

## ESPOROTRICOSIS: PRESENTACIÓN INUSUAL.

Alba G. Quiñones<sup>1</sup>, Alessandra B. Alió S,<sup>2</sup>  
Nacarid Aranzazu<sup>3</sup>, Olga Zerpa<sup>4</sup>,  
Elsy Cavallera<sup>5</sup>, Oscar Reyes F,<sup>6</sup>  
Jaime Piquero<sup>7</sup>, Héctor Vielma<sup>7</sup>.

Alba G. Quiñones, Alessandra B. Alió S, Nacarid Aranzazu, Olga Zerpa, Elsy Cavallera, Oscar Reyes F, Jaime Piquero, Héctor Vielma.  
**Esporotricosis: Presentación inusual.** Derm Venez 1998; 36: 101-104

### RESUMEN

Describimos el caso de una paciente femenina de 78 años de edad, natural del Estado Portuguesa y procedente del Estado Miranda, quien fue hospitalizada por presentar úlcera localizada en antebrazo y brazo derecho de 2 1/2: años de evolución. Los estudios inmunológicos y micológicos fueron compatibles para *Sporothrix schenckii*. Recibió tratamiento oral con yoduros, calor local y fisioterapia. Evolucionó satisfactoriamente, pero fue inevitable la anquilosis del codo.

**Palabras Claves:** Esporotricosis, Anquilosis.

### ABSTRACT

We are presenting a 78 year old female admitted at the Department of Dermatology of our hospital with a 2 1/2 years history of an ulcerate hyperthrophic granulomatous lesion on the right elbow. Mycology and Immunology studies report *Sporothrix schenckii*. Satisfactory response to oral saturated solution of potassium iodide, local hyperthermic treatment and physiotherapy. Ankylosis of the right elbow was inevitable.

**Key Words:** Sporothricosis, Ankylosis.

### INTRODUCCIÓN

La Esporotricosis fue descrita por primera vez en 1898 por Benjamín Schenck<sup>1</sup> para caracterizar una micosis profunda granulomatosa del hombre y algunos mamíferos, causada por el hongo dimorto *Sporothrix schenckii*, parásito facultativo<sup>2</sup>; que vive en el ambiente y en ani-males infectados<sup>3</sup>, de las zonas tropicales y subtropicales y en los cultivos a temperaturas inferiores a 37°C<sup>2</sup>. Su vía de pene-

tración es cutánea por traumatismo con espinas, clavos, alambres, mordedura de animal<sup>4</sup> siendo las extremidades superiores, inferiores, nariz y cara las zonas más frecuentemente descritas<sup>5</sup>. Afecta al sexo masculino en un 75-95%, probablemente por estar éste sexo ligado a actividades como agricultura y jardinería<sup>6</sup>. Existen factores en el huésped que lo hacen vulnerables tales como: Malnutrición, Alcoholismo, Tuberculosis, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, Diabetes Mellitus, Síndromes Mieloproliferativos, Sarcoidosis, tratamientos inmunosupresores y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida<sup>1,5,7,8,9</sup>. Si bien esta afección es en un 90% cutánea, se han presentado formas clínicas extracutáneas o diseminadas<sup>5</sup>, presentándose lesiones con mayor frecuencia en las articulaciones, pulmones, tracto genitourinario, sistema nervioso central y ojo<sup>5,10,11,12</sup>

El cuadro clínico clásico es de presentación multiforme, con una lesión inicial

cutánea tipo pápula eritematosa que evolucionan a nódulos los cuales se abscedan y cicatrizan espontáneamente. Pueden seguir un trayecto linfático hacia la zona de drenaje denominada forma Linfangítica la cual está presente en el 45% de los casos<sup>2,6,8</sup>. El diagnóstico se realiza por examen directo, cultivo y estudio histopatológico e inmunológico. Reportamos un caso clínico de Esporotricosis cutánea con forma clínica fija, de presentación inusual cuyo diagnóstico se definió por el cultivo. Se revisa la Literatura y se hacen consideraciones terapéuticas.

