

Revista del
Centro Dermatológico Pascua

Volumen
Volume **13**

Número
Number **1**

Enero-Abril
January-April **2004**

Artículo:

Esporotricosis facial y linfangítica en un adulto, tratado eficazmente con yoduro de potasio

Derechos reservados, Copyright © 2004:
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*



Esporotricosis facial y linfangítica en un adulto, tratado eficazmente con yoduro de potasio

Dra. Larissa D López Cepeda* Dra. Gabriela Moreno Agraz,** Dra. Ma. del Carmen Padilla Desgarennes***

RESUMEN

La esporotricosis facial es un padecimiento poco frecuente en adultos, siendo la forma linfangítica la más observada. Se describe un caso de esporotricosis facial y linfangítica en un hombre de 21 años, mismo que presentó una intradermorreacción para esporotricia y cultivos positivos, y un estudio histopatológico con reacción granulomatosa, el cual recibió tratamiento con yoduro de potasio, obteniendo excelentes resultados. Así, se demuestra que el yoduro de potasio sigue siendo de gran utilidad en el tratamiento de la esporotricosis no sistémica.

Palabras clave: Esporotricosis facial, esporotricosis linfangítica, cultivo, yoduro de potasio, esporotricosis.

ABSTRACT

Cutaneous sporotrichosis located on the face is less frequently seen than the lymphangitic form; which is the most common. We describe one facial lymphangitic form of sporotrichosis in a 21 year old man, who presented a positive sporotrichin test and culture with Sporothrix schenckii with a granulomatous reaction in the histopathologic examination. He was successfully treated with potassium iodide, which shows that potassium iodide is still useful in the treatment of non systemic sporotrichosis.

Key words: Facial sporotrichosis, lymphangitic sporotrichosis, culture, potassium iodide, sporotrichosis.

La esporotricosis (Es) es la micosis subcutánea profunda más cosmopolita, producida por el hongo dimorfo *Sporothrix schenckii*.¹ Descrita en 1898 por Beryamm Schenk² como un absceso subcutáneo refractario a tratamiento, producido por un hongo con relación al sporotricho. Se localiza en África del Sur, Japón y la zona intertropical de América. En México, se ha encontrado al sur del Distrito Federal, Puebla, Guanajuato, Jalisco, Hidalgo, Veracruz, Michoacán, Oaxaca, San Luis Potosí y Estado de México.³ La Es se caracteriza por nódulos o gomas que dan lugar a lesiones fijas o linfangíticas; de evolución aguda o crónica y en raras ocasiones se manifiesta extracutáneamente o sistémicamente, con afeción a pulmones, huesos y articulaciones. Se considera la variedad linfangítica, la más frecuente con un 65-82% de casos,^{2,4} siguiéndole la forma fija cutánea en un 10-30% y la sistémica en un 2-5%; sin observar predominio

de sexo. No obstante en México se ha observado una discreta inclinación hacia las mujeres en 62% de los casos reportados, siendo más frecuente en la edad pediátrica (más de un 50% de casos).² Se considera una enfermedad ocupacional.⁵

Clínicamente se observa en la forma fija una placa fija infiltrada y eritematosa semilunar, verrugosa o ulcerada e indolora. La forma linfangítica se caracteriza por un chancre de inoculación, o bien un nódulo indoloro color rojo púrpura con necrosis central y que puede ulcerarse; esta lesión persiste o cicatriza conforme aparecen lesiones nodulares o gomas eritematosas que siguen el trayecto de los vasos linfáticos, permaneciendo cerrados o bien ulcerándose y dejando salir pus de ellos.

El método diagnóstico más confiable es el obtenido por medio del cultivo micológico del pus, obtenido por aspiración o bien del raspado de las lesiones.³ El examen directo no es útil por el número pequeño de microorganismos que se encuentran, siendo generalmente negativo.² El estudio histopatológico de cualquier forma cutánea de la Es no es patognomónico, ya que sólo se encuentra una reacción granulomatosa y en contadas ocasiones se observa el parásito.⁶

* Dermatóloga Centro Dermatológico Pascua (CDP).

