

## ESPOROTRICOSIS: REPORTE DE DOS CASOS SIMILARES CON PRESENTACION CLINICA INFRECUENTE

Rueda Plata, Ricardo\*  
Balcázar Romero, Fernando\*

### RESUMEN

La esporotricosis constituye quizás la micosis subcutánea más frecuente en nuestro medio; la presentación usual es la forma linfangítica en adultos y la cutánea fija localizada en el rostro, en niños.

Se presentan dos casos atípicos bastante similares, en los que el patrón clínico anormal y la evolución crónica dificultaron el diagnóstico y la clasificación.

Se revisan algunos aspectos recientes de la enfermedad. (Palabra clave: esporotricosis)

### INTRODUCCION

La esporotricosis es una enfermedad granulomatosa crónica causada por el *Sporothrix schenckii* (Benjamín Schenck 1898)<sup>1</sup>, hongo dimorfo aeróbico, micelial al ambiente y levadura a temperatura corporal. Afecta primariamente piel y linfáticos<sup>2</sup>, existiendo también formas pulmonares primarias y sistémicas en pacientes inmunocomprometidos. Tiene distribución mundial pero es más frecuente en zonas templadas y tropicales, pues la humedad y temperaturas entre 16°C y 22°C favorecen su crecimiento saprofítico en material vegetal<sup>3</sup>. Todas las edades son susceptibles y las diferencias en sexo, raza y edad obedecen a factores ocupacionales o recreacionales<sup>4</sup>.

La forma linfocutánea representa el 75% de los casos y su aspecto es tan característico que sugiere el diagnóstico<sup>5</sup>. Si embargo, otras presentaciones como la cutánea fija pueden producir bastante dificultad diagnóstica por la variabilidad de su morfología.

Esto puede desorientar la investigación paraclínica y retardar el tratamiento adecuado.

Se presentan dos casos documentados con histología y cultivos, en los que lo atípico de la presentación hizo difícil sospechar la etiología.

\* Residentes de 3<sup>er</sup> año, Sección de Dermatología, Facultad de Salud, Universidad del Valle, Cali

Los casos son de enfermos de la consulta externa del Hospital Universitario del Valle y fueron tratados bajo la supervisión del Jefe de la Cátedra de Dermatología, Profesor Rafael Falabella F.

Ricardo Rueda P. - Carrera 35A No. 3-76 - Tel.: 563 776, Cali

### HISTORIA CLINICA

Caso 1: Paciente de 26 años, sexo masculino, agricultor, remitido de zona rural del Valle del Cauca (Dagua), para valoración y manejo. Mostraba lesiones de aparición lenta y progresiva de 7 meses de evolución que ocupaban el epigastrio a manera de una gran placa. No había antecedente de trauma; recibió ketoconazol oral por 20 días sin mejoría y refería aplicación tópica de yodo.

Al examen físico se encontraron pápulas de diverso tamaño desde 2-5 mm, hasta nódulos de 1 cm, con coloración eritematosa o violácea. No se hallaron adenopatías palpables. (Fig. No. 1).



Fig. No. 1. Se observan incontables pápulas de tamaño variable, algunas de ellas con umbilicación central que sugieren enfermedad perforante o yododerma.

Se hizo una impresión diagnóstica de micosis subcutánea Vs. halogenoderma; se tomaron muestras para histopatología y cultivo para hongos y micobacterias.

La histopatología mostró atrofia epidérmica con formación de granulomas epitelioides y un infiltrado mixto con algunos plasmocitos. Las coloraciones (PAS-digerido, BK, Gomori) así como los cultivos, fueron reportados negativos. Se tomaron nuevas muestras para estudio, seleccionando lesiones recientes. Se solicitó un PAS en examen directo, que reportó blastoconidias compatibles con esporotricosis y se aisló *Sporothrix schenckii* en el cultivo. El hongo creció en forma micelial a 25°C y como levadura a 37°C. (Fig. 2).





Fig. No. 2 Crecimiento a temperatura ambiente (25°C) en fase micelial con formación de colonias membranosas color café.

Histopatológicamente se encontró hiperplasia pseudoepiteliomatosa con formación de microabscesos y presencia de cuerpos asteroides. (Fig. No. 3).

