

ESPOROTRICOSIS: PRESENTACIÓN DE UN CASO DE DIFÍCIL DIAGNOSTICO

Dra. Ornella Rambotti de Alvarez*
 Dra. Paola Pasquali**
 Dra. Fanny Pérez de Arvelaez***
 Dra. Emigdia Páez****

Rambotti O, Pasquali P, Pérez F, Páez E: **Esporotrieosis: Presentación de un caso de difícil diagnóstico.** Dermatología Venezolana 30: 126-128, 1992.

RESUMEN

Se presenta un caso de esporotrieosis en una mujer de 60 años del Distrito Federal y cuya presentación fue

en forma de úlcera sobre una placa eritematoviolacea en miembro inferior.

SUMMARY

We present a case of Sporotrichosis on a 60 year old woman who presented it self as an ulcer over an eritematoviolceous plaque in her leg (fixed sporotrichosis).

Palabras Claves: Esporotricosis, Variedad fija.

INTRODUCCIÓN

La esporotrieosis es una micosis profunda granulomatosa subaguda o crónica, producida por la implantación accidental del microorganismo *Sporothrix Schenckii*, hongo deuteromiceto dimórfico con una fase tisular leva-duriforme a 37° C y una forma micelar a temperatura ambiente. La fase tisular es difícil de demostrar en el pus o raspado de la lesión, al examen directo o en cortes histopatoló-

gicos, aún con tinciones especiales para hongos. Afecta piel, linfáticos y raras veces articulaciones, pulmón y huesos.^{1,2}

El *Sporothrix Schenckii* es un hongo que crece saprofiticamente en el suelo y en la madera. La invasión primaria suele observarse como una enfermedad ocupacional en jardineros, floristas, agricultores e incluso mineros, cuya exposición ha sido a través de las maderas de las minas. También los animales pueden ser huéspedes, encontrándose en caballos.

En el hombre, la enfermedad afecta generalmente a personas adultas, de raza blanca y sexo masculino.

La presentación más frecuente

es la linfática. Posterior a la inoculación accidental y tras un período de incubación de días a pocas semanas se observa la primera lesión como una pápula eritematosa o ulceración localizada distalmente en algún miembro, principalmente en miembros superiores, que desaparece espontáneamente antes de la llegada de los síntomas ulteriores. Posteriormente, aparecen nódulos rojos, duros e indoloros a lo largo de los linfáticos que drenan el área en un sentido ascendente. Estos nódulos se reblandecen, se ulceran, con bordes irregulares e inflamados que dejan cicatriz.

Con menor frecuencia puede presentarse una variedad "fija", como una placa infiltrada o una úlcera vegetante, sin invasión de linfáticos

* Residente de Dermatología Sanitaria. Instituto de Biomedicina.

** Residente de Dermatología Hospital Universitario de Caracas.

*** Adjunto al Servicio de Dermatología Sanitaria. Instituto de Biomedicina.

**** Residente de Dermatología Hospital Militar "Dr. Carlos Arvelo".

que representa un problema diagnóstico, como es el caso clínico que vamos a presentar. Esta variedad refleja el grado de inmunidad del huésped y probablemente refleja las repetidas exposiciones al material antigénico en áreas de alta endemicidad.⁴

En casos aún más raros la enfermedad se disemina por el torrente circulatorio causando abscesos subcutáneos múltiples y en ocasiones invasión visceral.

Histopatológicamente, el hongo provoca una inflamación purulenta y una inflamación granulomatosa. La primera es inespecífica pudiendo observarse en otras micosis e inclusive en otras enfermedades de etiología bacteriana y se presenta con numerosos polimorfocitos distribuidos difusamente o en microabscesos. La segunda se caracteriza por cambios epiteliales variables, desde una acantosis simple hasta una hiperplasia pseudocarcinomatosa. Las células granulomatosas pueden migrar a la epidermis formando microabscesos y nódulos granulomatosos. La reacción granulomatosa está formada por células epiteloides que rodean los microabscesos y forman nódulos. Se evidencian cantidades variables de células linfoides y plasmáticas. A medida que la lesión tiene más tiempo presenta más fibroblastos. Las células tipo Langhans se encuentran en número variable y se presenta con células epiteloides.⁵

Como ayuda diagnóstica existe una prueba de alta confiabilidad que es la Esporotriquina. En esta prueba se inyecta a nivel subcutáneo un extracto de cultivo de *Sporothrix Schenckii*. En aquellos animales y humanos infectados se producirá una reacción cutánea retardada.

El examen directo de pus o raspado de la lesión no se realiza porque no aporta datos diagnósticos.

El cultivo es diagnóstico y consiste en la siembra de pus obtenido de los abscesos o del raspado de la lesión, en dextrosa agar de Sabourad, con o sin antibióticos. A temperatura ambiente, el hongo desarrolla

colonias húmedas de color crema que luego adoptan una coloración parduzca y finalmente negra, de aspecto coriáceo. Microscópicamente, se identifican hifas ramificadas, finas, tabicadas, con conidios a los lados o en forma de cúmulos (mar garitas) en el extremo de los tallos cortos. Los conidios pueden ser redondeados, ovalados o piriformes.

En raras ocasiones, el resultado del cultivo no es concluyente y es necesario inocular en animales, para identificar el hongo en forma definitiva.

