution and we try to remark the clinical, diagnostic and therapeutic aspects of the disease, in order to improve the diagnoses.

Key words: *Sporothrix schenckii*, potassium iodide.

La esporotricosis fue descrita, por primera vez por Schenckii en 1819 en EUA y en México la primera publicación fue en 1913 por Gayón. Los campesinos, jardineros, floristas, amas de casa, carpinteros, mineros y alfareros son las personas más frecuentemente afectadas por lo que se considera como una enfermedad ocupacional. En México, una de las principales fuentes de infección es la paja, el zacate y la madera.^{1,3,17}

Sporothrix schenckii es un hongo dimórfico, es decir que se encuentra como levadura en los tejidos y como moho en los medios de cultivo o medio ambiente, la vía de entrada es la cutánea, a través de traumatismos o excoriaciones con material contaminado con tierra.³

Es una enfermedad polimorfa que afecta piel, tejido celular subcutáneo, a veces hueso y otros órganos.

El estado inmunológico del huésped juega un papel importante para producir las diferentes manifestaciones de la micosis.

CASO CLÍNICO

Se presenta el caso de paciente del sexo femenino de 56 años de edad, originaria y residente del estado de Veracruz, específicamente del poblado denominado Ixtaczoquitlán, dedicada a las labores del campo, es viuda y sin antecedentes de importancia para su padecimiento actual. Vista por primera vez en el Centro Dermatológico Dr. Ladislao de la Pascua el día 14 de abril de 1998.

Presentaba una dermatosis localizada a extremidad superior izquierda de la que afecta cara anterointerna de brazo, antebrazo y dorso de mano. Constituida por más de 8 nódulos eritemato-violáceos. Algunos ulcerados en el centro y con secreción seropurulenta, otros de aspecto verrugoso y que se distribuyen en forma lineal siguiendo el trayecto linfático (*Figuras 1 y 2*). En resto de piel y anexos sin datos patológicos.

Al interrogatorio refiere haber sufrido una herida en dorso de mano izquierda al manipular madera, de esto hace aproximadamente un año, el 30 de mayo de 1997. De esta pequeña herida que supura aparecen nuevas lesiones que se distribuyen en una forma lineal y ascendente. Acude con varios médicos quienes prescriben tratamientos que van desde penicilina g procaínica,

* Jefe del Laboratorio de Micología, Centro Dermatológico Pascua (CDP).

** Egresada del CDP.

ampicilina, griseofulvina, amikacina, medicamentos tópicos a partir de cloramfenicol más colagenasa, neomicina más palmitato de vit A; solución de poliresuleno. Fue hospitalizada, donde se le realizó una biopsia la que se reportó como proceso inflamatorio inespecífico. Al no obtener mejoría es dada de alta y sus familiares deciden traerla al Centro Dermatológico Pascua. Es importante mencionar que la paciente utilizó diferentes remedios caseros no especificados.

Con los datos anteriormente descritos se hace el diagnóstico presuntivo de esporotricosis linfangítica.

El día 15 de abril de 1998 se aplicó esporotricina cuya lectura se hizo dos días después con resultado positivo de 24 x 30 mm de eritema e infiltración.

Estudio micológico No. 311-98 manifestó al examen directo negativo, el cultivo en medio de Sabouraud, al 6º día desarrolló una colonia de *Sporothrix schenckii* (*Figura 3*).

Estudio histopatológico con el No. 579-98. Reportó datos compatibles con esporotricosis (*Figuras 4, 5 y 6*).

Exámenes de laboratorio y gabinete. Biometría hemática, examen general de orina. Química sanguínea y radiografía de extremidad superior y radiografía de tórax dentro de límites normales.

Una vez confirmado el diagnóstico se inició tratamiento el día 28 de abril de 1998 con yoduro de potasio a 3 g por día durante 4 semanas y posteriormente se aumentó la dosis a 6 gramos al día, como dosis total; con una respuesta satisfactoria de aproximadamente el 90% al 24 de junio del 98 (*Figura 7*). Sin embargo, la paciente presenta cicatrices retráctiles que comprometen el arco de movilidad de la articulación del codo y la muñeca por lo que se envía al servicio de rehabilitación.

COMENTARIO

Se presenta este caso de esporotricosis linfangítica, diagnosticado once meses después de haber aparecido la primera lesión. Por lo que es importante resaltar en este artículo los aspectos clínicos, diagnósticos y terapéuticos de esta enfermedad con el fin de facilitar el diagnóstico precoz.