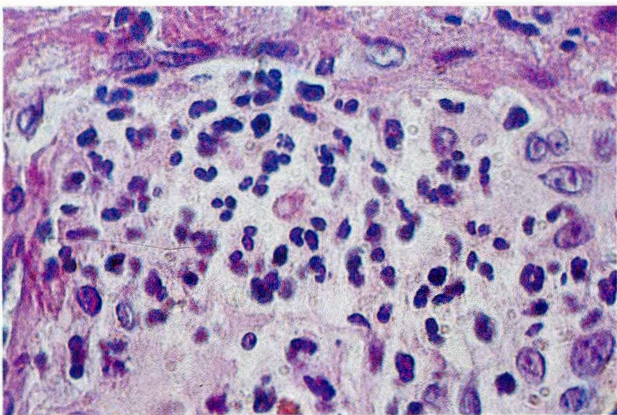


Fig. No. 3 Abundantes polimorfonucleares conformando un microabsceso; algunos histiocitos epitelioides y presencia de un cuerpo asteroide.

Se inició tratamiento con solución saturada de yoduro de potasio, en dosis de 10 gotas cada 8 horas. Las lesiones han involucionado y actualmente continúa en tratamiento.

**Caso 2:** Hombre de 47 años, educador, quien consulta al servicio de dermatología del Hospital Universitario del Valle con historia de 1 año de evolución de lesiones papulares en flanco izquierdo, algunas confluyendo en placas, que le producían leve prurito. Había recibido antibióticos sin mejoría y con una biopsia como liquen plano, fue tratado con betametasona oral e infiltraciones de triamcinolona, posterior a lo cual algunas de las lesiones se ulceraron. (Fig. 5) Un cultivo del exudado de las úlceras reveló *Streptococcus beta hemolytic*.

Antecedentes: Malaria; TBC pulmonar tratada; síndrome convulsivo; recibía Clonazepán 2 mg/día; alérgico a la penicilina. Aficionado a la agricultura, negaba historia de trauma.

Examen físico: En flanco izquierdo: Pápulas y nódulos eritemato-violáceos muchos confluyendo en placas, otros con ulceraciones en sacabocado y exudado purulento. (Fig. 4).



Fig. No. 4 Nótese la distribución zosteriforme de las lesiones y la similitud con el caso No. 1.



Fig. No. 5 Lesiones ulceradas luego de terapia corticoide intralesional en el caso No. 2.

Se realizó la biopsia que mostró hiperplasia epidérmica y un infiltrado mixto en banda, que en varias áreas comprometía hasta el límite dermo-hipodérmico, con células gigantes multinucleadas, polimorfo-nucleares, algunos histiocitos y predominio linfoplasmocitario. Las coloraciones de Fite-Faraco, Gram, Ziehl-Nielsen, PAS y Gomori fueron negativas; se realizaron además pruebas de Montenegro, VDRL, títulos para HIV; cultivo de tejido para bacterias aerobias y anaerobias, TBC y hongos, todas negativas.



Se inició DDS 200 mg/día por 2 semanas y luego 100 mg/día por otras dos, sin mejoría; por el contrario se notó aparición de lesiones en áreas adyacentes del abdomen y tórax. Se repiten biopsia y el cultivo de tejido.

Biopsia: Lesión dérmica constituida por acúmulo de histiocitos, células gigantes, rodeadas de corona linfocitaria. Coloraciones para hongos: se observan levaduras compatibles con *Sporotrichosis*.

En el cultivo de tejido se aisló *Sporotrix Schenckii*.

El paciente está actualmente en tratamiento con yoduro de potasio, con efectos positivos.

## COMENTARIOS

La esporotrichosis cutánea fija en algunas áreas geográficas puede corresponder al 40%-60% de los casos<sup>6</sup>, aun cuando en otros estudios este tipo de infección excede al 20%-25%. Los sitios más comunes de infección son cara, cuello y tronco. Las lesiones se presentan como úlceras, placas verrucosas, acneiformes, infiltradas, eritematosas o a manera de parches escamosos; eritema macular o papular, sin afección linfática local; son comunes las pequeñas lesiones satélites<sup>6</sup>.

Por la variabilidad de la presentación clínica debe hacerse diagnóstico diferencial con entidades como tuberculosis verrucosa, infección micobacteriana atípica, bromoderma, yododerma, leishmaniasis, psoriasis y sarcoidosis, entre otras.

