

Esporotricosis cutánea fija. Reporte de un caso

Fixed cutaneous sporotrichosis. A case report

Edwin De la Torre¹, María Yengle², Alejandro Alfaro³, Fernando Barrantes³, Manuel Melo⁴

RESUMEN

La esporotricosis es una micosis subcutánea causada por microorganismos dimorfos del género Sporothrix. Se presenta el caso de una paciente mujer de 20 años, que presenta una placa eritematosa con múltiples úlceras en sacabocado en la espalda, además se describen los hallazgos en los exámenes realizados que permitieron llegar al diagnóstico e instaurar el tratamiento apropiado.

PALABRAS CLAVE: *Esporotricosis*

Dermatol Peru 2019; 29 (1): 41-44

SUMMARY

Sporotrichosis is a subcutaneous mycosis caused by dimorphic microorganisms of the genus Sporothrix. We present the case of a 20-year-old female patient, who presented with an erythematous plaque with multiple ulcers in the punch in the back, and also described the findings in the examinations that allowed to reach the diagnosis and establish the appropriate treatment.

KEY WORDS: *Sporotrichosis.*

INTRODUCCIÓN

La esporotricosis es una infección micótica subcutánea o sistémica causada por el hongo *Sporothrix schenckii*. Tiene una distribución mundial, siendo más común en áreas tropicales y subtropicales, y afecta de manera importante al continente americano, principalmente Centro y Sur América, considerándose en Latinoamérica la micosis subcutánea más común.

la forma clínica cutánea fija, se caracteriza por una placa única, eritemato violácea, bien definida, de aspecto verrucoso o vegetante, cubierta en su superficie por escamas o costras, lo que le da una apariencia granulomatosa, habitualmente es asintomática, en esta forma clínica, el principal diagnóstico diferencial es la leishmaniasis cutánea, aunque también se deben considerar úlceras de causa no infecciosa, igualmente, debe diferenciarse de infecciones bacterianas cutáneas, lupus vulgar y sarcoidosis.

En cuanto al tratamiento, se recomienda itraconazol 200 mg/día vía oral, hasta por 2 a 4 semanas luego que todas las lesiones hayan resuelto clínicamente, generalmente un total de 3 a 6 meses.

CASO CLÍNICO

Mujer de 20 años de edad, natural y procedente de la localidad de Chota, Región de Cajamarca, al norte de Perú, estudiante, sin antecedentes patológicos de importancia, que 4 meses antes, nota la aparición de una pápula en la región central de la espalda, no asociada a síntomas, se manipula la lesión en las semanas siguientes, incluso con remedios caseros como hojas de plantas de la zona calentadas sin mejoría de la lesión, por el contrario, en las semanas siguientes nota ulceración de la lesión y

1. Médico residente, servicio de Dermatología del Hospital Nacional Dos de Mayo. Lima - Perú.
2. Médico asistente, servicio de Dermatología del Hospital Nacional Dos de Mayo. Lima - Perú.
3. Médico patólogo, servicio de Anatomía patológica del Hospital Nacional Dos de Mayo. Lima - Perú.
4. Tecnólogo médico, servicio de Microbiología del Hospital Nacional Dos de Mayo. Lima - Perú.

extensión de la misma ocupando una amplia área de la espalda, posteriormente se aplica cremas polivalentes y recibe ciprofloxacino vía oral por 10 días sin mejoría, niega sensación de alza térmica, al persistir sintomatología acude por consultorio externo de dermatología del Hospital Dos de Mayo.

Al examen físico la paciente estaba en buen estado general, con funciones vitales estables, se palpan 2 nódulos blandos dolorosos a la palpación en región lateral derecha del tórax, compatibles con ganglios y en el examen preferencial de piel se halla una placa de 10 por 9 cm, en la región derecha de la espalda, en cuya superficie presenta múltiples úlceras de fondo limpio que sangra fácilmente, algunas de estas en sacabocado y lesiones satélites papulo eritematosas, muy dolorosas. (Figura 1 y 2).

En los exámenes auxiliares se encontró hemoglobina: 13.2 g/dL, hemograma con 7490 leucocitos, 0% de abastoados, segmentados: 62.7% y 1.9% de eosinófilos, transaminasas y GGT dentro de valores normales, glucosa, urea y creatinina con valores normales, Elisa para VIH no reactivo, radiografía de tórax normal.

Se realizó una biopsia de piel de la lesión, procesado e informado en el servicio de Anatomía patológica del hospital que mostró un proceso inflamatorio crónico con reacción granulomatosa, (Figura 3 y 4), la coloración PAS resultó positiva para estructuras micóticas (Figura 5), y tinción de Grocott (plata metanamina) donde se observa imágenes compatibles con estructuras micóticas en gemación (Figura 6); asimismo se envió parte de la muestra de la biopsia para cultivo bacteriológico y de hongos, en



Figura N° 1. Placa con úlceras en espalda.

