

## ESPOROTRICOSIS LINFANGITICA – CASO CLINICO

## Lymphangitic Sporotrichosis: Case Report

\*Ernesto Rojas Cabrera

\*Pamela Pardo Ramirez

\*Claudia Ramírez Viscarra

\*Faustino Torrico Torrico

Recibido: 1-10-10; Aceptado: 25-10-10

## RESUMEN

La esporotricosis es una infección micótica de evolución subaguda o crónica que puede afectar a humanos y animales, la cual está caracterizada por presentar lesiones nodulares cutáneas y subcutáneas, su incidencia varía en las distintas regiones de sudamérica. Se presenta el caso de un paciente varón de 28 años de edad con el diagnóstico de esporotricosis linfagítica, que tardó alrededor de tres meses en ser diagnosticado; se realiza un análisis y seguimiento de la evolución haciendo especial mención en los aspectos clínicos, diagnósticos y terapéuticos de esta enfermedad con la finalidad de alertar un diagnóstico precoz y tratamiento oportuno.

**Palabras clave:** Esporotricosis linfagítica, *Sporothrix schenckii*.

## ABSTRACT

The sporotrichosis is a mycotic infection of subacute or chronic evolution that can concern human beings and animals, which is characterized for presenting nodular cutaneous and subcutaneous injuries, its incidence is different in the different regions of sudamerica. There appears the case of a 28-year-old patient male of age with the diagnosis of esporotricosis linfagítica, that was late about three months in being diagnosed; there is realized an analysis and follow-up of the evolution doing special mention on the clinical, diagnostic and therapeutic aspects of this disease with the purpose of real a precocious diagnosis and opportune treatment.

**Keywords:** lymphangitic sporotrichosis, *Sporothrix schenckii*, potassium iodide, diagnostic.

## INTRODUCCIÓN

Schenck describió por primera vez la esporotricosis en 1898 y la primera publicación sobre la misma se realizó en México por Gayón en 1914 después de haber comunicado el caso a la Academia Nacional de Medicina en 1913. Es considerada una enfermedad ocupacional debido a que la población más afectada se encuentra conformada por campesinos, jardineros, floristas, amas de casa, carpinteros, agricultores, mineros y alfareros. *Sporothrix schenckii*, se presenta en la naturaleza de forma saprofitica micelial es un hongo dimórfico, es decir que se encuentra como levadura en los tejidos y como mohos en los medios de cultivo a 25 °C, la vía de entrada es la cutánea a través de traumas

o excoriaciones con material contaminado con artrosporas de hongo.<sup>2-5</sup>

Es una enfermedad polimorfa que afecta piel, tejido celular subcutáneo, vasos linfáticos, pulmones, articulaciones a veces hueso y otros órganos. El estado inmunológico del huésped tiene un rol determinante en la presentación de las diferentes manifestaciones de la micosis.

Para el diagnóstico es importante la clínica y el antecedente epidemiológico, pero la confirmación del mismo se realiza por examen directo (se observan los cuerpos asteroides) y cultivo (se observan colonias características), otros estudios menos utilizados son los estudios histopatológicos, serológicos e inoculación en animales.

El manejo terapéutico incluye antimicóticos sistémicos

\*Especialista en Medicina Tropical y Control de Enfermedades

(itraconazol, fluconazol) y medidas locales (termoterapia), en algunos pacientes se ha utilizado terbinafina con eficientes resultados sin embargo no existe suficientes estudios clínicos para recomendar su aplicación, en los países subdesarrollados se emplea el yoduro de potasio con buenos resultados terapéuticos.

## PRESENTACIÓN DE CASO

Se presenta el caso clínico de un paciente del sexo masculino de 28 años de edad, de profesión albañil, procedente de Cochabamba, con residencia actual en una zona periférica de la ciudad; casado, sin antecedentes patológicos de importancia para la patología actual.

En mayo del 2010, consulta en el Centro Universitario de Medicina Tropical (CUMETROP) de la Facultad de Medicina de la Universidad Mayor de San Simón por presentar una úlcera en el dorso mano derecha, múltiples formaciones nodulares en antebrazo y brazo, del mismo miembro, además dolor que le dificultan realizar sus tareas habituales. Dos semanas antes de iniciado el cuadro, el paciente sufrió un accidente al realizar su trabajo de albañilería, se pinchó con un alambre de construcción en el dorso de la mano derecha, produciendo se una herida abierta, posteriormente viajó por 4 días a un área tropical del departamento de Cochabamba.