La esporotricosis es la micosis subcutánea más difundida en todo el mundo, afecta a los 5 continentes y es frecuente en zonas específicas como África, Australia, Francia, Japón, China, La India, pero el mayor número de casos se presenta en América, sobresaliendo México, Brasil, Colombia y Guatemala.^{3,4}

En México la esporotricosis ocupa el 2º lugar dentro de las micosis subcutáneas. Y se ubica más frecuentemente en el occidente (Jalisco y Nayarit), la zona centro (Guanajuato, Hidalgo, Puebla, Tlaxcala y el Distrito Federal).

En la república mexicana se ha encontrado en todos los estados pero principalmente en el sur y en el Distrito Federal. Otros estados con alta incidencia son Guanajuato y Puebla. Según las estadísticas del CDP^{3,4}

Este padecimiento se adquiere también a partir de animales que actúan como vectores indirectos o pasivos, los animales que más frecuentemente se les ha relacionado son los roedores, ratones, ratas, ardillas, aunque se comunican casos que inician por piquetes de insectos, mordeduras de reptiles y también de mamíferos como los gatos.¹⁵

Su periodo de incubación es variable, para el caso cutáneo puede ser de una semana a un mes, para la afección pulmonar no se puede precisar, es muy variable. En cuanto al sexo los afecta por igual, presentándose con más frecuencia en dos etapas de la vida: en niños de 5 a 15 años aproximadamente el 30% de los casos y en adultos jóvenes 16 a 35 años en un 50%, aunque se puede observar en todas las edades.^{13,22}

La topografía más frecuente es en miembros superiores e inferiores y en los niños la facial es la más habitual. La morfología de la esporotricosis linfangítica inicia con una lesión nodular que puede reblanecerse y ulcerarse; constituyendo el chancre esporotrócico inicial. Seguido en dos o tres semanas de nódulos eritematovioláceos no dolorosos que siguen el trayecto linfático en forma ascendente y pueden ulcerarse. Estos nódulos dejan salir un líquido seroso al inicio y posteriormente purulento. No todos los nódulos siguen esta tendencia, algunos permanecen sin ulcerarse por bastante tiempo y otros sin reblanecerse pueden ulcerarse, cada uno de ellos tiene una evolución independiente. En la esporotricosis no hay adenopatías, en casos excepcionales se pueden presentar, y se han atribuido a procesos bacterianos agregados. No se afectan los ganglios regionales y excepcionalmente pueden presentarse, hecho que se atribuye a procesos bacterianos agregados. Cualquier estado o enfermedad inmunodepresora puede hacer que se disemine a otros órganos.^{1,3,4,18}

Se han descrito tres formas principales de esporotricosis: la linfangítica, la de placa fija, y la sistémica.

La forma linfangítica es la más frecuente hasta en el 75% de los casos. La aparición de una forma u otra depende de los mecanismos defensivos del huésped, involucrándose tanto la inmunidad celular como la humoral. Y de la mayor o menor agresividad del patógeno.^{4,19}

El diagnóstico de certeza se basa en la demostración del agente mediante cultivos. Sembrando el exudado obtenido de las lesiones en los medios habituales



Figura 1. Aspecto clínico de la lesión. Sin tratamiento.



Figura 2. Otro aspecto de la lesión. Sin tratamiento.



Figura 3. Aspecto característico de las colonias de *E. schenckii*.

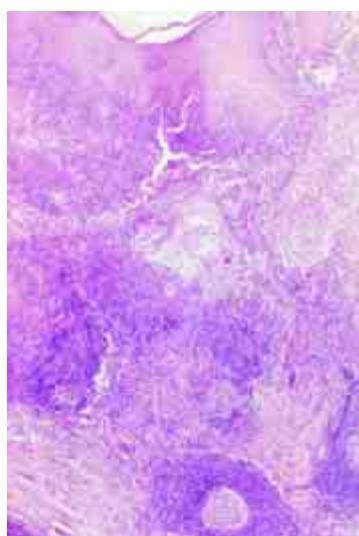


Figura 4. La epidermis es acantósica. Toda la dermis está ocupada por infiltrados granulomatosos densos. (H-E 4x)

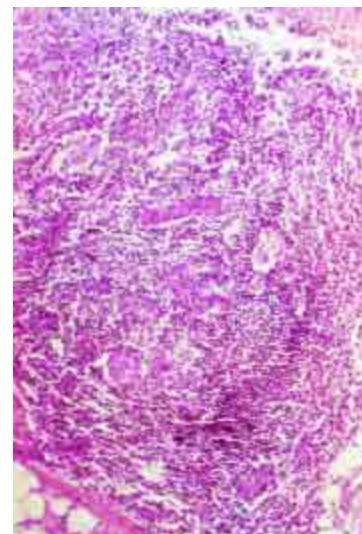


Figura 5. Se aprecia un agranuloma con células epitelioides al centro rodeadas por linfocitos y algunos plasmocitos. (H-E 10x).

