

Revista del
Centro Dermatológico Pascua

Volumen **11**
Volume

Número **3**
Number

Septiembre-Diciembre **2002**
September-December

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***



Medigraphic.com

Esporotricosis linfangítica. Presentación de un caso

Dra. María del Carmen Padilla Desgarenes,* Dra. Ericka I. Zuloeta Espinosa de los Monteros,**
Dra. Josefa Novales Santa Coloma***

RESUMEN

La esporotricosis es una micosis subcutánea subaguda o crónica, adquirida por contacto cutáneo directo que se caracteriza por la presencia de nódulos que afectan al tejido cutáneo, subcutáneo y linfático, producida por el hongo *Sporothrix schenckii*. Se presenta el caso de un paciente femenino de 62 años de edad, con diagnóstico de esporotricosis linfangítica.

Palabras clave: Esporotricosis.

ABSTRACT

Sporotrichosis is a subacute or chronic fungal infection, acquired for direct contact, and clinically presents dermal nodules into the dermis, subcutaneous or lymphatic tissue caused by the fungus Sporothrix schenckii. Here, we present the case of a 62 year old female patient with sporotrichosis.

Key words: *Sporotrichosis.*

INTRODUCCIÓN

La esporotricosis es una micosis subcutánea, granulomatosa, de curso subagudo o crónica, producida por el hongo dimorfo llamado *Sporothrix schenckii* que afecta piel, linfáticos y rara vez otros órganos. Se adquiere por vía cutánea mediante contacto directo con material infectado y rara vez por inhalación pulmonar.^{1,5,6} Tiene una gran variedad de aspectos clínicos, sin embargo la forma más característica es el complejo cutáneo linfático de los miembros.⁴

En 1898 Benjamín Schenck en EUA realizó el primer reporte de esporotricosis linfangítica como un "absceso subcutáneo refractario por un hongo posiblemente relacionado con *Sporotricha*" (nombre dado por EF Smith).^{1,3} En 1900 se comunica un segundo caso en Chicago, EUA por Hektoen y Perkins y le llamaron al hongo *Sporothrix schenckii*. En 1907 Lutz y Splendore en Brasil, describen el cuerpo asteroide.^{1,3} En 1912 de Beurmann y Gougerot en Francia publicaron la obra clásica

"Les Sporotrichoses" en la que describieron además de las formas cutáneas los casos pulmonares y diseminados a hueso y mucosas. El primer caso en México fue diagnosticado por Gayón y lo presentó a la Academia Nacional de Medicina en 1913 y lo publicó en 1914 en la Gaceta Médica de México.⁴

La esporotricosis es una enfermedad cosmopolita que predomina en climas con temperatura media anual de 17-30° C y con humedad del 92-100%, como África y América Latina, en especial Brasil, Centroamérica, Colombia y México (Distrito Federal, Jalisco, Guanajuato, Michoacán, Norte de Puebla, Oaxaca y San Luis Potosí).^{1,4} En México se presenta en su forma linfangítica 66%, fija 27%, hematógena 5%, y otras 2%. Así mismo es considerada una enfermedad ocupacional ya que se presenta en floristas, jardineros, alfareros, carpinteros, etc. El hongo se encuentra en la tierra y en material vegetal fresco o seco, como paja, zacate, astillas, espinas, juncos, carrizos, musgos, pastos, flores.^{1,3,5,6}

La edad de presentación es variable, desde menores de 1 año hasta los 90 años.^{1,4,6} La esporotricosis, aunque puede aparecer en todas las edades, es muy frecuente en niños y adultos jóvenes (en relación con juegos y deportes), a pesar de que hay autores que han visto un predominio en el sexo masculino,^{1,4,6} que atribuyen una mayor exposición por el trabajo, en nuestra estadística

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

** Residente 2o. año Dermatología, CDP.

*** Jefe del Laboratorio de Dermatopatología, CDP.



Figura 1.



Figura 2.



Figura 3.

Figuras 1, 2 y 3. Aspecto clínico de las lesiones.



Figura 4.



Figura 5.

Figuras 4 y 5. Aspecto macroscópico de las colonias de *Sporothrix schenckii*.

Figura 6. Aspecto microscópico de las colonias de *Sporothrix schenckii*.

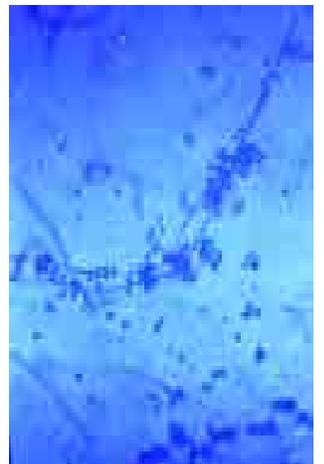


Figura 7.



