

# 5

## EL CASO DE INFECCIOSAS ESPOROTRICOSIS

### Presentaciones clínicas infrecuentes

Clara Inés Jaramillo<sup>1</sup>

Ángela Inés Zuluaga<sup>2</sup>

Myrtha Arango Ph. D.<sup>3</sup>

Ángela Restrepo Ph. D.<sup>3</sup>

## RESUMEN

---

---

Se presentan dos casos de esporotricosis atípica caracterizados por lesiones duales de la piel, las membranas mucosas y los genitales externos. El diagnóstico fue comprobado por aislamiento de *S. schenckii* a partir de todas las lesiones; en ambos pacientes, el tratamiento antimicótico resultó en la recuperación clínica y en la negatividad de los cultivos. Estos casos ilustran la capacidad del hongo para causar lesiones en sitios insospechados, confirmando así la gama de manifestaciones clínicas de la esporotricosis.

**Palabras clave:** Esporotricosis, lesiones bilaterales, afección mucosa.

-----  
1. Médica Dermatóloga. Docente Facultad de Medicina Universidad Pontificia Bolivariana.

2. Médica Dermatóloga. Instituto de Ciencias de la Salud CES

3. Corporación para Investigaciones Biológicas (CIB)

Separatas: Clara Inés Jaramillo. Carrera 29D # 7A-125. Medellín. E-mail: cjaramillo@epm.net.co

# ABSTRACT

---

Two cases of atypical sporotrichosis characterized by dual lesions of the skin, the mucous membranes and/or the external genitalia, are presented. The diagnosis was confirmed by isolation of *S. schenckii* from all lesions; antimycotic treatment resulted in clinical and mycologic recovery of both patients. These cases illustrate the capacity of the fungus to cause lesions in unexpected sites thus confirming the gamut of clinical manifestations known to occur in sporotrichosis.

**Key words:** Sporotrichosis, bilateral lesions, mucous affection.

## INTRODUCCIÓN

La esporotricosis es una infección micótica producida por el hongo dimórfico *Sporothrix schenckii*, que se observa frecuentemente en zonas tropicales y sub-tropicales. Afecta la piel, el tejido celular subcutáneo y el trayecto linfático adyacente y en raros casos, puede también comprometer los órganos profundos y las mucosas (1,2). En la mayoría de los casos, la infección cutánea se adquiere por trauma con material vegetal aunque se han informado otras formas de transmisión tales como mordeduras, picaduras o inclusive, en las formas sistémicas, por inhalación de las conidias del hongo (3-5).

La esporotricosis suele presentarse en dos formas, la fija y la linfocutánea. En ambas, la lesión primaria es única y aunque puede extenderse ya sea por contigüidad al tejido circunvecino o por compromiso de los linfáticos aledaños, la afección ocurre en un solo lugar (1,2). En pocos casos ocurren también lesiones en las mucosas, las que generalmente, se encuentran asociadas a lesiones de la piel (4). La enfermedad se presenta en todas las edades y géneros y está asociada con oficios o actividades que implican contacto con material vegetal contaminado con el hongo (6,7).

Se presentan a continuación dos casos caracterizados por presentaciones bizarras, que dificultaron el establecimiento del diagnóstico específico.

### PRESENTACION DE LOS CASOS

#### Caso # 1.

Paciente de 22 años, de sexo masculino, minero y residente en zona rural del no-

roeste del departamento de Antioquia, quién consulta por presentar lesiones costrosas de 5 meses de evolución, localizadas inicialmente en la nariz y poco después, en el codo derecho; esta patología ha sido progresiva y preocupan al paciente porque, además, sangran y supuran.

El examen físico revela la presencia de una ulceración en la pared derecha del septo nasal, recubierta por costras serohemáticas, sin perforación ni presencia de adenopatías (Fig. 1). El codo derecho presenta placa eritemato-violácea de 2X2 cms., recubierta de costras.