En febrero del 2010 en el punto de inoculación, inicialmente aparece un nódulo que a los pocos días se reblandece y ulcera; posteriormente aparecen once lesiones nodulares en el trayecto linfático del antebrazo y brazo del mismo miembro.

El paciente relató que en dos consultas privadas previas le diagnosticaron absceso cutáneo y/o leishmaniasis cutánea, iniciando tratamiento con antibióticos vía oral e inyectables, de los que se desconoce el nombre, además una ampolla de glucantime IM sin mejoría del cuadro.

Examen físico del miembro afectado: Se observa en el dorso de la mano derecha una úlcera de aproximadamente 4.5 x 5.5 cm, costrosa, de bordes irregulares, aplanados, fondo con escasa secreción serohemática. En el antebrazo y brazo se observan y palpan múltiples ganglios linfáticos siguiendo el trayecto linfático, de mayor tamaño y menor consistencia el ubicado en la proximidad de la lesión inicial, (Fig. 1-2-3). En el resto de piel y anexos no se evidencian datos patológicos.



Figura 1. Esporotricosis linfangítica. Úlcera cutánea en el dorso de la mano afectada acompañada de nodulos linfangíticos



Figura 2. Chancro primario, presencia de nodulos satelites distribuidos irregularmente en antebrazo y brazo como resultado de una extensión linfática



Figura 3. Vision cercana, ulcera con descamación de regiones perifericas

El diagnóstico clínico de ingreso fue esporotricosis linfangítica dada a las características clínicas de las lesiones y el antecedente de trauma con objeto punzante, para confirmar dicho diagnostico se solicitó al laboratorio de microbiología un examen micológico directo y cultivo. El reporte al examen directo fue presencia de escasas levaduras en gemación con implantación angosta. Se realizo un cultivo de las muestras obtenidas de las lesiones por hisopado y aspirado de secreción sembradas en el medio de Sabouraud con antibióticos, a 25 °C, se obtienen colonias características entre el 3er y 6to día, que tomaron un color oscuro el 10mo día y un tono casi negro después de los 30 días (Fig. 6). Al examen microscopio de estas colonias se observan hifas y conidias típicas de *Sporothrix schenckii*, con lo que se confirmó el diagnostico de esporotricosis linfangítica (Fig. 7, 8).



Figura 6. Crecimiento de colonias con medio de cultivo observadas entre los 10a 15días



Figura 7. Extendido de material cultivado en una lamina de portaobjeto para el estudio microscopico del hongo

Se realizó un frotis de los bordes de la úlcera par descartar leishnania, el reporte de laboratorio confirmó ausencia de amastigostes de leishmania.

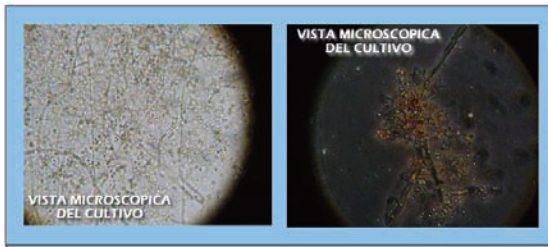


Figura 8. Vista Microscopica del cultivo, se observan en las colonias hifas, y conidias típicas de *Sporothrix schenckii*

El tratamiento elegido para el manejo en el presente caso clínico, fue la solución de yoduro de potasio, iniciando con 5 gotas tres veces al día durante 3 días, e incrementando sucesivamente hasta llegar a 20 gotas.

Inició con la primera dosis con 5 gotas 3 veces al día, aumentando una gota cada cuarto día hasta llegar a una dosis de 20 gotas 3 veces al día. Todo el manejo fue ambulatorio, sin restricciones en la dieta, excepto en el consumo de bebidas alcohólicas durante el tratamiento y después del tratamiento. Un primer control fue realizado al concluir el tratamiento y otro a los 22 días posteriores. Durante el tratamiento no se presentaron reacciones adversas, sin embargo por motivos personales el paciente decidió suspender durante 15 días la medicación para continuar posteriormente de acuerdo a lo prescrito en la ficha del esquema de tratamiento. Con el propósito de facilitar el cumplimiento de las indicaciones médicas, para efectuar un mejor control y autocontrol de la medicación, al paciente se le entregó una copia de la ficha de esquema de tratamiento, la misma que fue utilizada como indicación para la preparación de la solución en el laboratorio. Durante el último control se observó la presencia de una cicatriz hipercrómica en la úlcera primaria y desaparición completa de las formaciones nodulares a la palpación del miembro afectado.

