

# Esporotricosis: Presentación en área urbana de Bogotá

Sporotrichosis: Presentation in urban area of Bogota

**Andrés Luque**

**Adriana Téllez**

**Gerzain Rodríguez**

**Leticia Sopó**

## RESUMEN

**S**e presentan cinco casos de pacientes con esporotricosis, pertenecientes a una misma comunidad, tres de ellos de una misma familia y sin antecedentes epidemiológicos para la enfermedad.

**Palabras clave:** esporotricosis, comunidad.

## SUMMARY

We show five cases with sporotrichosis who belong to a same community, three of them are from the same family and without epidemiological antecedents for the disease.

**Key words:** sporotrichosis, community.

## CASOS CLÍNICOS

Se presentan cinco casos de pacientes con diagnóstico de esporotricosis confirmado por laboratorio, cuatro mujeres y un hombre, tres de ellos miembros de una misma familia (padre, madre e hija), y las otras dos personas residentes en el mismo barrio. Todos los pacientes reportados suelen frecuentar un mismo sitio (una casa-finca en Suba, Cundinamarca). Las lesiones se presentaron en las extremidades y el tronco como placas eritematosas, infiltradas, verrucosas, con áreas exulceradas que aparecieron consecutivamente (Figuras 1, 2). En dos pacientes estas lesiones fueron interpretadas como un proceso infeccioso. Se tomaron biopsias que reportaron, en uno de los casos, posible infección por micobacterias atípicas, y en el otro ectima pió-

geno. Se realizaron estudios para micobacterias atípicas en el Instituto Nacional de Salud, los cuales fueron negativos. Los dermatólogos tratantes iniciaron manejo con minociclina, 100 mg al día, por un período de dos meses, sin obtener una mejoría clínica.



Figura 1



Figura 2

**Álvaro Andrés Luque Acevedo**, *Dermatólogo, Bogotá.*

**Doris Adriana Téllez Rodríguez**, *Dermatóloga, Bogotá.*

**Gerzain Rodríguez**, *Dermatopatólogo, Universidad Nacional de Bogotá.*

**Leticia Sopó**, *Micóloga, Bogotá.*

## Esporotricosis: Presentación en área urbana de Bogotá

La paciente más joven es una niña de ocho años, quien es traída a la consulta por presentar una lesión en placa, eritematosa, infiltrada, con áreas costrosas en la cara lateral derecha del abdomen, por lo que se le solicitó examen micológico directo y cultivo, el cual reportó *Sporotrix spp.*

Debido a la historia y los antecedentes, se examinaron los cuatro casos restantes; tres de ellos presentaban lesiones similares en las extremidades inferiores y una en la extremidad superior derecha, con compromiso linfático.

A todos los pacientes se les solicitó examen micológico directo y cultivo, y en todos ellos se cultivó el mismo agente micótico.

Se realizó una visita a la zona de residencia en Bogotá (barrio Tuna, en Suba), sin encontrar ningún factor epidemiológico para infección por dicho agente. Los pacientes negaron haber salido de la ciudad. Como único dato de importancia está que una persona vecina había traído un cargamento de frutas tropicales con presencia posterior de mosquitos en la zona, aunque los afectados negaron contacto directo con dichas frutas o haber sufrido picaduras de insectos.

Con la confirmación del diagnóstico se inició solución saturada de yoduro de potasio al 20% (dosis calculada para cada paciente), con lo cual mostraron una respuesta adecuada al tratamiento. (Figura 3).



Figura 3

Reportamos este caso porque consideramos que es una presentación inusual, con afectación a varios miembros de

una misma familia y a vecinos, sin un factor epidemiológico claro y en una zona urbana.

## DISCUSIÓN

La esporotricosis es una enfermedad subaguda o crónica que afecta a humanos y animales inferiores, causada por el hongo dimorfo *Sporotrix schenckii*. Comúnmente es una infección limitada a la piel y al tejido celular subcutáneo, y raramente puede ser sistémica. Se distribuye universalmente.

El *S. schenckii* normalmente existe como un saprofito de la naturaleza y ha sido aislado en la paja, hojas, granos de trigo, corteza de árboles, espinas, suelo, insectos muertos, rosales, polvo, excrementos de animales, algas, animales marinos y hasta de la atmósfera.

Afecta más a personas que desempeñan labores como floristería, jardinería, agricultura y minería. El período de incubación varía de 7 a 30 días, pudiéndose extender hasta 6 meses.

