

Esporotricosis en un anciano: Reporte de caso

Lizbeth Carlota Uriostegui-Espíritu, Rosalba Orozco-Sandoval, María Magdalena Sánchez-Ulloa y Libia Elba de Dios-Sánchez

Autor para correspondencia

Lizbeth Carlota Uriostegui Espíritu. Médico familiar y Coordinador clínico de educación e investigación en salud adscrita a la Unidad de Medicina Familiar 171. Instituto Mexicano del Seguro Social.

Domicilio: Av. López Mateos Sur 3496, Fraccionamiento Arboledas, C.P. 45060, Zapopan, Jalisco, MX.

Teléfono: (33) 36328311 Ext. 31485

Contacto al correo electrónico: lizzuriostegui@gmail.com

Palabras clave: Esporotricosis, micosis, *S. schenkkii*.

Keywords: Mycosis, sporotrichosis, *S. schenkkii*.



Esporotricosis en un anciano: Reporte de caso

Uriostegui-Espíritu LC^o, Orozco-Sandoval R^o, Sánchez-Ulloa MM^o, De Dios-Sánchez LE^o

Resumen

La esporotricosis es una micosis subcutánea granulomatosa de evolución subaguda o crónica, que afecta preferentemente cara y extremidades, causada por especies del grupo *Sporothrix*. Se clasifica como cutánea, diseminada y extracutánea. La lesión que ocasiona dependerá de la forma de presentación. El tratamiento es a base de yoduro de potasio o azoles. Se presenta el caso de una paciente femenina de 80 años que inicia con una lesión en tercio inferior de pierna izquierda queratósica, eritematosa de aproximadamente 4x5 cm, no pruriginosa, indolora, sin síntomas sistémicos. Fue multitratada en medio particular con quinolonas y penicilinas, sin mostrar mejoría. Se solicita cultivo que reporta crecimiento de *S. schenckii*.

Palabras clave: *Esporotricosis, micosis, S. schenckii.*

Sporotrichosis in a senior citizen

Abstract

The Sporotrichosis is subcutaneous granulomatous mycosis of sub-acute or chronic evolution that affects mainly face and limbs and is caused by the group species Sporothrix. It is classified as cutaneous, disseminated, and extracutaneous. The lesion it causes would depend on the form of presentation. The treatment is based on potassium iodide or azoles. The case presents a 80-years-old female patient who initiates with a keratic erythematous lesion in the lower third of the left leg roughly 4x5 cm, non-itchy, painless, with no systemic symptoms. She was treated multiple times with quinolones and penicillins, showing no improvement. A culture was requested reporting S. schenckii growth.

Key words: *Mycosis, sporotrichosis, S. schenckii.*

-
- a. Departamento de educación e investigación en salud, Unidad de Medicina Familiar 171. Instituto Mexicano del Seguro Social, Delegación Jalisco, MX.
- b. Servicio de Dermatología, Hospital General de Zona 89. Instituto Mexicano del Seguro Social, Delegación Jalisco, MX.

Autor para correspondencia

Lizbeth Carlota Uriostegui Espiritu.
Médico familiar y Coordinador clínico de educación e investigación en salud adscrita a la Unidad de Medicina Familiar 171. Instituto Mexicano del Seguro Social, Delegación Jalisco.
Domicilio: Av. López Mateos Sur 3496, Fraccionamiento Arboledas, C.P. 45060, Zapopan, Jalisco, MX.
Teléfono: (33) 36328311 Ext. 31485
Contacto al correo electrónico: lizzuriostegui@gmail.com

Introducción

La esporotricosis es una micosis subcutánea granulomatosa de evolución subaguda o crónica, que afecta preferentemente cara y extremidades, causada por especies del grupo *Sporothrix*.¹ Se clasifica como cutánea, diseminada y extracutánea. La lesión que ocasiona dependerá de la forma de presentación.² Afecta tanto a hombres como a mujeres entre los 20-40 años, predominando entre los 16 y 30 años.³

La infección se adquiere generalmente por inoculación directa afectando a jardineros, floristas, carpinteros, campesinos, mineros, agricultores, veterinarios y personal de laboratorio, siendo considerada una enfermedad ocupacional.⁴ También se han reportado casos por inhalación que se han vinculado a pacientes inmunosuprimidos y transmisión zoonótica.

El tratamiento es a base de yoduro de potasio o azoles.¹ Se presenta el caso de una anciana en la que se diagnostica esporotricosis cutánea, misma que remitió con itraconazol.