### CASO CLINICO

Paciente femenina de 78 años de edad, natural del Estado Portuguesa y pro-cedente del Estado Miranda quien ingresó el 2.6.98 al Servicio de Dermatología y Medicina Interna del Instituto Médico "Dr. José Gregorio Hernández", IVSS. Refirió inicio de su enfermedad actual hace 2 1/2

- 1 Médico Residente del 2do. Año. Postgrado en Dermatología. Instituto de Biomedicina.
- 2 Médico Residente del 1er. Año. Postgrado en Dermatología. Instituto de Biomedicina.
- 3 Médico Dermatólogo. Jefe del Servicio Central de Dermatología Sanitaria. Instituto de Biomedicina.
- 4 Médico Dermatólogo. Adjunto de Dermatología Sanitaria. Instituto de Biomedicina.
- 5 Médico Dermatólogo. Adjunto. Departamento de Micología. Instituto de Biomedicina.
- 6 Médico Dermatólogo-Dermopatólogo. Instituto de Biomedicina.
- 7 Médico Adjunto del Servicio de Dermatología, Instituto de Biomedicina.

años, cuando comienza a presentar en cara postero externa del 1/3 proximal del antebrazo derecho, pápula de aproximadamente 1 cm de diámetro, postraumática que luego se ulcera, aumentando en extensión, ocupando cara anterior de codo y 1/3 distal del brazo derecho concomitantemente dolor y limitación funcional.

**Antecedentes Personales:** 1. Hipertensión Arterial Crónica. 2. Cardiopatía Isquémica Crónica complicado con arritmias ventriculares, 1995. 3. Accidente Cerebro Vascular Isquémico con secuelas en Miembro Superior Derecho, 1996. 4. Extirpación de Nódulo Tiroideo derecho hiperfuncionante, 1970.

**Examen Dermatológico:** 1. Ulcera de 13x25 cm de diámetro, borde definido e irregular, parcialmente necrótico, fondo granulomatoso friable con secreción purulenta y localizada en cara posterior y anterior externa del 1/3 proximal de antebrazo derecho, codo y 1/3 distal del brazo derecho ( Fig. 1). 2 Pápula de 8 mm de diámetro, pigmentada y ulcerada en su centro, localizada en el dorso de la nariz.

**Examen Neurológico:** Miembro Superior Derecho: FM: I/IV, TM: II/IV, ROT: I/IV.

Sensibilidad Conservada. Hipotrofia muscular. Mano derecha caída.

**Examen Articular:** Codo derecho con limitación de la movilidad activa para la extensión 100°.

**Diagnóstico de Ingreso:**

- Carcinoma Espinocelular vs. Granuloma por agente vivo

sobreinfectada en Miembro Superior Derecho.

- Carcinoma Basocelular Pigmentado en dorso nasal.

**EXAMENES COMPLEMENTARIOS:**

- **Pruebas intradérmicas:** Esporotriquina: 15 mm PPD: 20 mm
- **Cultivo Micológico:** positivo para Sporothrix schenckii.



Figura 1. Ulcera en codo derecho, pre tratamiento.