** Residente 2do año Dermatología, CDP.

*** Jefe del Laboratorio de Micología, CDP.



Figura 1. Acercamiento de lesión fija en cara.



Figura 2. A las 48 h de su primera visita.



Figura 3. Cultivo de *Sporothrix schenckii*.



Figura 5. Control al mes de tratamiento.



Figura 4. Acercamiento de lesión en mejilla, en imagen de control, posterior a 1 mes de tratamiento.

La esporotricina, utilizada desde 1947, es diagnóstica si se acompaña de evidencia clínica y se confirma con el cultivo. Para realizarla, se aplica un inóculo de 0.1 a 0.2 mL del antígeno en el antebrazo, cara interna, haciendo la lectura a las 48 h; se considera positiva con

la presencia de una pápula mayor a 5 mm de diámetro.^{7,8} Existen pruebas serológicas para *Sporothrix*, sin embargo no son prácticas.⁹

Los principales diagnósticos diferenciales son: la tularemia, leishmaniasis, tuberculosis o micobacteriosis gomosas linfangíticas por *M. marinum*, entre otros.¹⁰

El tratamiento propuesto desde 1903 por De Burman es el yoduro de potasio, mismo que hasta la fecha se considera de primera elección; siendo poco costoso, eficaz y seguro.⁵ Se desconoce su mecanismo de acción, pero se ha descrito que estimula la mieloperoxidasa y a su vez refuerzan la proteólisis, fomentando así la respuesta difusa contra microorganismos y fomenta la ac-

ción proteolítica de los neutrófilos, hablándose también de efectos sobre la inflamación. Los nuevos antimicóticos como los derivados triazólicos tienen una gran aplicación en la esporotricosis diseminada o en aquellos que no toleren al yoduro de potasio, con buenos resultados.

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 21 años, soltero, ocupación campesino, originario y residente del estado de Hidalgo, en el municipio de Huazalingo, el cual es visto en el Centro Dermatológico Pascua (CDP) en el mes de septiembre de 2003, sin antecedentes personales patológicos de importancia para el padecimiento actual. Presenta una dermatosis diseminada a cabeza y cuello, de los que afecta cara y de ésta, región malar izquierda, (*Figura 1*) así como región mandibular y cara lateral de cuello ipsilateral, siguiendo el trayecto de vasos linfáticos, unilateral y asimétrica, de aspecto monomorfo constituida por placa eritematoviolácea con superficie ulcerada, así como nódulos violáceos en número 3, de aproximadamente 1 cm de diámetro, de consistencia renitente, confluentes, indoloros y siguiendo el trayecto de vasos linfáticos; (*Figura 2*) con evolución crónica y asintomática. A decir del paciente inicia su padecimiento actual hace 2 meses con la presencia de "grano" el cual se abre y sale pus, asintomático, notando posteriormente la aparición de "bolas" en cara y cuello, recibiendo previamente múltiples tratamientos tópicos y sistémicos de manera irregular con tetraciclinas y antimicóticos sin mejoría, por lo cual acude para recibir atención médica. Como sintomatología agregada, refiere hiporexia y pérdida ponderal de 2 kilogramos en mismo tiempo de evolución. Con estos datos se sospecha clínicamente en Es, por lo cual es visto en el Servicio de Micología del CDP, en donde se le realiza un examen directo, resultando negativo, así como una intradermorreacción con esporotricina, 0.1 mL en cara interna de antebrazo de recho, la cual resulta positiva a las 48 h con la presencia de una pápula eritematosa de 10 mm de diámetro. Así también se toma muestra por aspiración de los nódulos con consistencia más blanda, y se coloca en cultivo específico, observando crecimiento de *Sporothrix schenckii* a los 7 días de cultivo a temperatura ideal, mostrándose una colonia membranosa color beige con pigmentación café marrón y negruzca, con pequeñas vellosidades en la periferia, radiadas (*Figura 3*).