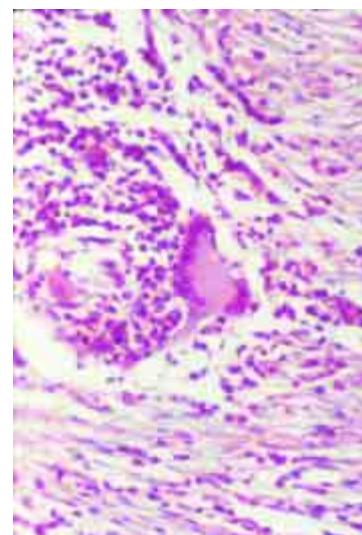


Figura 6. Presencia de una célula gigante multinucleada con plasmocitos alrededor. (H-E 25x).



Figura 7. Lesiones a los 4 meses de tratamiento.

de Sabouraud y micosel agar e incubándose a 37°C, obteniéndose en un tiempo promedio de 5 a 8 días. Macroscópicamente se observarán colonias radiadas de aspecto céreo, de color blanquecino en un inicio y que posteriormente tienden a adquirir color negro. La visión microscópica permite ver las hifas tabicadas de las que parten conidióforos perpendiculares que presentan un aspecto de "flores de durazno o margaritas". En Brain-Heart infusión a 37°C con tinción de Gram se observa la fase levaduriforme como formas alargadas semejantes a cigarros puros.^{4,10}

Histológicamente se observa una reacción granulomatosa con histiocitos, plasmocitos, focos de polimorfonucleares, algunas células gigantes multinucleadas de tipo Langhans y de cuerpo extraño. Se asocian comúnmente a alteraciones epidérmicas como hiperplasia seudoepitelomatosa, ulceración y frecuentemente hay microabscesos de polimorfonucleares intraepidérmicos.

Cuando la biopsia se toma de un nódulo o goma, el infiltrado se dispone en tres zonas consideradas como clásicas: la zona central o supurativa crónica en la que hay microabscesos de polimorfonucleares rodeados por histiocitos, linfocitos. Es en este sitio donde se puede encontrar el hongo en forma de los llamados "cuerpos asteroides". El cuerpo asteroide es una célula gemante en el centro con un halo de radiación de material eosinófilo (fenómeno de Hoepli-Splendore). Rodeando a la zona supurativa crónica se encuentra la zona media tuberculoide y la tercera denominada sifiloide.^{4,10}

Encontrar el agente causal de la esporotricosis en los cortes bajo la forma de cuerpos asteroides o de células levaduriformes se ha considerado poco común. Autores como Da Silva Lacaz y Ramos (1956) señalan que es bastante raro, comunican que en cortes teñidos con Hotchkiss-MacManus pudieron identificarlo bajo la forma de naveccilla o de puro. Se considera que los cuerpos asteroides no son específicos de la esporotricosis, ya que algunas bacterias y diversos actinomicetos pueden dar lugar a la formación de "granos con masas" y representan un mecanismo de defensa.^{4,10}

No es común encontrar cuerpos asteroides o las células levaduriformes en el análisis de los aspectos histológicos. En el Centro Dermatológico Dr. Ladislao de la Pascua, Novales y colaboradores comunican su presencia en el 46% de los casos estudiados. Porcentaje superior a lo reportado en la literatura.¹⁰

La intradermorreacción de esporotricina (metabólica) se considera positiva con respuesta de eritema e induración a las 48 horas de más de 5 mm de diámetro.

Resulta positiva en un 90% de los enfermos. Es un auxiliar importante para el diagnóstico.

Las pruebas serológicas son mucho menos utilizadas, la inmunofluorescencia directa con IgG anti-Sporothrix dada la variabilidad de los resultados y su mayor dificultad.^{4,11,14}

El tratamiento clásico de la esporotricosis es desde 1903 el yoduro potásico.^{12,13,16}

A partir de los años 60 se comenzó a introducir los imidazoles para el tratamiento, se ha descrito el tratamiento con ketoconazol a dosis de 400 mg/día con resultados variables, el *Sporothrix schenckii* es relativamente insensible a él y sólo debería usarse cuando se confirme su eficacia mediante tests de sensibilidad, se consideran alternativas eficaces al itraconazol a dosis de 200 mg/día, fluconazol a dosis de 100-400 mg/día y terbinafina 250 mg dos veces al día.

La anfotericina B por su toxicidad se mantiene exclusivamente como tratamiento de elección para las formas sistémicas en las que parece ser el tratamiento más adecuado.^{12,13,16}

El yoduro de potasio sigue siendo el tratamiento de elección para la forma de esporotricosis linfangítica y fija y reservamos el uso de itraconazol, fluconazol y terbinafina para casos en los que se tiene pobre respuesta al yoduro de potasio o existen contraindicaciones para su uso. Así mismo como alternativas de tratamiento en esporotricosis sistémica y síndrome de inmunodeficiencia adquirida.