Figuras 7 y 8. Aspecto histológico de las lesiones.

del Laboratorio de Micología del Centro Dermatológico Pascua (1956-1997), no observamos predominio significativo del sexo masculino sobre el femenino.

Desde el punto de vista patogénico podemos considerar la esporotricosis cutánea y la esporotricosis pulmonar. La cutánea se adquiere por la penetración del hongo a través de la piel y la pulmonar por vía respiratoria.

Clínicamente la esporotricosis cutánea se clasifica en:

- a) Forma linfangítica,
- b) Forma fija.
- c) Diseminada o hematógena.

La forma linfangítica, es la forma más frecuente. Después del traumatismo, aparece en el sitio de inoculación un nódulo eritemato-violáceo no doloroso, que puede ulcerarse. Dos o tres semanas después aparece un nuevo nódulo o goma semejante al primero, y posteriormente en forma escalonada, se presentan nuevas lesiones ascendentes siguiendo el trayecto de los linfáticos. No existen adenomegalias palpables ni lesiones a nivel de ganglios linfáticos, sino en el trayecto linfático.^{5,6}

El diagnóstico se realiza clínicamente y con el cultivo, relacionándolo con la intradermorreacción y estudio histológico.¹⁻⁶

El examen directo no es útil, ya que por los procedimientos convencionales de preparaciones en fresco, es muy raro observar formas del hongo.¹⁻⁶ Sin embargo, algunos autores comentan el hallazgo de cuerpos asteroides. El cultivo se realiza de pus obtenido por aspiración o raspado de lesiones, considerándose el estándar de oro para el diagnóstico. *S. schenckii* crece en diversos medios, en especial en Sabouraud simple y con antibiótico, en un promedio de 5 días a temperatura ambiente, se obtienen colonias de aspecto cremoso pequeñas, blanquecinas y finamente radiadas, posteriormente presentan micelio aéreo poco desarrollado, se vuelven de color oscuro y conservan aspecto húmedo de superficie plegada y membranosa. Microscópicamente se observan hifas delgadas septadas y ramificadas que producen conidios ovoides o piriformes en paredes delgadas que se agrupan típicamente en formaciones que se han comparado a flor de durazno.

En el estudio histológico, en la epidermis se encuentra hiperqueratosis, acantosis con microabscesos intraepidérmicos, en dermis superficial y media se observa un proceso granulomatoso (granuloma esporotricósico) con infiltrado dispuesto en 3 zonas características:

(central o supurativo crónica, zona media o tuberculoides y periférica o sifiloides).^{1,4-7}

En 1947, González Ochoa empleó una esporotricina constituida por polisacáridos del hongo para pruebas intradérmicas, observando una respuesta positiva en todos los casos de esporotricosis clínica. Rodríguez Vindas concluyó que tiene un alto valor diagnóstico en lesiones clínicamente sugestivas en lugares donde se carece de medios físicos y humanos para el aislamiento e identificación del agente causal. Esta intradermorreacción consiste en la aplicación intradérmica de 0.1 mL de esporotricina metabólica. La respuesta se lee en 48 horas considerándose positiva cuando se observa una pápula de 5 mm o más de diámetro.^{1,4-6,8}

Es una enfermedad benigna, las formas linfangítica y fija, son dóciles al tratamiento y en ocasiones muestran tendencia a la curación espontánea. Las formas hematógenas y viscerales tienen mal pronóstico por presentarse principalmente en alcohólicos crónicos y pacientes inmunosuprimidos.^{4,5}

El yoduro de potasio es el tratamiento de elección. Se administra vía oral en adultos de 4-6 g/día y de 2-3 g/día en niños, repartiéndose la dosis en tres tomas, después de los alimentos. Se recomienda iniciar con dosis pequeñas y aumentarlas paulatinamente hasta la dosis óptima. Actúa especialmente sobre los granulomas, por lo que se contraindica en formas diseminadas y en pacientes inmunosuprimidos, el mecanismo de acción se desconoce, sin embargo algunas teorías afirman que estimula la mieloperoxidasa y estimula a los leucocitos a despertar mecanismos de defensa hacia el microorganismo. No se descarta el efecto sobre el hongo.^{1,4-6,9} En caso de intolerancia y/o contraindicación para el uso del yoduro de potasio se puede administrar itraconazol de 100 a 200 mg por día o terbinafina 500 mg/día. La combinación de itraconazol más trimetoprima con sulfametoxazol se recomienda en esporotricosis con lesiones articulares.^{4,5}

Tres casos de esporotricosis cutánea, reportados en Canadá obtuvieron la curación clínica con la aplicación de nitrógeno líquido.¹

La administración de anfotericina B se reserva para las formas diseminadas hematógenas.