Se tomó biopsia incisional de uno de los nódulos que con tinción H&E reportó una reacción granulomatosa. Con la correlación clínico-histológica-micológica se hizo el diagnóstico de esporotricosis fija y linfangítica, y se

decide inicio de tratamiento con yoduro de potasio a dosis: 2 g/día dividido en 3 dosis. Al mes de tratamiento se realiza la revisión clínica, observándose mejoría notable, disminuyendo el tamaño de la placa inicial y desaparición de los nódulos (*Figuras 4 y 5*).

DISCUSIÓN

La infección cutánea por *Sporothrix schenckii* tiene una evolución subaguda o crónica y existe el mismo riesgo de infección entre huéspedes inmunocompetentes como en inmunosuprimidos, siendo evidente la diferencia entre éstos en el curso y presentación clínica, según el deterioro de la inmunidad celular.

La Es no es una enfermedad privativa del ser humano, ya que se conoce en gatos y armadillos,⁷ por lo que además de ser una enfermedad ocupacional; puede adquirirse por mordedura o rasguño de estos animales infectados, aumentándose así el riesgo de infección.

Se ha descrito el tratamiento local para las formas cutáneas,¹¹ sin embargo en nuestro caso no se consideró así, por la presentación linfangítica concomitante; usándose lo que hasta nuestros días sigue siendo de primera elección, el yoduro de potasio. Se presenta este caso por ser poco frecuente la presentación clínica fija en un paciente adulto inmunocompetente y por la buena respuesta al tratamiento con yoduro de potasio. Actualmente se recomienda a las siguientes dosis: 3-6 g/día, dividido en tres dosis, por lo que si se preparan 20 g en 300 mL de agua bidestilada, cada 10 mL o cada cucharada contiene 1 g; ajustándose la dosis elegida según la tolerancia gástrica de cada paciente o de manera alterna pudiéndose usar trimetroprim con sulfametoxazol, o derivados triazólicos.^{12,13} Se atribuye además a su condición hiperérgica, medida por la intradermorreacción, cuya lectura significó más de 1 cm de diámetro en la induración observada.

BIBLIOGRAFÍA

1. Beirana. Esporotricosis en el CDP. *Tesis de posgrado*, México 1989.
2. Mayorga J, Tarango VM, Barba RJ. Esporotricosis 100 años después. *Dermatología Rev Mex* 1999; 43 suppl: S22-S29.
3. Arenas R. Los hongos en el siglo XXI. *Dermatología Rev Mex* 1999; 43 suppl: S2-S3.
4. Campos P, Arenas R, Coronado H. Epidemic cutaneous sporotrichosis. *Int J Dermatol* 1994; 33: 38-41.
5. Guerrero R, Bonifaz A, Sarabia A, Saúl A. Esporotricosis facial tratada con yoduro de potasio y prednisona. *Dermatología Rev Mex* 2001; 45(4): 202-204.
6. González MA. Histopatología de la micosis. *Dermatología Rev Mex* 1999; 43 suppl: S49-S53.

7. Kauffman CA. Sporotrichosis. *Clin Inf Dis* 1999; 29: 231-237.
8. Arenas R. Micología. 2a edición. Mc Graw-Hill. México 2003: 129-135.
9. López MR, Méndez TLJ. Técnicas de diagnóstico en micología cutánea. *Dermatología Rev Mex* 1999; 43 suppl: S40-S48.
10. Kostman JR, Mark J, Di Nubile. Nodular lymphangitis. A distinctive but often unrecognized syndrome. *Ann Int Med* 1993; 118(11): 883-888.
11. Kauffman CA. Old and new therapies for sporotrichosis. *Clin Infect Dis* 1995; 21: 981-985.
12. Kauffman CA, Hajjeh R, Chapman JW. Practice guidelines for the management of patients with sporotrichosis. *Clin Infect Dis* 2000; 30: 684-687.
13. Stalkyo JR, Bell C, Rosen T. Disseminated cutaneous sporotrichosis treated with itraconazole. *Cutis* 2002; 69(5): 371-374.