

Caso clínico

Esporotricosis linfangítica con nódulos satélites en el chancro de inoculación

María del Carmen Padilla Desgarenes,* Gisela Navarrete Franco,** Cora María Siu Moguel***

RESUMEN

La esporotricosis es una micosis subcutánea granulomatosa subaguda o crónica que afecta piel, huesos y en ocasiones otros órganos. Es causada por el hongo dimorfo *Sporothrix schenckii*. La presentación clínica más frecuente es la cutánea, ya sea linfangítica (70 a 75%) o fija (20 a 30%). Se expone el caso de una mujer con esporotricosis linfangítica que tuvo una excelente evolución con tratamiento a base de yoduro de potasio.

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

ABSTRACT

The sporotrichosis is a deep mycosis subacute or chronic granulomatose that affects skin, bones or in occasions to other organs. It is caused by the dimorphic mushroom Sporothrix schenckii. The most frequent clinical presentation is the cutaneous one, already be lymphangitic (70 to 75 %) or it fixes (20 to 30 %). There presents the case of a woman with lymphangitic sporotrichosis that had an excellent evolution with treatment based on potassium iodide.

Key words: *Sporothrix schenckii*, potassium iodide.

INTRODUCCIÓN

Schenk describió la esporotricosis por primera vez en el año 1898 en los EUA; en México la primera publicación la hizo Gayón en 1913.

Se define como una micosis subcutánea granulomatosa subaguda o crónica que afecta piel, huesos y en ocasiones otros órganos. Es causada por el hongo dimorfo *Sporothrix schenckii* que penetra por la piel a través de pequeñas heridas contaminadas con tierra o producidas por materiales vegetales como astillas, aunque se han reportado casos aislados por mordeduras de animales, sobre todo roedores o por picadura de insectos que motivan rascado y de esta manera el hongo ingresa a la piel.¹⁻¹²

Es un hongo dimórfico que crece fácilmente en medio de Sabouraud a temperatura ambiente y como levadura a 37°C.

Su presentación clínica más frecuente es la cutánea, ya sea linfangítica (70 a 75%) o fija (20 a 30%). La forma diseminada (5%) es menos frecuente; se presenta principalmente en pacientes con cierta inmunosupresión como alcohólicos, diabéticos, pacientes con terapéutica a base de corticoides, con enfermedades hematológicas o infectados por el VIH. En estas formas, el hongo se puede adquirir a través de inoculación cutánea o por inhalación.²

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; el mayor número de casos se presenta en América, sobresaliendo México, Brasil, Colombia y Guatemala.^{3,4}

CASO CLÍNICO

Mujer de 54 años de edad, casada, analfabeta, empleada doméstica, originaria de Santa Catarina Estetla, Municipio Santa María Peñoles, Oaxaca y residente en México D.F. desde hace 30 años; acudió a consulta al

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

** Dermatopatóloga del CDP.

*** Residente de 3er año del CDP.

Centro Dermatológico Pascua en enero del 2007, por presentar una dermatosis localizada a la extremidad superior derecha de la cual afecta dorso de mano y el antebrazo (*Figura 1*), constituida por un chancro con nódulos en la periferia que confluyen formando una placa, así como 2 nódulos de distribución linfangítica (*Figura 2*).

En resto de piel y anexos no se encontraron datos patológicos.

Al interrogatorio refirió haber iniciado un mes previo, con una «roncha» que fue creciendo y se extendió al antebrazo, posterior a acudir a su lugar de origen, motivo por el cual acudió a consulta.

En el examen médico general no se hallaron datos de importancia para el padecimiento actual.

Se planteó el diagnóstico presuntivo de esporotricosis linfangítica, por lo que se realizó: estudio micológico en el cual el examen directo resultó negativo; en el cultivo con medio de Sabouraud y micosel se desarrollaron colonias glabra, blanquecinas, con sectores oscuros, radiadas y de aspecto céreo (*Figura 3*).



Figura 1. Aspecto general de la dermatosis en cara anterior de antebrazo y dorso de mano.