El diagnóstico diferencial debe plantearse con enfermedades como: sarcoidosis, lepra tuberculoides, tuberculosis cutánea verrugosa, leishmaniasis, tularemia, nocardiosis, sífilis, infección por microbacterias atípicas, carcinoma espinocelular e histoplasmosis.

CASO CLINICO

Se trata de una paciente de 60 años de edad, natural de Campo Elías (Estado Trujillo), y procedente de los Paraparas de La Vega (Distrito Federal) de oficios del hogar. Refiere inicio de su enfermedad aproximadamente en Octubre de 1989, cuando notó a nivel de tobillo de pierna derecha la presencia de una lesión redondeada, elevada, roja, brillante, con halo violáceo de aproximadamente 1 cm de diámetro que drenó espontáneamente quedando una pequeña úlcera con secreción serosanguinolenta constante. Posteriormente, aparecieron lesiones similares alrededor de la inicial que al romperse fueron ampliando el diámetro original de la úlcera con ardor y dolor constante desde el inicio. Consultó varios facultativos recibiendo varios tratamientos sin mejoría.

Entre los antecedentes personales la paciente era conocida hipertensa desde 1985 y presentaba varices en ambos miembros inferiores con fleboextracción en 1987.

Acude a nuestra consulta donde al examen pudimos observar una paciente en buenas condiciones

generales, quejándose de mucho dolor a nivel de la úlcera que presentaba en miembro inferior derecho. A nivel de tercio distal de cara interna de pierna derecha, se evidenciaba una placa eritematoviolácea ulcerada, de aproximadamente 5,5 x 3 cm de diámetro, rezumante, fondo sucio, superficie verrugosa, bordes irregulares y áreas con costras serohemáticas con tres lesiones marginales de iguales características (Ver Foto N° 1).



Foto N° 1: Lesión ulcerosa en miembro inferior derecho.

Se plantearon los siguientes diagnósticos:

- 1.- Micosis profunda: Esporotricosis, Cromomicosis.
- 2.- Úlcera varicosa con carcinoma espinocelular sobregregado.
- 3.- Leishmaniasis.
- 4.- Tuberculosis cutánea verrugosa.

El plan de trabajo fue:

- 1.- Foto.
- 2.- Pruebas intradérmicas (PPD, Esporotriquina, Leishmanina).
- 3.- Frotis por aposición para Leishmania.
- 4.- Biopsia.

- 5.- Cultivo micológico y bacteriológico.
- 6.- Laboratorio general.
- 7.- Radiología de miembro inferior derecho y de tórax.

RESULTADOS

Las pruebas intradérmicas reportaron los siguientes resultados a las 48 horas: PPD 10 mm (solo eritema); Esporotriquina 11 mm (con eritema y nódulo firme); Leishmanina 14 mm (solo eritema).

El frotis por aposición negativo para Leishmania.

La biopsia fue sugestiva de granuloma por agente vivo.

El cultivo para micobacterias fue negativo. El primer cultivo micológico se contaminó. El segundo cultivo reportó crecimiento de *Sporothrix Schenckii*.

La rutina de laboratorio y las radiografías fueron normales.

La paciente fue tratada con yoduro de potasio a dosis convencionales observándose a partir de los 15 días franca mejoría (Ver Foto N° 2) y al mes cicatrización casi total de la úlcera (Ver Foto N° 3).

COMENTARIO

Se decide publicar el siguiente caso por ser una presentación poco frecuente de Esporotricosis.

Primero, se presenta en una mujer de 60 años, del Distrito Federal, de ocupación ama de casa.

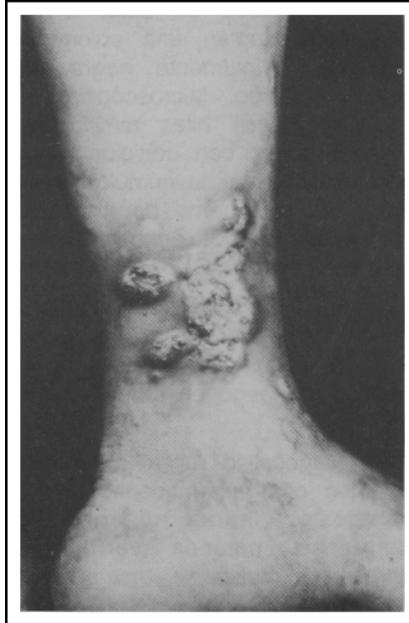


Foto N° 2: Lesión ulcerosa después de 15 días de tratamiento.

Segundo, la localización en esta paciente es en miembro inferior y no en miembro superior como es lo más común.

Tercero, la forma fija de la esporotricosis es menos frecuente que la forma linfática.

Cuarto, en esta paciente la lesión ulcerosa era exquisitamente dolorosa, y por lo general las lesiones en esporotricosis tienden a ser indoloras o poco dolorosas.



Foto N° 3: Lesión ulcerosa después de un mes de tratamiento.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Borelli D: Divulgaciones Micológicas - Esporotricosis. Dermatología Venezolana, Año VII.Volumen IV, 1-2 Dic. 1963 - Julio 1964.
- 2.- Zinsser M: Microbiología, Cap. LCCC. Ed. Hispanoamericana, 1967.
- 3.- Prieto JG: Dermatología, Cap. IX. Ed. Científico Médica, 1961.
- 4.- Moschella S, Hurley H: Dermatology, Cap. XIII. WB Saunders Company, 1985.
- 5.- Reyes FO: Enfermedades granulomatosas de la piel, su histopatología, Disinlimed, 1989.