La esporotricosis puede ser dividida en formas cutáneas (cutáneo-linfática, cutáneo localizada, cutáneo diseminada) y extracutáneas. La forma más común es la cutáneo-linfática y junto con la forma cutáneo-localizada constituyen alrededor del 85% de todos los casos.

La forma cutáneo-linfática muestra una lesión localizada en el lugar del traumatismo previo, que puede no ser notada por el paciente y se denomina chancro de inoculación. Esta lesión puede mostrar diferentes formas clínicas, dependiendo del tiempo de evolución: ulcerada, de base infiltrada y eritematosa o una pápula, un nódulo vegetante o una lesión úlcero-gomosa. A partir de esta lesión inicial, siguiendo el trayecto de las extremidades, se forman cadenas de nódulos indoloros a lo largo de los nódulos linfáticos, los cuales pueden ulcerarse.

La forma cutáneo-localizada se presenta como lesión única no acompañada de nódulos en el trayecto linfático, y rara vez se ven adenopatías regionales.

La forma cutáneo-diseminada es rara y ocurre por diseminación hematogena. Las formas extracutáneas son extremadamente raras y sus síntomas se relacionan con el órgano comprometido.

El diagnóstico se confirma por cultivo, que es rápido, aunque es difícil aislar el hongo de los tejidos. A la histopatología se observa una reacción granulomatosa mixta que

## **Esporotricosis: Presentación en área urbana de Bogotá**

no es específica de la entidad. La epidermis puede mostrar hiperplasia pseudoepiteliomatosa y frecuentemente se observan microabscesos que pueden romperse y provocar una reacción con células gigantes de tipo cuerpo extraño. Lo típico es un granuloma completamente desarrollado con tres zonas delimitadas.

Las opciones de tratamiento para las formas cutáneas incluyen una solución saturada de yoduro de potasio, itraconazol, fluconazol, terbinafina e hipertermia localizada. La anfotericina B, aunque efectiva, no es usada por su toxicidad. En Colombia el tratamiento de elección sigue siendo el yoduro de potasio, a dosis de veinte gotas (un gramo) tres veces al día, para adultos. Los niños deben tomar la mitad de la dosis de los adultos. Se inicia con dosis menores, alrededor de diez gotas, tres veces al día, y si el paciente presenta adecuada tolerancia, se incrementa al tercer o cuarto días a veinte gotas, tres veces al día.

Los efectos del yoduro de potasio se notan rápidamente, pudiéndose observar señales de cicatrización en la primera semana de tratamiento; éste debe ser mantenido por lo menos dos semanas después de la cicatrización de las

lesiones, lo cual generalmente ocurre alrededor de la sexta semana.

El mecanismo de acción del yoduro de potasio contra el *S. Schenckii* permanece aún desconocido, y no es claro si tiene un efecto fungicida o actúa por un aumento de los mecanismos inmunológicos y no inmunológicos del huésped. Se ha propuesto que el yoduro de potasio puede ser convertido en yodeto *in vivo* por las mieloperoxidasas (sistema de peróxido de hidrógeno de los polimorfonucleares) y podría así ejercer un efecto fungicida. Sus principales efectos secundarios son sabor metálico, coriza, cefalea y expectoración. En la piel puede causar pústulas, eritema, urticaria y petequias. No debe ser administrado en mujeres gestantes. Su uso prolongado puede generar síntomas de toxicidad por yodo o potasio, y alteraciones de la función tiroidea.

Se reporta el caso de cinco pacientes con esporotricosis, sin antecedentes epidemiológicos, en un área urbana de Bogotá, con presentación inusual, por lo cual no se pensó en este diagnóstico, lo que retardó el inicio del tratamiento y permitió un compromiso mayor con aumento de las lesiones.

## **Bibliografía**

1. Campbel I. Esporotricosis. En Dermatología Tropical. Talhari S, Garrido R. Sao Pablo, MEDSI, 1997: 167-183.
2. Sandhu K, Gupta S. Potassium iodide remains the most effective therapy for cutaneous sporotrichosis. J Dermatol Treat 2003; 14: 200-202.
3. Sterling JB, Heymann WR. Potassium iodide in dermatology: A 19th century drug for the 21st century-uses, pharmacology, adverse effects, and contraindications. J Am Acad Dermatol 2000; 43: 691- 97.

