

Esporotricosis cutánea fija autorresolutiva en comerciante de madera

Cutaneous fixed sporotrichosis in wood shopkeeper

Lina María Llanos Mena

Adriana Marín Moreno

Adriana Motta Beltrán

RESUMEN

La esporotricosis es una infección micótica, granulomatosa, subaguda o crónica, de distribución mundial, producida por un hongo dimorfo llamado *Sporothrix schenckii*. Se han descrito varias formas de presentación, y la cutánea se asocia usualmente con trauma con inoculación directa del hongo.¹ Existe controversia sobre la capacidad de autorresolución de este tipo de lesiones, y algunos estudios sugieren reaparición de las mismas luego de un período de cura aparente. Presentamos el caso de una esporotricosis cutánea fija autorresolutiva, luego de cuatro meses de iniciado el cuadro.^{2,3}

Palabras clave: esporotricosis, micótica, *Sporothrix Schenckii*.

SUMMARY

Sporotrichosis is a mycotic granulomatous, subacute or chronic infection, of worldwide distribution, due to a dimorphic fungus called *Sporothrix Schenckii*. Many forms of presentation have been described, and the cutaneous way is usually associated to trauma by direct inoculation of the fungus. There is controversy about capacity of autoresolution of this kind of lesions, and some studies suggest reappearance of them after an apparent-cure period. We show the case of a cutaneous fix autoresolutive sporotrichosis, after four months of the beginning of the case.

Key words: Sporotrichosis, mycotic, *Sporothrix Schenckii*.

Lina María Llanos Mena, FII Dermatología, Universidad El Bosque, Bogotá, DC, Colombia.

Adriana Marín Moreno, Instructora de Postgrado en Dermatología, Universidad El Bosque.

Adriana Motta Beltrán, Jefe del Servicio de Dermatología, Universidad El Bosque; Servicio de Dermatología, Hospital Simón Bolívar, Universidad El Bosque, Bogotá, Colombia.

CASO CLÍNICO

Paciente de sexo masculino de 47 años de edad, quien consultó al servicio de dermatología del Hospital Simón Bolívar por presentar cuadro de un mes y medio de evolución, consistente en una lesión en la espalda que se inició con pústulas confluentes, formando una placa, de crecimiento rápidamente progresivo. El paciente consultó inicialmente al médico general quien formuló antibiótico y corticoide tópico durante un mes, y al no observar mejoría lo remite al especialista (Figura 1).



Figura 1

Como antecedentes importantes, el paciente es procedente de Bogotá, sin historia de viajes previos a la aparición de la lesión. Se desempeña como comerciante de madera en la capital. Al examen físico inicial se evidenció placa eritematoviolácea, de aspecto verrucoso, infiltrada y granulomatosa formada por la confluencia de pápulo-pústulas. Se tomó biopsia de piel por losange y se envió la mitad de la misma para cultivo micológico, obteniéndose cinco días más tarde crecimiento abundante de *Sporotrix schenckii*. La biopsia es reportada como dermatitis nodular granulomatosa con granulomas mixtos, considerando la posibilidad de micosis profunda.

Esporotricosis cutánea fija autorresolutiva en comerciante de madera

Por razones de trabajo el paciente no asiste al control posterior y tres meses más tarde regresa a la consulta, donde se le observa cicatriz ligeramente hipertrófica, eritematosa, en el lugar de la lesión inicial, sin evidencia clínica de actividad infecciosa.

COMENTARIO

Benjamín Schenck en 1896 reportó el primer caso de esporotricosis mientras estudiaba medicina, y el micólogo Erwin Smith fue quien concluyó que se trataba de un hongo del género *Sporotrichum*².