Todo lo anterior orienta a clasificar los casos presentados como formas de esporotrichosis cutánea fija; sin embargo la multiplicidad de las lesiones y su extensión progresiva en varias direcciones pudieran hacer pensar en diseminación linfática en un área anatómica donde el patrón no tiene la morfología "esporotricóide" lineal característica.

El principal elemento confirmatorio del diagnóstico es el aislamiento del agente causal en cultivo. La histopatología aunque a menudo lo sugiere, con frecuencia es inespecífica y tiene los mismos elementos de granulomatosis y supuración de otras micosis profundas e infecciones micobacterianas atípicas.

La sensibilidad del método es proporcional al número de cortes realizados y al empleo de coloraciones, como PAS digerido y Gomori. Esta última visualiza las formas tisulares del hongo (cuerpos asteroides, levaduras, hifas).

En los dos casos presentados, la histopatología original no fue concluyente; además las coloraciones y los cultivos de tejido fueron reportados negativos. Los estudios posteriores se tomaron de lesiones aparecidas de novo y resultaron definitivos.

Lo anterior destaca la importancia de considerar los factores que pueden alterar los resultados del estudio Vgr: Sitio escogido para toma de la muestra; sobreinfección; ingesta de antimicóticos (ketoconazol).

Se han desarrollado pruebas serológicas con el fin de agilizar el diagnóstico. Estas incluyen: pruebas de aglutinación en látex, de fijación de complemento, de inmunodifusión y de anticuerpos fluorescentes indirectos<sup>7</sup>.

El uso de la hibridación del DNA o *immunoblot (Western-blot)* parece tener buena sensibilidad y excelente especificidad. Se ha propuesto este método para la diferenciación entre las cepas que producen la enfermedad cutánea y la sistémica<sup>5</sup>.

La solución saturada de yoduro de potasio ha sido tradicionalmente la droga de elección, por su bajo costo y alta efectividad en las formas cutáneas.

Otros elementos terapéuticos incluyen el calor local (único o como coadyuvante), la anfotericina B (formas sistémicas y pulmonares), la estilbamidina, la 5-fluorocitosina y la vacunación con esporotriquina. El ketoconazol y la griseofulvina sólo tienen efectividad limitada<sup>2,5</sup>.

El itraconazol es considerado actualmente la droga de elección en las formas linfática y cutánea<sup>9</sup>; la dosis recomendada es 100 mg/día durante 90-180 días.

El fluconazol es superado por el ketoconazol a las dosis usuales recomendadas<sup>6</sup>. El alto costo de estos imidazoles puede ser una dificultad insalvable en algunos casos, por lo que la terapia debe ser individualizada.

## SUMMARY

Sporotrichosis is maybe the most frequent subcutaneous mycoses occurring in our country; the typical form of presentation is the lymphangitic form in the adult population and the fixed cutaneous in children, affecting the face.

Two atypical cases with very similar features are being presented; in both cases the diagnosis and classification were difficult because of the atypical clinical pattern and the chronic evolution.

Some recent data on this disease is also being reviewed. (Keyword: Sporotrichosis)

## BIBLIOGRAFIA

1. Schenck B R. On refractory subcutaneous abscesses. Caused by a Fungus Possibly related to *Sporotricha*. Bull Johns Hopkins Hosp 1898; 9:286.
2. Belknap B. Sporotrichosis. In Tomecki K (ed): Systemic Mycoses and Parasitic Diseases. Dermatologic Clinics. 1989; 7 (2):193-202.
3. Urabe H, Hobo S. Sporotrichosis. Int J Dermatol. 1986; 25:255-257.
4. Meneghini C. Occupational and Industrial Dermatology. Ed. 2. Chicago. Year Book Medical Publishers, 1987.
5. Winn E, Richard MD. Sporotrichosis. Infectious Disease Clinics of North America. 1988 2:4:899-911.
6. Rippon J W: Tratado de Micología Médica: Esporotrichosis. Ed. 3 México, Interamericana, 1990; pp 351-380.
7. Tomecki K, Steck W, Hall C, et al. Subcutaneous mycoses. J Am Acad Dermatol. 1989; 21:785-786.
8. Restrepo A, Robledo J, Gómez I et al: Itraconazole Therapy in Lymphangitic and Cutaneous Sporotrichosis. Arch Dermatol. 1986; 122:413-417.