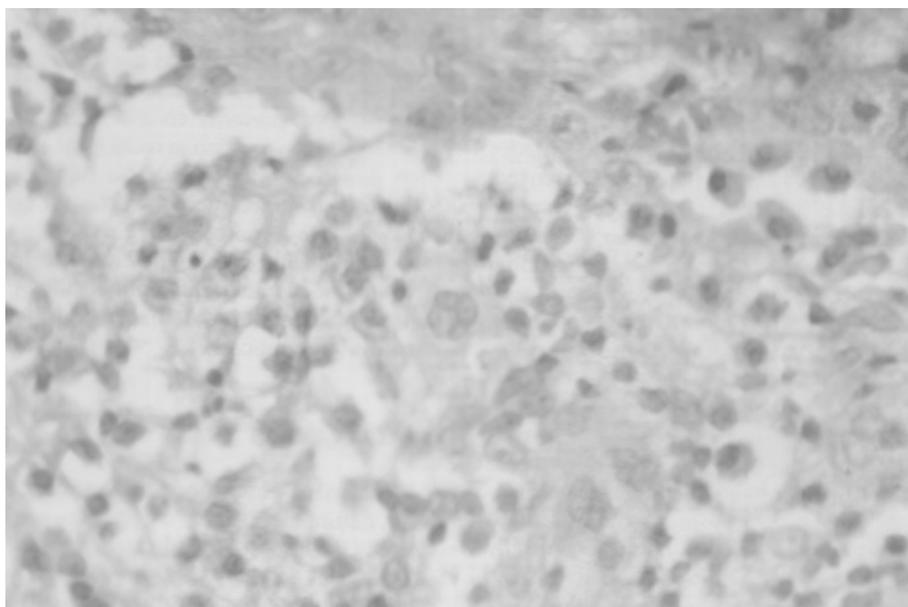


Figura 2. Corte histológico - coloración con hematoxilina Eosina - visualización del cuerpo asteroide.

- **Estudio Histopatológico:** Epidermis irregularmente acantótica con áreas erosionadas. Dermis edematosa con granuloma macrofágico indiferenciado y con discreto a moderado grado diferenciación epitelioides, invadida con células linfocíticas y células plasmáticas. Focos de hemorragia reciente. Presencia de variable cantidad de polimorfonucleares, que tienden a formar microabscesos observándose en el interior de uno de ellos estructura radiada que reconocemos como cuerpo asteroide. Se diagnostica: Esporotricosis ( Fig. 2). En la región nasal se realizó escisión total y biopsia la cual reportó Carcinoma Basocelular.
- **Exámenes de Laboratorio:** Normal, incluyendo perfil Tiroideo.
- **Radiología:** codo y mano derechas: osteopenia difusa. Sin deformidad ósea ni articular.

## DISCUSIÓN

El diagnóstico de Esporotricosis representa una labor de sospecha clínica<sup>2,6,8</sup> y puede confundirse con otras lesiones granulomatosas crónicas ulcerativas supurativas como: Leishmaniasis, Cromomicosis, Tuberculosis verrugosa, Linfangitis piógena, Piodermatitis vegetante, Pioderma gangrenoso, Carcinoma espinocelular, Sífilis, Tularemia<sup>1,2,7,9,12,13</sup>. Se hace necesario sospechar cualquiera de sus formas clínicas para realizar una búsqueda minuciosa del hongo. Si bien es más frecuente verlo en el hombre, actualmente se considera no encontrar asociación con el grupo etéreo ni con el sexo<sup>6</sup>.

En nuestra paciente encontramos como factores asociados: desnutrición proteica calórica. La limitación funcional del miembro superior derecho es una secuela del accidente cerebrovascular isquémico, y no como eventualmente se sospechó de una probable infiltración o diseminación del hongo a la articulación del codo y mano derechas, corroborado por la ausencia de artritis, sinovitis, derrame articular, miositis o deformidad articular<sup>8,12,14,15</sup>; así como estudios radiológicos óseos y articulares sin compromiso de los mismos, no correlacionables con lo descrito en la Literatura, como lo son: Osteoporosis en superficies óseas contiguas, erosiones subcondrales, disminución del espacio interarticular, edema parasinovial y de tejidos blandos<sup>12,16</sup>. No encontramos ninguna evidencia orientadora en los resultados de los exámenes de laboratorio, ya que éstos fueron normales<sup>4,5,16,17,18</sup>.

Los estudios inmunológicos como la intradermoreacción (esporotriquina) resultó fuertemente positivo, siendo de una sensibilidad del 97.3%<sup>6,12</sup>. El diagnóstico definitivo se realizó por la presencia de cuerpos asteroides en el estudio histopatológico confirmándose el diagnóstico de Esporotricosis Cutánea por el cultivo positivo para *Sporothrix schenckii*.

## TRATAMIENTO

Nuestra paciente recibió antibiotioterapia con Cefalotina y luego se inició tratamiento con Yoduro sódico-potásico a

razón de 5 gotas vía oral tres veces al día con las comidas, con aumento gradual en 5 gotas semanal hasta un total de 25 gotas, obteniendo respuesta satisfactoria a partir de la 5ª semana. Localmente se colocó compresas con agua caliente por 30 minutos dos veces al día. Si bien está descrito la alta efectividad de los yoduros en las formas clínicas cutánea, es conocido de los efectos indeseables e intolerancia a los yoduros así como a las compresas de calor<sup>7,18</sup>.

