

# Esporotricosis en niños: presentación de dos casos y revisión bibliográfica

Antonio David Pérez-Elizondo,\* Judith Alicia Pineda-Pineda,\*\*  
 José Luis Sánchez-Castillo,\*\*\* Enrique López-Valentín\*\*\*\*

## RESUMEN

La esporotricosis es una micosis subcutánea infrecuente en la población pediátrica, resulta de la inoculación y penetración del moho del complejo *Sporothrix schenckii* a través de pequeñas heridas en la piel a partir de la tierra, follaje, madera, paja o *detritus* vegetales contaminados y a veces por rasguños o mordeduras de animales. Según la cantidad del inóculo y el estado de inmunidad del huésped, se clasifica en: esporotricosis tegumentaria fija, cutáneo-linfangítica y la diseminada. El diagnóstico de la enfermedad se fundamenta en el aspecto morfológico de sus lesiones, apoyado en el examen directo y de cultivo, estudio histopatológico y/o prueba de intradermorreacción con polisacáridos purificados obtenidos de la fase micelial del hongo (prueba de González-Ochoa). El tratamiento de elección es el yoduro de potasio vía oral a razón de una a tres g, repartidos en tres tomas. Son también de utilidad los imidazólicos sistémicos y la terbinafina durante tres a cinco meses. Se informan dos casos infantiles enfatizando en el reconocimiento clínico de las lesiones tegumentarias y las opciones terapéuticas disponibles, entidades poco comunes en nuestra práctica clínica diaria.

**Palabras clave:** Micosis subcutánea, esporotricosis, reacción granulomatosa inespecífica.

## ABSTRACT

Sporotrichosis is a uncommon subcutaneous disease in childhood; it's a micotic infection produced by a mold of *Sporothrix schenckii* generally associated with small skin injuries that begins after contact with soil, hay, wood or decaying vegetation; sometimes scratches or bites of contaminated animals. According with amount of inoculum and host immunity, it's classified in fixed cutaneous form, lymphocutaneous presentation and disseminated form. Diagnosis is made by it's characteristic morphological skin lesions, supported by KOH examination and culture, histopathology analysis and sporotrichin skin test, when it's possible. The gold standard treatment for this mycosis is potassium iodine, 1-3 g in three doses; oral imidazol and terbinafine are also very effective. We present two infected children with emphasis in it's typical clinic course and presentation and different therapeutic options available.

**Key words:** Subcutaneous micosis, sporotrichosis, inespecific granulomatous reaction.

\* Dermatooncólogo. Jefe del Servicio de Dermatología y de la Consulta Externa del Hospital para el Niño, IMIEM. Profesor de la Cátedra de Dermatología de la Universidad Autónoma del Estado de México.

\*\* Dermatooncóloga. San Pedro Sula, Honduras. Práctica privada.

\*\*\* Médico Internista-Pediatra. Jefe del Servicio de Medicina Interna del Hospital para el Niño, IMIEM.

\*\*\*\* Alergólogo-Pediatra. Jefe del Servicio de Alergología Pediátrica del Hospital para el Niño, IMIEM.

## INTRODUCCIÓN

La esporotricosis es la micosis granulomatosa subcutánea (rara vez profunda) más frecuente en el mundo. De curso subagudo o crónico y casi siempre indolente, es producida por un hongo dimórfico ubicuo del complejo *Sporothrix schenckii*. Se considera un padecimiento ocupacional que afecta preferentemente a jóvenes adultos, en especial a amas de casa, alfareros, campesinos, floricultores, jardineros, laboratoristas y mineros. El hongo habita en zonas templadas con temperatura promedio de 20-28 centígrados y alta humedad relativa ambiental de 80 a 95%; se encuentra generalmente en forma de moho en la tierra, follaje, madera, paja o *detritus* vegetales penetrando accidentalmente en la piel a través de una solución de continuidad, adquiriendo en los tejidos del hospedero su presentación característica levaduriforme. Se comunican casos adquiridos por picaduras de insectos y mordeduras de roedores y mamíferos que actúan como vectores pasivos, o alguna vez enfermos. En México, se reporta una frecuencia de 25 al 33% de pacientes pediátricos, sin diferencia significativa de género, muchos de ellos con actividad habitual al aire libre en medios suburbanos y rurales. El objetivo principal de este trabajo es la comunicación de dos niños con la enfermedad enfatizando la identificación clínica del aspecto morfológico cutáneo de las lesiones y las diferentes posibilidades terapéuticas disponibles, en particular, por considerarse una entidad poco conocida en nuestro medio.<sup>1-3</sup>

## PRESENTACIÓN DE CASOS

### CASO 1

Paciente masculino de 13 años de edad, estudiante y floricultor de ocupación que acude al Servicio de Dermatología del Hospital para el Niño del Instituto Materno-Infantil del Estado de México. En la exploración física presenta: dermatosis localizada en



Figura 1. Lesiones nodogomosas lineares.

extremidad superior derecha afectando el aspecto antero-interno de brazo y antebrazo, caracterizada clínicamente por la presencia de varias placas circulares y ovaladas bien definidas eritemato-descamativas de centro erosivo ulcerado cubierto por elementos costrosos de tinte amarillento, algunas de ellas corresponden a formaciones nodulares sobre elevadas fistulizantes dejando salir material seropurulento a la expresión manual. Adquieren un trayecto linear ascendente, sin provocar sintomatología evidente.