Figura 2. Acercamiento de la lesión en dorso de mano.

En la imagen microscópica del cultivo se observaron hifas septadas, delgadas y ramificadas, con conidios dispuestos con la imagen típica de «árbol de durazno en floración», con macroconidios triangulares, características de *Sporotrix schenckii* (*Figura 4*).

La intradermoreacción con esporotricina fue hiperérgica con 3.4 cm de infiltración y eritema de 5 cm (*Figura 5*).

En el estudio histopatológico se observó epidermis con acantosis irregular importante, con zonas ulceradas cubiertas con depósitos de fibrina. Todo el espesor de la dermis presenta un infiltrado denso constituido por microabscesos de polimorfonucleares, rodeados por células epitelioides y gigantes multinucleadas tipo Langhans.



Figura 3. El cultivo con desarrollo de *Sporotrix schenckii*.

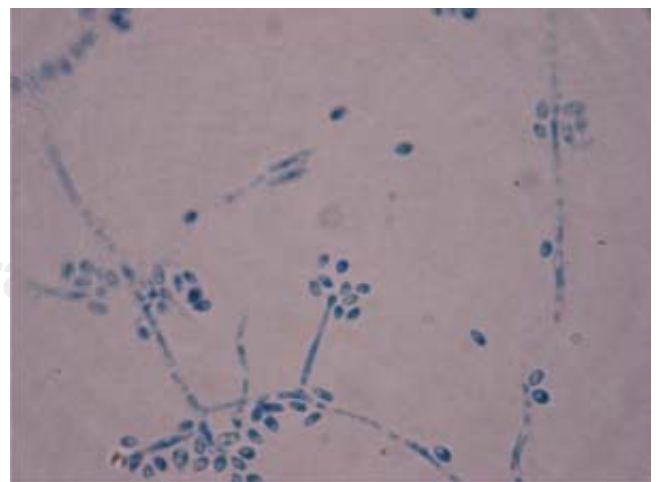


Figura 4. Aspecto microscópico del cultivo. Imagen de «durazno en floración» (40x).

Así mismo se aprecian linfocitos y células plasmáticas, vasos dilatados y congestionados (*Figura 6*).

Con el análisis de los datos anteriores se estableció el diagnóstico definitivo de esporotricosis linfangítica con chancro esporotricósico. Se inició tratamiento con yoduro de potasio, 1 g cada 8 horas durante tres meses obteniendo curación de las lesiones (*Figuras 7 y 8*).

DISCUSIÓN

La esporotricosis ocupa el segundo lugar dentro de las micosis subcutáneas, en la casuística del Centro Der-



Figura 5. Esporotricina positiva. 5 cm de eritema y 3.4 cm de infiltración.

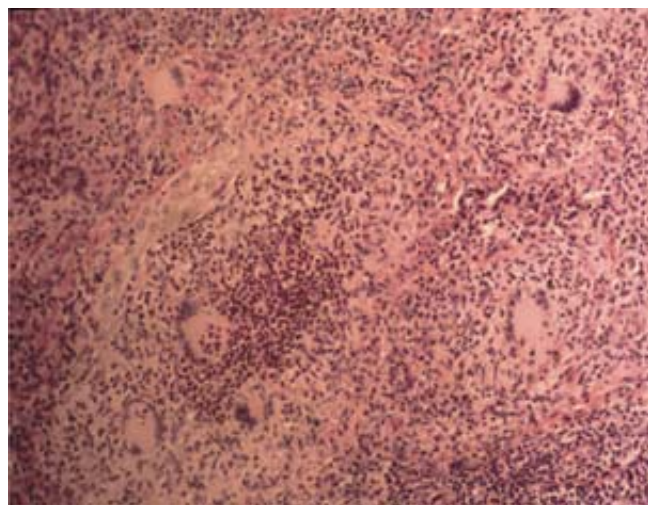


Figura 6. Granuloma tuberculoide supurativo: Foco de polimorfonucleares rodeado de células epitelioides y gigantes multinucleadas (H&E 20x).

matológico Pascua. Se comunica este caso de esporotricosis linfangítica porque tiene la particularidad de presentar nódulos satélites en el chancro de inoculación, aspecto clínico poco frecuente.