El *Sporothrix Schenckii*, agente causal de la esporotricosis, es un hongo dimorfo, saprofito del medio ambiente. Afecta al hombre especialmente por inoculación directa, aunque la inhalación de las conidias en individuos inmunosuprimidos, puede producir infección pulmonar, con diseminación posterior a los huesos, los ojos, el sistema nervioso central y a otros órganos. Se ha aislado de material orgánico como la madera y de algunos animales e insectos. Existen ocupaciones asociadas con mayor riesgo de adquirir la infección, entre las que se encuentran las de jardineros, albañiles y carpinteros.^{1,2}

Se han descrito varias formas de presentación y la más frecuente es la linfocutánea (70%-80%). La forma cutánea fija es la segunda en frecuencia de presentación, y se caracteriza por la aparición de placas verrucosas induradas, que ocasionalmente se ulceran, acompañadas de lesiones satélites, localizadas más frecuentemente en la cabeza, el cuello, el tronco y las piernas. Para algunos, las lesiones de esporotricosis cutánea fija pueden mostrar resolución espontánea, pero con frecuente reaparición y persistencia de ellas durante años si no se realiza el tratamiento adecuado.³

El diagnóstico de esporotricosis se realiza por cultivo de espécimen de biopsia, en agar Sabouraud y Mycosel a 25°C, obteniéndose crecimiento tres a cinco días más tarde. La histopatología muestra hiperplasia epidérmica, hiperqueratosis, abscesos intraepidérmicos y granulomas mixtos con cuerpos asteroides. Existen otros métodos diagnósticos como la prueba de intradermorreacción, conocida como esporotricina, que es positiva en el 90% de los casos y puede sugerir infección previa, y la técnica de ELISA. Las dos son útiles sólo en casos donde el cultivo y la histopatología no sean diagnósticas.⁵

En cuanto al tratamiento, en nuestro medio la solución saturada de yoduro de potasio es la primera opción por su efectividad y bajo costo, administrándose de manera pro-

gresiva para garantizar su tolerancia gástrica y prolongando el tratamiento hasta cuatro semanas después de la cura clínica de las lesiones. También se ha usado con éxito el itraconazol, a dosis de 100-200 mg/día durante tres a seis meses, en el tratamiento de las formas linfocutánea o cutánea fija.^{1,2,3}



Figura 2

La terbinafina, a dosis de 250 a 500 mg/día durante veinticuatro semanas, ha mostrado ser útil para el tratamiento de la esporotricosis, teniendo como inconveniente principal su alto costo. Algunos estudios sugieren que dosis de terbinafina, de 500 mg a 1 g al día son más eficaces e igualmente seguras.

El fluconazol, en la dosis de 400 mg al día produce alrededor de un 70% de mejoría, por lo cual se considera moderadamente efectivo en el tratamiento de esta infección, comparado con otras opciones terapéuticas.

Para las formas meníngeas o diseminadas se requiere tratamiento intrahospitalario con anfotericina B y terapia de mantenimiento posterior con itraconazol.^{2,3}

CONCLUSIONES

La esporotricosis es una infección micótica subcutánea frecuente, de distribución mundial, que afecta principalmente a la población adulta. Su carácter autorresolutivo es discutido, por lo que su mejoría clínica aparente requiere seguimiento durante un largo período para evitar su reaparición.

Presentamos este caso por tratarse de una forma típica de esporotricosis adquirida en área urbana, teniendo en cuenta que se trata de una patología predominantemente rural, y por su evolución autorresolutiva que, aunque descrita en la literatura, es discutida. Actualmente nuestro paciente se encuentra en controles periódicos y persiste sin lesiones luego de tres meses de la aparente curación espontánea de la lesión.

Esporotricosis cutánea fija autorresolutiva en comerciante de madera

Bibliografía

1. Odom RB, James WD, Berger TG. In Andrew's. Disease of the Skin. 2000. p.173-187.
2. Morris-Jones R. Sporotrichosis. Clin Exp Dermatol 2002; 27 (6): 427-431.
3. De Araujo T, Marques AC, Kerdel F. Sporotrichosis. Int J Dermatol 2001; 40: 737-742.
4. Chapman SW, Pappas P, Kauffman C, Smith EB, Dietze R, *et al*. Comparative evaluation of the efficacy and safety of two doses of terbinafine in the treatment of cutaneous or lymphocutaneous sporotrichosis. Mycoses 2004; 47 (1-2): 62-68.
5. Mojan N, Jayaseelan E, Abraham A, Rajendran SC, Stephen J, Sharief F, *et al*. Cutaneous sporotrichosis in Bangalore, Southern India. . Int J Dermatol 2004; 43 (4): 269-272.