Se refiere un tiempo de evolución de ocho semanas, rápidamente progresivo. De manera previa, recibió antibioticoterapia, amoxicilina-ácido clavulánico y antiinflamatorio no esteroideo, así como ibuprofeno durante un mes sin resultado favorable (Figura 1).

En el interrogatorio intencionado no manifiesta antecedentes familiares patológicos de interés; sin embargo, afirma haber sido mordido por una ardilla silvestre en el antebrazo cuando jugaba en el campo abierto casi 3 meses antes. La herida traumática inicial, según comenta, no cursó hacia la mejoría a pesar de la frecuente aplicación de antisépticos y preparados antibióticos locales. Tras una semana, experimentó ulceración y escarificación, con emergencia de nuevas lesiones tegumentarias isomórficas de menor tamaño, agrupadas y confluentes experimentando una distribución lineal hacia el brazo. Su curso asintomático, afebril, sin adenopatía satélite, ni ataque al estado general, lo que nos permitió hacer el diagnóstico presuncional de esporotricosis linfangítica. Los estudios generales de laboratorio (hemograma completo, química sanguínea de seis elementos, exudado faríngeo y examen de orina) no reportaron anomalías de importancia.

Se efectuó examen directo con KOH al 20% sin encontrar estructuras fúngicas; no obstante, el cultivo en medio de agar Sabouraud sencillo mostró el desarrollo de colonias membranosas de aspecto cerebriforme y coloración blanco-amarillenta hacia el



Figuras 2 y 3. Colonias cremosas blanquecinas en agar Sabouraud; microscopía óptica, hifas y conidios en «durazno en floración».



**Figura 4.** Secuelas cicatrizales, cinco meses después.

sexto día. A la microscopía óptica, se observaron hifas delgadas y tabicadas con emergencia de conidióforos y pequeños conidios ovales y piriformes en el conocido patrón de «durazno en floración», hallazgo confirmatorio de la entidad (*Figuras 2 y 3*).

Así se inició tratamiento con itraconazol vía oral a razón de 6 mg/kg/día durante cuatro meses hasta obtener la resolución de la actividad inflamatoria lesional y la curación micológica. Quedaron cicatrices retráctiles desfigurantes residuales (*Figura 4*).

## CASO 2

Se trata de un paciente masculino de nueve años de vida, oriundo y residente del sur del Estado de México, estudiante y campesino que colabora con el trabajo agrícola de sus padres. Presenta una dermatosis localizada en la cabeza involucrando la región submentoniana particularizada por la neoformación sobreelevada oval y bien delimitada, erosivo-eritematosa parcialmente cubierta por costras adherentes marrón oscuras con salida eventual de material sanguinolento fétido y asintomática. Con tres meses de evolución, sin antecedentes familiares y personales de importancia, niega intervenciones quirúrgicas y traumatismos previos. Los exámenes paraclínicos se reportan dentro de los parámetros normales. Se sospecha un granuloma a cuerpo extraño, posible actinomicosis cervicofacial incipiente o esporotricosis cutánea fija (*Figura 5*).

Frente a nuestra ignorancia diagnóstica se realizó biopsia escisional del tumor enviando la pieza reseada al Departamento Hospitalario de Patología. Se notificó una intensa reacción inflamatoria linfohistiocitaria con esosinófilos, neutrófilos y plasmocitos dispersos en dermis media y profunda de patrón inespecífico. La posibilidad diagnóstica de esporotricosis cutánea fija nos llevó a realizar una prueba de intradermorreacción con esporotricina cuya lectura evidenció positividad.

De esta manera, tras la biopsia y eliminación parcial de la neoformación cutánea, el paciente fue tra-



**Figura 5.** Lesión noduliforme en área submentoniana.

tado con terbinafina 500 mg al día durante tres meses con curación clínica y micológica completa.