## COMENTARIO

La esporotricosis es una enfermedad ocupacional de amplia distribución geográfica, afecta principalmente a granjeros, horticultores, cultivadores de rosas y trabajadores de viveros, usualmente compromete piel, vasos sanguíneos y linfáticos; sin embargo en forma inusual afecta otros órganos como pulmón, huesos y meninges.

El diagnóstico diferencial se lo debe hacer con infecciones virales, bacterianas, parasitarias, otras micosis, reacciones adversas a medicamentos y las vasculitis. En Bolivia la esporotricosis linfocutánea debe diferenciarse con algunas le-

siones cutáneas producidas por leishmaniasis, si existe el antecedente epidemiológico; también se debe tomar en cuenta los casos de tuberculosis cutánea, micobacteriosis no tuberculosa, herpes simple, linfangitis estafilocócica, forunculosis, infecciones por histoplasmosis, paracoccidiodomicosis o criptococosis.

Como se pudo evidenciar en este caso la demora en el diagnóstico tratamiento trajo consigo implicaciones importantes en la salud del paciente. Siendo de suma importancia resaltar en este artículo los aspectos clínicos, diagnósticos y terapéuticos de esta enfermedad con el fin de facilitar el diagnóstico precoz. La esporotricosis afecta cinco continentes, constituyendo la micosis subcutánea más difundida en todo el mundo, es frecuente en zonas específicas como África, Australia, Francia, Japón, China, La India, pero el mayor número de casos se presenta en América<sup>1</sup>.

En Bolivia se reportan casos anualmente en una relación varón - mujer de 1:1. Esta enfermedad se adquiere también a partir de animales vectores indirectos, principalmente roedores, ratones, ratas, ardillas; también se han reportado casos originados por picaduras de insectos, mordeduras de reptiles y gatos.

Se debe sospechar de Esporotricosis Linfocutánea cuando en el sitio de inoculación se desarrollan pápulas, pústulas o nódulos, los cuales se ulceran convirtiéndose en gomas; en esta fase de la enfermedad las lesiones pueden ser confundidas con forúnculos o abscesos. Un dato importante es la extensión de la infección del sitio de inoculación a los vasos sanguíneos linfáticos de drenaje primario, conformando nódulos lineales en rosario, que posteriormente se necrosan y se transforman en gomas, drenando un material purulento; posteriormente las lesiones se cubren de costras, vegetaciones o persisten como nódulos.

Ocasionalmente las ulceraciones por esporotricosis se resuelven espontáneamente hasta su cicatrización. En el presente caso la elección del yoduro de potasio para el tratamiento, mostró efectividad por la pronta desaparición de las lesiones, buena tolerancia y costo accesible. Con el tratamiento oportuno, se evitó que la enfermedad evolucionara, que los canales linfáticos que interconectan los nódulos se hagan fibrosos configurando un "cordón" subcutáneo, que los ganglios linfáticos regionales se hipertrofian, necrosan y drenan material purulento. Si el paciente es inmunocompetente, no se observa compromiso del estado general y la infección permanece confinada a piel,

el tejido subcutáneo y linfático.

El tratamiento clásico de la esporotricosis es desde 1903 el yoduro potásico. Posteriormente se introdujo el tratamiento con imidazoles, se ha descrito el tratamiento con ketoconazol a dosis de 400 mg/día con resultados variables, el *Sporothrix schenckii* es relativamente resistente a ese fármaco por lo tanto solo debería usarse cuando se confirme su eficacia mediante tests de sensibilidad<sup>1</sup>, son alternativas eficaces el itraconazol (200 mg/día), fluconazol (100-400 mg/día) y terbinafina (250 mg dos veces al día)<sup>1</sup>. Debido a su alta toxicidad la anfotericina B se utiliza solo en las formas sistémicas.

En Bolivia el yoduro de potasio sigue siendo el tratamiento de elección para la forma de esporotricosis linfangítica, reservando el tratamiento con otros agentes (itraconazol, fluconazol y terbinafina) en caso de una pobre respuesta o contraindicación del mismo.

La termoterapia ha demostrado buena eficiencia en la esporotricosis cutánea, pero como coadyuvante a la terapia clásica. Se utilizan aplicaciones locales de 1-2 horas de duración a 44-45° C, una vez al día, de cinco a catorce semanas.

En conclusión, a pesar de que la frecuencia con la que se presentan casos de esporotricosis en nuestro país no es muy elevada, debemos estar conscientes de que si existe y debe pensarse en esta posibilidad frente a cuadros clínicos sugerentes.