Figura 1:

Con la sospecha clínica de esporotricosis en la lesión del miembro superior y sin definir la nasal, el paciente es referido al laboratorio, donde se aplica intradermorreacción con esporotriquina y se procede a la toma de muestras de ambos sitios para exámenes micológicos, directos y cultivos.

La esporotriquina da reactiva con 25 mm de induración y, si bien los exámenes directos no revelan la presencia de hongos, los cultivos permiten el aislamiento de *S. schenckii* a partir de ambas lesiones.

Se instaura tratamiento con itraconazol, 100 mg/día durante 3 meses, con resolución completa, clínica y micológica.

## Caso # 2.

Paciente de 7 años, sexo masculino, residente en Medellín, quien es llevado a consulta porque 3 semanas atrás, después de una caída mientras jugaba fútbol, le habían aparecido placas rojizas y costrosas, inicialmente en el codo izquierdo y días después, en el brazo y muslo correspondientes.

Al examen clínico se comprobó la presencia de lesiones eritemato-escamosas en los sitios referidos, así como en escroto y pene, región en donde se observaba, además, la presencia de nódulos y pápulas eritematosas firmes que se extendían hasta el epidídimo (Fig.2, 3 y 4).



Figura 2:



Figura 3:



Figura 4:

Con el diagnóstico de una dermatomicosis o de esporotricosis, se procede a la realización de exámenes directos (KOH) y de cultivos para hongos. Igualmente, se aplica prueba cutánea con esporotriquina, la cual da una induración de 10 mm. Las observaciones microscópicas son negativas, pero posteriormente, los cultivos permiten el aislamiento de *S. schenckii* a partir de las varias lesiones, incluyendo, aquellas de escroto y pene.

Se instauró tratamiento con yoduro de potasio por 3 meses, con resolución completa de todas las lesiones.

## COMENTARIOS

La esporotricosis reviste aspectos muy variados y a veces, clínicamente inesperados; sin embargo, ellos permiten su clasificación en dos formas clínicas predominantes, la fija y la linfocutánea (1,2). En la primera, se presenta más frecuentemente una lesión nodular, de aspecto eritematoso y consistencia firme que se ulcera espontáneamente. También se observan lesiones verrucoides, psoriasiformes, rosaceiforme o con aspecto de leishmaniosis. Su curso es subagudo o crónico y generalmente, la le-

sión es única, sin compromiso linfático secundario (8-12).

La forma linfocutánea se localiza de preferencia en las extremidades especialmente superiores, pero en los niños, suele localizarse en la cara. La lesión primaria es también un nódulo eritematoso firme, localizado en el sitio del trauma pero que se acompaña, posteriormente, de lesiones a lo largo de los trayectos linfáticos aledaños. Usualmente, sólo un miembro se encuentra afectado (1,3).

Existen otras dos formas mucho menos frecuentes, la diseminada y la mucocutánea, observada la primera casi siempre en pacientes inmunosuprimidos, con tuberculosis, diabetes o que son alcohólicos. La afección de las mucosas es excepcional y generalmente se acompaña de lesiones de piel (14-16).

En efecto, la aparición de una lesión en la mucosa nasal, así estuviese acompañada de afección cutánea simultánea, es infrecuente y la literatura revela sólo 10 casos con este tipo de patología ulcerativa de mucosas (4). Por otra parte, existe una descripción de lesión nasal obstructiva causada por *S. schenckii*, lo que indica que el polimorfismo de la esporotricosis es más grande de lo inicialmente esperado (4,6).

La ruta de infección en el paciente con lesión mucosa, es difícil de explicar puesto que no puede invocarse la trasmisión del hongo a la mucosa por rascado de la lesión cutánea ya que la segunda afección ocurrió primero. Pudiera tratarse de trauma directo con partículas vegetales infectadas implantadas durante el trabajo de minería.