## DISCUSIÓN

Descrita por Schenck hace más de 150 años, la esporotricosis es la micosis granulomatosa subcutánea más común en el mundo; la mayoría de los casos reportados provienen de Australia, India, México, Perú y Brasil. Se distinguen tres formas clínico-morfológicas de presentación: cutáneo-linfangítica (hasta 64% de los pacientes), tegumentaria fija y excepcionalmente la diseminada, en pacientes inmunodeprimidos. La transmisión ocurre por pequeños traumatismos cutáneos con astillas o espinas contaminadas, aunque se ha señalado que en 20% de los afectados es provocada por rasguños o mordeduras de algunos animales, como ardillas o gatos. Aún se desconocen los factores de virulencia del hongo; se ha propuesto que su contenido melánico y proteasas extracelulares inhiben la actividad de monocitos y macrófagos, además de unirse a la fibronectina y colágeno dérmico tipo III favoreciendo su diseminación histica. Pappas y cols. registran una zona de endemidad en el Perú, alrededor de 60% de sus casos son menores de 15 años de edad, en contraste con la publicación de Kusuhara y cols. que contabilizan sólo un 15%. La distribución lineal en patrón esporotricoide de la forma cutáneo-linfangítica a partir de un chancre inicial es un dato orientador para establecer el diagnóstico; la presentación tegumentaria fija con elementos nodulares o gomosos fistulizantes solitarios en cabeza o extremidades (para muchos una reinfección) representa una verdadera dificultad diagnóstica. La protocolización de la esporotricosis infantil contempla la identificación detallada de las lesiones, su morfología y topografía corporal, antecedentes de traumatismos cutáneos y contacto con astillas, *detritus* vegetales,

espinas o follaje, sin olvidar la participación de vectores activos o pasivos en su transmisión. El examen directo con hidróxido de potasio y cultivo del material obtenido, el estudio histopatológico y la intradermorreacción con esporotricina, son herramientas invaluables para establecer el diagnóstico correcto. Sin duda, el tratamiento de elección para los casos fijos y linfangíticos es el yoduro de potasio, sin actividad antimicótica verdadera, pero con acción inmunostimuladora muy eficiente. Los imidazólicos orales, ketoconazol, itraconazol o fluconazol, así como la terbinafina a dosis habituales son alternativas terapéuticas que deben tomarse en consideración con respuesta favorable en término de tres a cinco meses de administración ininterrumpida.<sup>4-9</sup>

## CONCLUSIÓN

La esporotricosis es una enfermedad infecciosa poco común en la población pediátrica; es importante considerarla en nuestra práctica médica cotidiana, especialmente en aquellos niños que laboran en actividades agrícolas y están expuestos a traumatismos en la piel y al contacto con material vegetal contaminado. Tal como aconteció en nuestros casos presentados, la protocolización algorítmica del padecimiento conduce al diagnóstico certero y manejo terapéutico óptimo.<sup>10</sup>

## BIBLIOGRAFÍA

1. García VA, Mayorga J, Soto OA, Barba JF. Esporotricosis en niños. Estudio de 133 casos en el Instituto Dermatológico de Jalisco "Dr. José Barba Rubio", *Med Cutan Iber Lat Am* 2008; 36: 18-22.
2. Padilla MC, Medina-Castillo DE, Cortés-Lozano N. Esporotricosis en edad pediátrica: experiencia del Centro Dermatológico Pascua, *Piel* 2004; 19(7): 359-363.
3. Bonifaz A, Saul A, Paredes-Solís V, Fierro L et al. Sporotrichosis in childhood. Clinical and therapeutic experience in 25 patients, *Pediatr Dermatol* 2007; 24: 369-372.
4. De Araujo T, Marques AC, Kerdel F. Sporotrichosis, *Int J Dermatol* 2001; 40: 737-742.
5. Howe WR, Wisco OJ, Sartori C. Fixed cutaneous sporotrichosis in an adolescent boy: A case report, *Cutis* 2006; 78(5): 337-340.
6. Kwon KS, Yim CS, Jang HS et al. Verrucous sporotrichosis in an infant treated with itraconazole, *J Am Acad Dermatol* 1998; 38: 112-114.
7. Pappas PG, Tellez I, Deep A et al. Sporotrichosis in Peru: description of an area of hiperendemicity, *Clin Infect Dis* 2000; 30: 65-70.
8. da Rosa AC, Scroferneker ML, Vettorato R et al. Epidemiology of sporotrichosis. A study of 304 cases in Brazil, *J Am Acad Dermatol*, 2005; 52: 451-459.
9. Morris-Jones R. Sporotrichosis, *Clin Exp Dermatol* 2002; 27: 427-431.
10. Welsh O, Schmid-Grendelmeier P, Stingl P et al. Tropical dermatology. Part II, *J Am Acad Dermatol* 2002; 46: 748-763.

### Correspondencia:

Dr. Antonio David Pérez-Elizondo  
Leibnitz 1, Despacho 802  
Col. Anzures, México, D.F.  
Miguel Hidalgo 11590  
E-mail: apederma@yahoo.com.mx  
o antoniodavid64@gmail.com