El itraconazol ha sido señalado por varios autores<sup>7,18,20,22</sup> como droga alternativa a dosis de 100 mg día por un promedio de 90-180 días, es variable de acuerdo a la respuesta clínica y el resultado de los cultivos, interrumpiéndose él mismo cuando el paciente esté curado y los cultivos sean negativos. Sin embargo, está reportado algunos casos de exacerbación de la lesión después de 120 días de tratamiento, pero de carácter transitorio<sup>18,23</sup>.

No ha sido exitoso el tratamiento: Fluconazol, Terbinafina, Griseofulvina, Stilbamidine y Ketokonazol<sup>18,20,21</sup>. Otro tratamiento que ha sido señalado, es la aplicación de calor mediante rayos infrarrojos<sup>7,18</sup> con frecuencia de 2 a 3 veces

por semana de 15 minutos de duración, logrando incrementar la temperatura en la zona de la piel de 42 a 43°C, con reducción en 2/3 partes en la duración del tratamiento con yoduros<sup>(18)</sup>. Algunos autores contraindican su uso en pacientes pediátricos y geriátricos al igual que en las lesiones ubicadas en la cara<sup>18,20</sup>. La fisioterapia, en nuestra paciente, junto con el tratamiento con yoduros, fue fundamental, ya que la lesión ocupaba la zona flexora del codo derecho, que limitó su movilidad por lo puentes fibrosos cicatrizales producidos en la piel durante el tiempo transcurrido de la enfermedad y su resolución generando anquilosis del mismo (Fig.3).

## AGRADECIMIENTO:

Dra. Rosaura Rincón, Médico Fisiatra y Omar González, Fisioterapeuta. Instituto Médico "Dr. José Gregorio Hernández", IVSS.

## DIRECCIÓN:

Para solicitud de separatas y envío de correspondencia: Dra. Alba G. Quiñones. Servicio de Dermatología. Instituto de Biomedicina. San José. Caracas 4043-A.

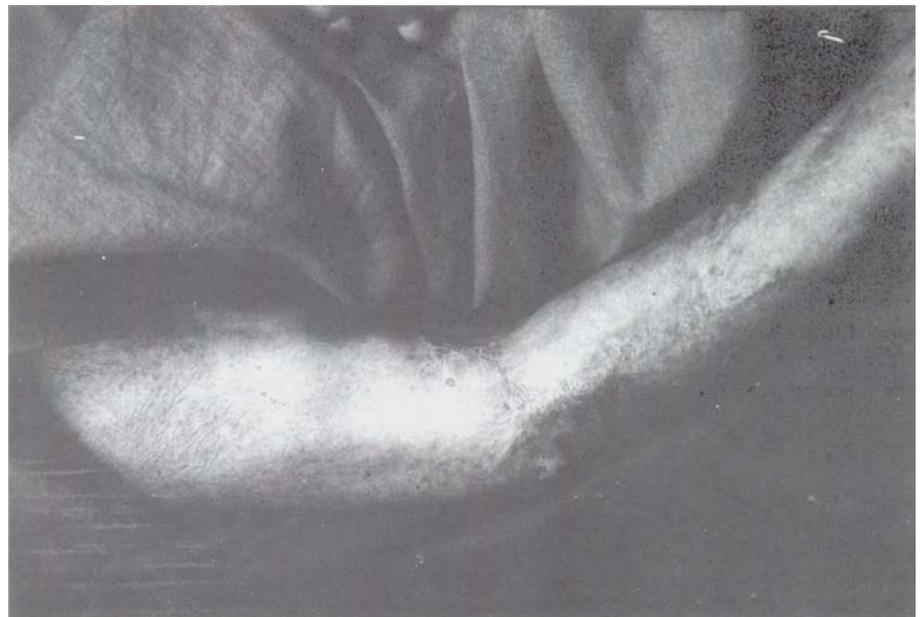


Figura 3. Resultado post tratamiento Anquilosis del codo.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