Presentación de caso

Se recibe paciente en el servicio de la consulta externa de dermatología, femenino de 80 años de edad, casada, dedicada al hogar con gusto especial por labores de jardinería. Dentro de sus antecedentes, hipertensión arterial de aproximadamente 10 años de evolución, controlada con inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina y enfermedad ácido-péptica que se maneja con inhibidores de bomba de protones.

Inicia su padecimiento hace un año con una dermatosis en tercio medio inferior de pierna izquierda queratósica, de aproximadamente 4x5 cm, no pruriginosa, sin secreción, indolora, sin síntomas sistémicos (Figura 1). Multitratada en medio particular con antibióticos en diferentes esquemas: quinolonas y penicilinas sospechando de infección de tejidos blandos, sin mostrar mejoría, por lo que se realiza una biopsia por medio particular que informa lesión compatible con quiste triquilemal pero sin correlación clínica.

En la primer consulta se le practica una nueva biopsia punch y se solicita un cultivo de la lesión. Se sospecha en primera instancia de carcinoma basocelular vs tuberculosis vs esporotricosis, por lo que no se da tratamiento esperando el resultado de la biopsia.

En la segunda consulta, presenta reporte de biopsia que concluye quiste de inclusión. La paciente continuaba con las mismas características de su lesión: queratósica, no



Figura 1. Lesión inicial de la paciente.

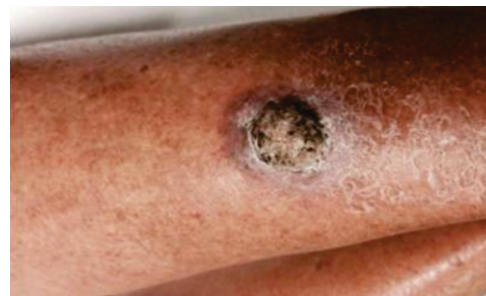


Figura 2. Lesión de la paciente posterior a realización de las primeras 2 biopsias.

pruriginosa, no secreción, no crecimiento, indolora y sin síntomas sistémicos (Figura 2). Se solicita nueva biopsia al no existir correlación con la dermatosis observada. Mientras se esperaba resultado del estudio histopatológico, no recibió tratamiento alguno. Una tercera biopsia reporta coccidioidomicosis.

En la tercera visita, se presenta con resultado de cultivo expresando crecimiento de *S. schenckii*.

Se inicia tratamiento a base de itraconazol tras comprobar función hepática normal a dosis de 100 mg cada 12 horas con lo que presenta mejoría.

Discusión

A pesar de ser una infección considera como endémica, pueden existir complicaciones para llegar al diagnóstico certero. La histopatología no es diagnóstica, sólo sugestiva. El estándar de oro es el crecimiento del hongo en el cultivo.²

Se realizaron en tres diferentes ocasiones biopsias tanto en medio extrainstitucional como institucional con diferentes técnicas: punch e incisional que no aportaron el diagnóstico definitivo. Uno de los reportes descartó patología maligna, sin embargo no sugería tampoco tuberculosis. La esporotricosis subcutánea sin tratamiento se extiende muy lentamente, pero llega a una recuperación total con la administración del medicamento adecuado.⁴

El tratamiento se decidió con itraconazol y no a base de yoduro de potasio por el antecedente de enfermedad ácido-péptica ya que el yoduro es muy irritante a la mucosa gástrica. Se observó una buena tolerancia a azoles y respuesta clínica.⁵

Conclusión

El diagnóstico definitivo de la esporotricosis puede ser difícil y enmascararse en diversas patologías, sin embargo siempre debe buscarse la correlación entre la lesión clínica con los medios de crecimiento. El itraconazol puede ser una buena opción de tratamiento para esporotricosis aún en pacientes ancianos con función hepática preservada.

Referencias bibliográficas

1. Kauffman C, Bustamante B, Stanley Ch, Pappas P. Clinical Practice Guidelines for the Management of Sporotrichosis: 2007 Update by the Infectious Diseases Society of America. 2007, 45; 151255-1266.
2. Carrada T. Esporotricosis: Avances recientes en el diagnóstico de laboratorio, histopatología y la epidemiología en México. 2012. *Rev Latinoamer Patol Clin*. 59(3): 147-171.
3. Munguía R, Romo Y, Castañeda E, Velázquez M, Espinosa A. Sporotrichosis epidemiology in Huachuquingo, Puebla. *Enf Inf Microbiol*. 2007, 27(2): 38-43.
4. Camargo L, Jaramillo V, Morantes L, Serna P, Vásquez E. Sporotrichosis: A little known disease occupational. 2012, 3(2): 273-279.
5. Arenas Roberto. Atlas de Dermatología: Diagnóstico y tratamiento. Tercera edición. Mc Graw Hill, 2005.