CASO CLÍNICO

Paciente femenina, 62 años de edad, originaria de Huauchinango, Puebla, residente en México, D. F., desde hace 20 años (con visitas frecuentes a su lugar de origen), dedicada al hogar, atendida en el Centro Dermatológico Pascua en agosto del 2000, quien presenta dermatosis localizada a extremidad superior derecha, de la que afecta cara anterointerna de brazo y antebrazo. Constituida por una úlcera ovalada, de aproxi-

madamente 3 x 1 centímetros de diámetro, bordes bien definidos, cubierta por costras sanguíneas y centro necrótico asentada sobre piel eritematosa, así como nódulos hemiesféricos, de 1 x 1 cm de diámetro, del color de la piel con el centro violáceo, en número total de 5, blandos, muy dolorosos dispuestos en trayecto lineal y ascendente, de evolución crónica (*Figuras 1, 2 y 3*). Resto de piel y anexos sin datos patológicos.

Inició hace 2 meses con un "granito" en el brazo, en el que sufrió traumatismo directo haciéndosele una úlcera, posteriormente viaja a su lugar de origen a recoger la cosecha de frijol y 15 días después aparecen unos "granos" más grandes y dolorosos por lo que acude a facultativo, el cual prescribe tratamiento sin obtener mejoría clínica por lo que acude al Centro Dermatológico Pascua en donde se realiza el diagnóstico clínico de esporotricosis linfangítica y se solicita estudio micológico, biopsia incisional y estudios de rutina y gabinete. En el estudio micológico el cultivo fue positivo para *Sporothrix schenckii*, con desarrollo de colonias blanquecinas y radiadas que posteriormente se tornaron negras (*Figuras 4 y 5*), el aspecto microscópico de las colonias mostró hifas delgadas, septadas, conidióforos con microconidios piriformes agrupados en el extremo distal (*Figura 6*).

En el estudio histológico mostró hiperqueratosis, formación de tapones córneos, áreas de acantosis discreta, aplanamiento de los procesos interpapilares. La dermis superficial, media profunda y la hipodermis con denso infiltrado con microabscesos de polimorfonucleares rodeados por linfocitos, histiocitos, focos de células epitelioides, algunas gigantes multinucleadas tipo Langhans, plasmocitos, así como numerosos vasos neoformados, congestionados (*Figuras 7 y 8*).

Los exámenes de laboratorio: biometría hemática, química sanguínea, pruebas de función hepática y examen general de orina dentro de límites normales, así como Rx AP y lateral de brazo derecho sin alteraciones.

Con el diagnóstico de esporotricosis linfangítica, se administró tratamiento con yoduro de potasio 3 g/día por 2 semanas y posteriormente 6 g/día con evolución favorable.

CONCLUSIÓN

La enferma procede de una zona endémica de la sierra de Puebla de donde hemos estudiado numerosos casos relacionados con labores agrícolas.

Es importante subrayar la presencia de dolor intenso en la zona afectada, lo cual es raro en la esporotricosis.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mayorga J, Tarango MV, Barba RJ. Esporotricosis 100 años después. *Dermatología Rev Mex* 1999; 43(S): 22-29.
2. Alvarez-Paque L, Arenas R. Esporotricosis facial superficial con diseminación linfangítica. Un caso infantil. *Dermatología Rev Mex* 1992; 36(4): 247-9.
3. Campos P, Arenas R, Coronado H. Epidemic cutaneous sporotrichosis. *Int J Dermatol* 1994; 33: 38-41.
4. Lavalle P. Esporotricosis en México. Algunas peculiaridades clínicas y síntesis patogénica. *Mem. III Cong. Iber. Lat. Amer. Derm., México, D: F.* 1959: 190-197.
5. Lavalle AP, Padilla DMC. Esporotricosis. *PAC Derma-1* 2000; 2: 38-43.
6. Saúl A. *Lecciones de dermatología*. Editorial Méndez, décima tercera edición, 1993: 210-215.
7. Rodríguez G, Sarmiento L. The Asteroid bodies of Sporotrichosis. *Am J Dermatopathol* 1998; 20(3): 246-249.
8. Rodríguez-Vindas J, Gamboa-Flores A. Importancia de la prueba intradérmica (esporotricina) como ayuda diagnóstica en la esporotricosis. *Dermatología Rev Mex* 1998; 42(4): 143-6.
9. Barton SJ, Heymann WR. Potassium iodide in dermatology: A 19th century drug for the 21st century-uses, pharmacology, adverse effects, and contraindications. *J Am Acad Dermatol* 2000; 43(4): 691-7.