1. Alinovi A, Vecchini F, Bassissi P. Sporothricoid Mycobacterial infection. *Acta Derm Venereol* (Stockh) 1993; 73: 146-7.
2. Borelli D. Esporotricosis. *Dermatol Venez* 1964; 4:89-105.
3. Reed K, Moore F, Geiger G et al. Zoonotic trans-mission of sporothricosis. Case report and review. *Clin Infect Dis* 1993; 16(3):384-7.
4. Saravanakumar P, Eslami P, Zar F. Lymphocutaneous associated with a squirrel bite: Case report review. *Clin Infect Dis* 1996; 23(3):647-8.
5. Shadomy H, Utz J. Deep Fungal infections sporothricosis. In: Fitzpatrick Y, Austen K, editors. *Dermatology in General Medicine*. 4th edition. Massachusetts: Mc GrawHill, 1993; p.2492-94.
6. Kosinsky R, Axelrod P, Rex J et al. Sporothrix schenckii fungemia without disseminated sporothricosis. *J Clin Microbiol* 1992; 30(2):501-3.
7. Hiruma M, Kawada A, Noguchi H et al. Hyperthermic treatment of sporothricosis. Experimental use of infrared and far infrared rays. *Mycose* 1992; 35:293-99.
8. Rodríguez H. Esporotricosis. In: Godoy R, editor. *Dermatología Rondón Lugo*. Caracas, 1995; p.687-91.
9. Wan-Quing L, Yu-Lin Z, Jin Zhen S. Sporothricosis presenting as pyoderma gangrenosum. *Mycopathología* 1991; 116: 165-68.
10. Cartwright M, Promersberger M, Stevens G. Sporothrix schenckii endophthalmitis presenting as granulomatous uveitis. *Br J Ophthalmol* 1993; 77(1):61-2.
11. Padhye A, Kauffman L, Durry E et al. Fatal pulmonary sporothricosis caused by Sporothrix schenckii var. Luriae in India. *J Clin Microbiol* 1992; 30(9):2492-4.
12. Purvis R, Diven D, Drechsel R et al. Sporothricosis presenting as arthritis and subcutaneous nodules. *J Am Acad Dermatol* 1993; 28(5):879-884.
13. Kim H, Yun S, Ihm C. Cutaneous sporothricosis and distant autoinoculation. *J Dermatol* 1995; 22(1):72-3.
14. Carr M, Fielding J, Sibbald G et al. Sporothricosis of the hand, an urban experience. *J Hand Surg Am* 1995; 20(1):66-70.
15. González A. Skin lesions of lineal distribution in a 57 year old man. *Rev Clin Esp* 1994; 19(7): 573-44.
16. Carrada T. Update on Sporothricosis. *Aust Fam Physician* 1995; 24(6): 1070-74.
17. Davis B. Sporothricosis. *Dermatol Clin* 1996; 14(1):69-76.
18. Randhawa K, Budimulja U, Bazaz-Malik G et al. Recent developments in the diagnosis and treatment of subcutaneous mycoses. *J Med Vet Mycol* 1994; 32 Suppl 1:299-307.
19. Bastardo A, MC. Esporotricosis. In: Bastardo MC, editor. *Temas de Micología*. edición. Caracas: ELALX, 1996.p.103-128.
20. Dismukes W, Stamm A, Graybill J et al. Treatment of Systemic Mycoses with Ketokonazole. Emphasis on Toxicity and Clinical Response in 52 patients. *Ann Intern Med* 1983; 98: 13-20.
21. Kauffman C. Role of azoles in antifungal therapy. *Clin Infect Dis* 22 1996; Suppl 2: S 148- 53.
22. Restrepo A, Robledo J, Gómez Yet al. Itraconazole therapy in Lymphangitic and cutaneous sporothricosis. *Arch Dermatol* 1986; 122:413-417.
23. Mercurio M, Elewski B. Therapy of Sporothricosis. *Semin Dermatol* 1993; 12(4):285-9.