Otro aspecto importante a comentar es la buena evolución que se obtuvo utilizando una dosis menor, a la dosis convencional en el adulto, de yoduro de potasio (3 g/día). El yoduro de potasio sigue siendo el tratamiento de elección en la esporotricosis linfangítica y fija.

En cuanto al sexo los afecta por igual, y se presenta en todas las edades siendo más frecuente en niños de 5 a 18 años (33%)¹¹ y en adultos jóvenes.⁶ Aunque la topografía más frecuente es en miembros superiores e inferiores; en los niños la cara es la topografía más habitual (36.7%).¹¹

El estado inmunológico del huésped juega un papel importante para producir las diferentes manifestaciones de esta micosis.¹⁰

El diagnóstico de laboratorio se realiza mediante tres procedimientos.



Figura 7. Evolución postratamiento.



Figura 8. Evolución postratamiento.

1. Inmunológico – serológico. La esporotricina metabólica es un polisacárido que se extrae de la fase micelial de los cultivos de *S. schenckii*. Consiste en la aplicación intradérmica de 0.1 mL en la cara anterior del antebrazo; la respuesta se lee en 48 h considerándose positiva cuando se observa una pápula de 5 mm de diámetro o más; es positiva en el 95% de los casos.
2. Micológico: El método más seguro para el diagnóstico es el obtenido por medio del cultivo, ya sea por aspiración o bien por raspado de las lesiones (pus, escama, sangre).⁷ El examen directo generalmente es negativo; es poco frecuente encontrar estructuras levaduriformes en forma de «puro», «navecilla» o cuerpos asteroides.⁸
3. El estudio histopatológico no es patognomónico; sin embargo, puede ser sugerente para un patólogo experto.⁹

Respecto al tratamiento, el yoduro de potasio (IK) se considera el tratamiento específico de la esporotricosis. Se administra por vía oral, generalmente bajo la forma de cucharadas, de 4 a 6 g/día en el adulto y de 1 a 3 g/día en los niños. Esta dosis diaria se reparte en tres tomas, una después de cada comida. En los casos comunes se obtiene curación en dos a tres meses; es necesario continuar el tratamiento a dosis reducidas por uno o dos meses, a fin de evitar recaídas.¹²

BIBLIOGRAFÍA

1. Aracena T y cols. Esporotricosis facial, fija en una lactante. *Rev del Centro Dermatológico Pascua* 1994; 3: 132-134.
2. Davis BA. Sporotrichosis. *Dermatol Clin* 1996; 14: 69-76.
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. Novales J, Navarrete G, Ramos A. Esporotricosis, aspectos histológicos. Análisis de 50 casos. *Rev C Dermatol Pascua* 1995; 4: 149-151.
6. Rippon JW. *Medical mycology*. 3rd ed. Philadelphia: WB Saunders, 1988: 351-356.
7. Kauffman CA. Old and new therapies for sporotrichosis. *Clin Infect Dis* 1995; 21: 981-985.
8. Mayorga J, Tarango VM, Barba RJ. Esporotricosis 100 años después. *Dermatología Rev Mex* 1999; 43 suppl: S22-S29.
9. González MA. Histopatología de las micosis. *Dermatología Rev Mex* 1999; 43 suppl: S49-S53.
10. Bonifaz A. *Micología Médica Básica*. México: Méndez-Cervantes Ed. 1990: 167-187.
11. Padilla MC, Medina DE, Cortés N. Esporotricosis en edad pediátrica: Experiencia en el Centro Dermatológico Pascua. *Piel* 2004; 19(7): 359-363.
12. Lavalle AP, Padilla MC. *Esporotricosis*. PAC Derma-2 2005; 4: México, D.F. Editorial Intersistemas; 253-258.

Correspondencia:

Dra. María del Carmen Padilla Desgarenes
Centro Dermatológico Pascua
Av. Vértiz Núm. 464,
Colonia Buenos Aires, 06780, México, D.F.