Un tratamiento adecuado sumado a un diagnóstico precoz y oportuno nos llevará a una resolución rápida y total de la enfermedad, evitando complicaciones y las repercusiones de estas en la salud del paciente. Como observamos en el caso presentado donde se realizaron diagnósticos equivocados con tratamientos innecesarios sin llegar a la resolución del cuadro.

## BIBLIOGRAFÍA

1. M. Padilla. A. Lopeztello. En: Esporotricosis linfangítica. Presentación de un caso Rev Cent Dermatol Pascua. Vol. 11, Núm. 3 • Sep-Dic 2002
2. B. Millán. En: Recursos en micología. Esporotricosis. Depto. de Microbiología y Parasitología Facultad de Medicina, UNAM. Tuesday, 01 de June, 2010. D:\med trop\esporo\MICOLOGIA TEMAS.mht
3. R. Arenas. En: Esporotricosis. Micología medica ilustrada. Ed: McGraw-Hill interamericana. Tercera edición. Mexico D. F.; 2008, pag. 149 – 160.
4. Ayats J. *Sporothrix schenckii*. Servicio de Microbiología. Ciudad Sanitaria y Universitaria de Bellvitge. Hospital de Llobregat (Barcelona). [http://www.seimc.org/control/revi\\_mico/esporo.htm](http://www.seimc.org/control/revi_mico/esporo.htm)
5. López J. Rebolledo M. Esporotricosis linfocutánea en paciente pediá-

trico. Rev Asoc Colomb Dermatol. 2009;17:180-82. <http://www.revista-socolderma.com/numeros/septiembre09/pdfs/reporte%20de%20caso%20-%20esporotricosis%20linfocutanea.pdf>

6. Malgor L. Valsecia M. Agentes antimicóticos sistémicos. Ediciones DONATO/FARM. Segunda Edición 1995. Volumen 3.

[http://med.unne.edu.ar/catedras/farmacologia/temas\\_farma/indice\\_v3.htm](http://med.unne.edu.ar/catedras/farmacologia/temas_farma/indice_v3.htm)

7. Dugdale D. Vyas J. Zieve D. Esporotriosis. MedlinePlus biblioteca nacional de medicina de EEUU.

<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001338.htm>

8. Kauffman CA. Sporotrichosis. In: Goldman L, Ausiello D, eds. Cecil Medicine. 23rd ed. Philadelphia, Pa: Saunders Elsevier; 2007: chap. 358.

<http://www.medcohealth.com/medco/consumer/ehealth/ehsarticle.jsp?ltsess=y&articleID=001338adam&topicID>

9. GARCIA, Roy, FIGUEROA, Yuri y UGARTE, Gloria. El caso más temprano de esporotricosis pediátrica en el Perú. Folia Dermatol. [online].

mayo/ago. 2004, vol.15, no.2 [citado 10 Octubre 2010], p.105-107. Disponible en la World Wide Web:

<[http://revistas.concytec.gob.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-17332004000200006&lng=es&nrm=iso](http://revistas.concytec.gob.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-17332004000200006&lng=es&nrm=iso)>. ISSN 1029-1733.

10. Wikipedia la enciclopedia libre. Esporotricosis. En: Enfermedades Micticas. <http://es.wikipedia.org/wiki/Esporotricosis>

11. Arenas R. Esporotricosis. Una micosis cosmopolita. En: Masdermatol. 2010;10: 22 – 25. <http://www.masdermatologia.com/PDF/0059.pdf>

12. Aldama A. Correa J.Rivelli V. Aparicio R.Mendoza G. Esporotricosis en niños - Comunicación de tres casos con localización facial.volumen 27 – numero 2 (julio – diciembre 2000) [http://www.pediatria.spp.org.py/revistas/ed\\_2000/esporo\\_julio\\_dic\\_2000.htm](http://www.pediatria.spp.org.py/revistas/ed_2000/esporo_julio_dic_2000.htm)

13. Francesconi G. Valle AC. Passos S. Reis R. Galhardo MC. Terbinafina. Un tratamiento efectivo y seguro de la esporotricosis cutánea. 07 – junio – 10. JEADV 2009, 23, 1273–1276. <http://www.intramed.net/contenido-ver.asp?contenidoID=62966>

14. Miranda H. Características clínicas e incidencia de la esporotricosis palpebral: comunicación de 16 casos nuevos. dermatol. Peru 2006; 17 (1): 9-

15 [http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/fofia/vol17\\_n1/pdf/a02.pdf](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/fofia/vol17_n1/pdf/a02.pdf)