Se ha informado de la eficacia terapéutica de la termoterapia en la esporotricosis cutánea, pero como coadyuvante a la terapia clásica. Generalmente se utiliza en aplicaciones locales de 1-2 horas de duración a 44-45°C, una vez al día, de cinco a catorce semanas.

Un punto importante es la descripción de algunos casos de resolución espontánea, todos ellos formas cutáneas fijas.

En resumen, la esporotricosis, a pesar de ocupar el 2º lugar de las micosis subcutáneas en nuestro país; según estadísticas reportadas por el Laboratorio de Micología del Centro Dermatológico Pascua, existe y debe pensarse en ella ante cuadros clínicos sugerentes. Una orientación precoz del diagnóstico y un tratamiento adecuado llevará a una resolución rápida y total de la enfermedad. Y evitará complicaciones. Como en el caso que presentamos, ya que el servicio de rehabilitación comunica atrapamiento del nervio cubital en el tercio medio de brazo izquierdo y alteración de la rama sensitiva del radial, sugiriendo estudio de electromiografía y tratamiento de rehabilitación, con pronóstico reservado.

BIBLIOGRAFÍA

1. Arenas R. *Dermatología Atlas*. 1997 .2º Ed. Mc-Graw Hill Interamericana. 349-354.
2. Aracena T y cols. Esporotricosis facial, fija en una lactante. *Rev. Del Centro Dermatológico de la Pascua* 1994; 3 (3): 132-134.
3. Bonifaz A. *Micología Médica Básica*. Méndez Ed. 1990: 167-187.
4. Davis BA. Sporotrichosis. *Dermatol Clin* 1996; 14(1): 69-76.
5. De Alba AL, Sanchez R.P. Esporotricosis diseminada probablemente debida a inoculación múltiple. *Rev. Del Centro dermatológico Pascua* 1992; 1 (2): 62-64.
6. Ditmars DM Jr, Maguina P. Neck Sporotrichosis, after electrolysis. *Plast Reconstr Surg* 1998; 101(2): 504-506.
7. Elyse SR, James E. Rasmusseen, an unusual presentation of fixed cutaneous sporotrichosis: a case report and review of the literature. *J Am Acad Dermatol* 1991; 25: 928-32.
8. Guevara A. y cols. Esporotricosis osteoarticular. *Rev Del Centro Dermatológico Pascua* 1992; 1 (1): 17-19.
9. Hernandez NG y cols. Esporotricosis de inoculación múltiple. *Rev Del Centro Dermatológico Pascua* 1996; 5(1): 40-3.
10. Isselbacher, Braunwald, et al. *Harrison's Principles of internal medicine*. 13 ed. 1992: 864-865.
11. Jimenez BE.y cols. Esporotricosis cutaneolinfática. *Actas Dermo Sifilio*. 1994. 85 (4): 207.
12. Kauffman CA. Old and New therapies for sporotrichosis. *Clin Infect Dis* 1995; 21(4): 981-5.
13. Mercurio MG, Elewski BE. Therapy of sporotrichosis. *Semin Dermatol* 1993; 12(4): 285-9.
14. Navarro DJL. Esporotricosis cutáneo-linfática. Presentación de un caso. *Actas Dermo Sifiliográficas* 1995; 86: 313-317.
15. Reed KD, Moore FM, Geiger GE. Zoonotic transmission of sporotrichosis: case report and review (see comment). *Clin Infect Dis* 1993; 16(3): 384-7.
16. Sharkey MPK, Kauffman CA et al. Treatment of sporotrichosis with itraconazole; NIAID Mycoses Study Group. *Am J Med* 1993; 95(3): 279-85.
17. Santa CJN y cols. Esporotricosis, aspectos histológicos análisis de 50 casos. *Rev Del Centro Dermatológico Pascua* 1995; 4 (3): 149-152.
18. Saul A. *Lecciones de Dermatología*. Méndez Editores. 13 Ed. 1996: 202-209.
19. Ticoras CJ, Schoeter AL et al. Disseminated Ulcerated papulas and nodules. Coetaneous disseminated sporotrichosis. *Arch Dermatol* 1996; 132(8): 963-4, 966-7.
20. Vieira DD, Sena CM, Aefrie F et al. Ocular and concomitant cutaneous sporotrichosis. *Mycoses* 1997; 40(5-6): 197-201.
21. Villanueva CE y cols. Esporotricosis cutaneolinfática. *Rev. Del Centro Dermatológico Pascua* 1993; 2 (3): 129-31.
22. Yoshitaca Y, Satoshi D et al. A familial occurrence of sporotrichosis. *The Journal of Dermatology* 1990; 17: 225-259.