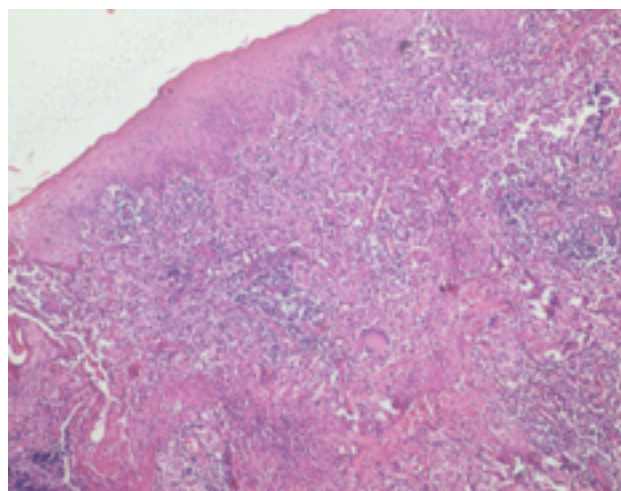


Figura N° 3. Presencia de proceso inflamatorio con reacción granulomatosa.



Figura N° 2. Placa con úlceras en espalda a mayor aumento.

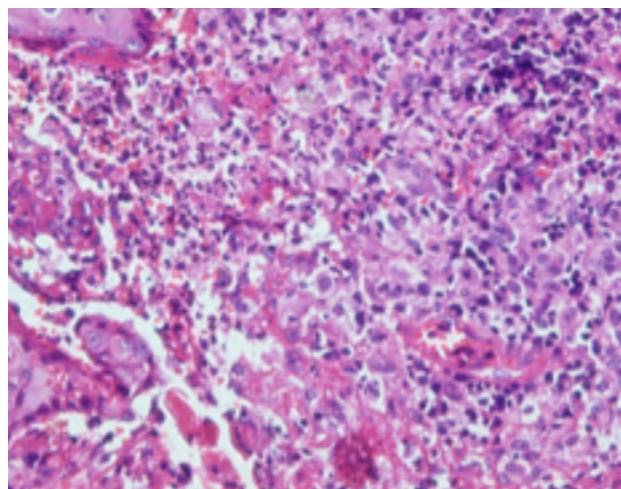


Figura N° 4. Reacción granulomatosa a mayor aumento.

el cultivo para gérmenes comunes se aisló *Enterobacter cloacae*, sensible para la mayoría de antibióticos, el examen directo de hongos resultó negativo, y el cultivo de hongos mostró crecimiento de estructuras micóticas compatibles con *Sporothrix schenckii* informado por el servicio de Microbiología del hospital (Figura 7).

Con los hallazgos clínicos, laboratoriales e histopatológicos, se concluyó que se trataba de un caso de esporotricosis en su forma clínica cutánea fija, iniciándose el tratamiento con itraconazol 200 mg por día, evidenciándose una evolución favorable con resolución progresiva de lesiones dérmicas en las semanas siguientes, (figuras 8 y 9).

DISCUSIÓN

La esporotricosis es una infección micótica subcutánea o sistémica causada por el hongo *sporothrix schenckii*, se le



Figura N° 7. Cultivo positivo para estructuras micóticas. Con aislamiento del *Sporothrix schenckii*.

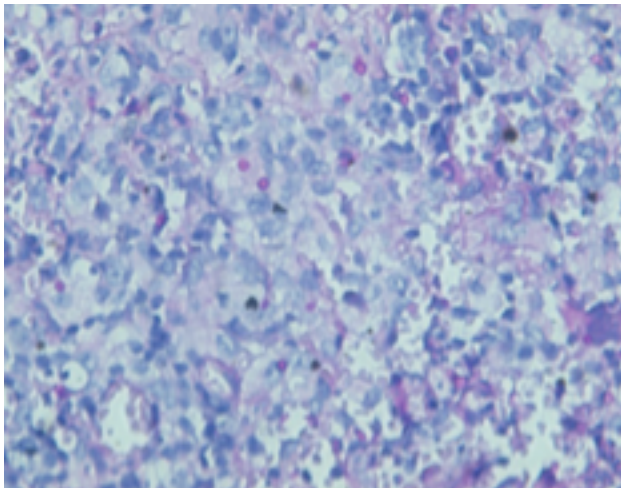


Figura N° 5. Imágenes de estructuras micóticas con la coloración PAS.

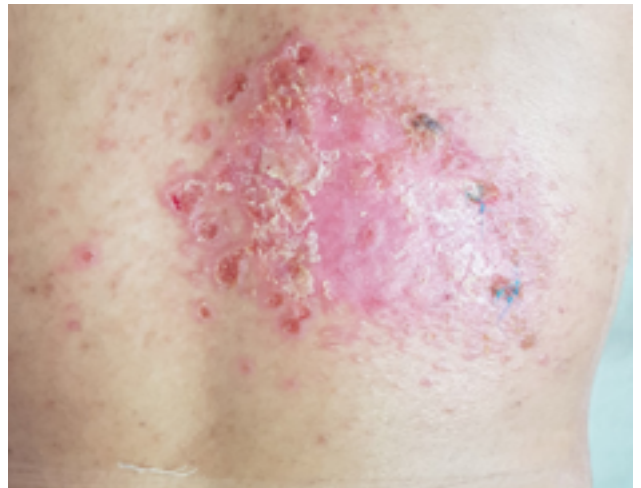


Figura N° 8. Paciente luego de 2 semanas de tratamiento con itraconazol.