En cuanto al niño con lesiones múltiples, incluyendo las de los genitales externos, es bastante probable que en el momento del accidente, ocurriera inoculación traumática simultánea con elementos vegetales contaminados, presentes en el suelo. Es posible que el paciente no hubiese usado ropa interior adecuada y que por ello, sus genitales hubieran sido afectados directamente por el roce con el material contaminado. No se han encontrado informes sobre afección genital en la esporotricosis, por lo cual no pueden establecerse comparaciones con los datos propios.

En resumen, se presentan dos casos de esporotricosis con manifestaciones clínicas infrecuentes, los que indican la necesidad de considerar esta micosis en el diagnóstico diferencial de otras entidades peculiares del trópico. ■

## REFERENCIAS

1. Rippon JW. Sporotrichosis. In: Rippon JW, ed.. Medical, W.B. Saunders, 1988; pp 325-352. Mycology: The pathogenic fungi and the pathogenic actinomycetes. 3rd. ed. Philadelphia.
2. Kwon-Chung KJ, Bennett JE. Sporotrichosis. In: Kwon-Chung KJ, Bennett JE. eds. Medical Mycology. Philadelphia. Lea & Febiger, 1992; 707-729.
3. Dunstan RW, Langham RE, Reinmann KA, et al. Feline sporotrichosis. J Am Acad Dermatol 1986; 15: 37-45.
4. Lurie HI. Sporotrichosis. In: The Pathologic Anatomy of Mycoses "Human Infection with Fungi Actinomycetes and Algae". Berker RD ed. Berlin, Springer-Verlag, 1971; pp 614-675.

5. Frean JA, Isaacson M, Miller GB, Mistry BD, et al. Sporotrichosis following a rodent bite: A case report. *Mycopathologia* 1991; 116: 5-8.
6. Clay BM, Anand VK. Sporotrichosis: Nasal obstruction in an infant. *Am J Otolaryngol* 1996; 17: 75-77.
7. Viera-Díaz D, Sena CM, Orefice F, et al. Ocular and concomitant cutaneous sporotrichosis. *Mycoses* 1997; 40: 197-201.
8. Bickley LK, Berman IJ, Hood AF. Fixed cutaneous sporotrichosis: Unusual histopathology following intralesional corticosteroid administration. *J Am Acad Dermatol* 1985: 1007-1012.
9. Uribe F, Franco L, Gómez I, et al. Esporotricosis. Bases clínicas de su polimorfismo. *Rev Soc Col Dermatol* 1993; 6: 252-258.
10. Day TW, Gibson GH, Guin JD. Rosacea-like sporotrichosis. *Cutis* 1984; 33: 549-552.
11. Spiers EM, Hendrick SJ, Jorizzo JL, et al. Sporotrichosis masquerading as pyoderma gangrenosum. *Arch Dermatol* 1986; 122: 691-694.
12. Boehm D, Lynch JM, Hodges GR et al. Case report. Disseminated sporotrichosis presenting as sarcoidosis: electron microscopic and immunologic studies. *Am J Med Sci* 1982; 283: 71-78.
13. Urabe H, Honbo S. Sporotrichosis. *Int J Dermatol* 1986; 25: 255-257.
14. Schamroth JM, Grieve TP, Kellen P. Disseminated sporotrichosis. *Int J Dermatol* 1988; 27: 28-30.
15. Heller HM, Fuhrer J. Disseminated sporotrichosis in patients with AIDS: Case report and review of the literature. *AIDS* 1991; 5: 1243-1246.
16. Addy JH. Disseminated cutaneous sporotrichosis associated with anergic immunosuppression due to miliary tuberculosis. *West Afr J Med* 1992; 11: 16-20.
17. Velásquez JP, Restrepo A, Calle G. Experiencia de 12 años con la esporotricosis. Polimorfismo clínico de la entidad. *Ant. Med.* 1976; 26: 153-169.