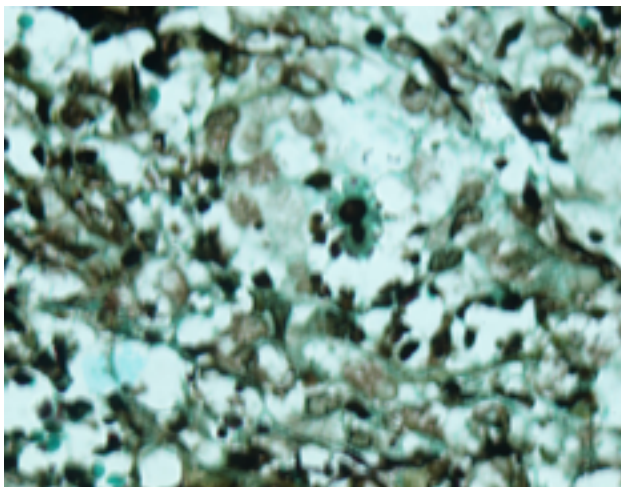


Figura N° 6. Levadura en gemación en la tinción de plata metanamina.



Figura N° 9. Paciente luego de 4 semanas de tratamiento con itraconazol.

considera una enfermedad ocupacional al presentarse con más frecuencia en campesinos, agricultores y jardineros, ya que el hongo se encuentra en la tierra y en material vegetal fresco o seco, tiene una distribución mundial, siendo más común en áreas tropicales y subtropicales, considerándose en Latinoamérica la micosis subcutánea más común.

La esporotricosis tiene dos formas clínicas: la cutánea (95%) que a su vez puede ser linfangítica (70%) o fija (25%) y una forma sistémica (5%). La esporotricosis cutánea fija, se caracteriza por una placa única, eritemato violácea, bien definida, de aspecto verrucoso o vegetante, cubierta en su superficie por escamas o costras, lo que le da una apariencia granulomatosa, generalmente se localiza en la cara y en ocasiones se pueden observar lesiones satélites pequeñas en la periferia de la lesión, habitualmente es asintomática y es muy raro que ocurra diseminación linfática, aunque en algunos casos los ganglios linfáticos locales pueden estar aumentados de tamaño

El aislamiento del hongo en medio de cultivo de agar sabouraud se considera la prueba diagnóstica de oro, la histopatología puede ser un método útil para sugerir el diagnóstico, mostrando una epidermis hiperplásica, con o sin ulceración y se puede ver el “granuloma esporotricóide” supurativo, que consiste en un micro absceso central con neutrófilos, necrosis y un área en la que predominan los linfocitos y macrófagos rodeados de células plasmáticas, fibroblastos y vasos sanguíneos. La forma de levadura del hongo rara vez es vista, pero las tinciones con ácido peryódico de schiff o tinción de plata metenamina ayudan a la visualización de las células y de las blastoconidias alargadas del hongo en un 50 % de los casos. En cerca del 20 % de los casos se pueden ver los cuerpos asteroides,

estructura característica que permite el diagnóstico de formas clínicas linfangíticas y se cree que corresponde a una forma de resistencia del hongo que usa moléculas del huésped para su propia supervivencia

En la forma fija el principal diagnóstico diferencial es la leishmaniasis cutánea, aunque también se deben considerar úlceras de causa no infecciosa, igualmente, debe diferenciarse de infecciones bacterianas cutáneas, lupus vulgar y sarcoidosis. En cuanto al tratamiento, en la esporotricosis linfocutánea y fija, se recomienda itraconazol 200 mg/día vía oral, hasta por 2 a 4 semanas luego que todas las lesiones hayan resuelto clínicamente, generalmente un total de 3 a 6 meses.

En conclusión, se presenta un caso clínico de una esporotricosis en una localización poco frecuente, pero con una historia clínica compatible y con los hallazgos de cultivo de hongos y de anatomía patológica correspondiente a una infección por *Sporothrix schenckii*, con buena respuesta clínica al tratamiento con itraconazol.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Arenas R. *Micología Médica Ilustrada*. 3a ed. McGraw-Hill Interamericana 2008; p. 149-59.
2. Papas P G, Tellez I, Deep A E, Nolasco D, Holgado W, Bustamante B. Sporotrichosis in Peru: description of an area of hyperendemicity. *Clin Infect Dis* 2000; 30: 65-70.
3. Kwang TY, Leok GC, Hock OB. Sporotrichosis: A case report and successful treatment with itraconazole. *Cutis* 1997; 60: 87-90.
4. Kauffman C A, Bustamante B, Chapman S W, Pappas P G. Clinical practice guidelines for the management of sporotrichosis: 2007 update by the Infectious Diseases Society of America. *Clin Infect Dis* 2007; 45: 1255-65.

Correspondencia: Dra. Maria Yengle
E-mail: marian_yr@hotmail.com

Recibido: 12-02-19
Aceptado: 10-03-19