

Esporotricosis linfocutánea secundaria a una mordedura de gato

Lymphocutaneous sporotrichosis secondary to cat bite

Alejo Bertera¹, María Verónica Rossi², Sandra García³, Gladis Tessadro⁴ e Italo Aloise⁵

RESUMEN

La esporotricosis es una micosis subcutánea granulomatosa subaguda o crónica producida por el hongo *Sporothrix schenckii*.

Presentamos el caso de una paciente con una úlcera en el pulpejo del pulgar izquierdo secundaria a una mordedura de gato, asociada a un síndrome linfangítico nodular y confirmación del agente etiológico en el cultivo de piel de uno de los nódulos.

La esporotricosis linfocutánea es la variante más frecuente, suele observarse en las personas expuestas al contacto con plantas y suelos contaminados y, en menor medida, por transmisión zoonótica.

Palabras clave: esporotricosis, síndrome linfangítico nodular, gato.

Dermatol. Argent. 2017, 23 (3):133-135

ABSTRACT

*Sporotrichosis is a chronic granulomatous mycotic infection caused by *Sporothrix schenckii*.*

We present the case of a patient with ulceration of the left thumb secondary to cat bite, associated with a nodular lymphangitic syndrome, and confirmation of the etiologic agent in growing skin of one of the nodes.

Lymphocutaneous sporotrichosis is the most common variant, it is usually seen in people exposed to contact with plants and soil. The zoonotic transmission is uncommon.

Key words: sporotrichosis, nodular lymphangitic syndrome, cat.

Dermatol. Argent. 2017, 23 (3):133-135

¹ Médico Residente

² Jefa de Residentes

³ Dermatopatóloga, Servicio de Anatomía Patológica

⁴ Médica de Planta

⁵ Jefe del Servicio

Servicio de Dermatología, Hospital de Trauma y Emergencia Dr. Federico Abete, Malvinas Argentinas, Prov. de Buenos Aires, Argentina

Contacto del autor: Alejo Bertera

E-mail: alejobertera@hotmail.com.ar

Fecha de trabajo recibido: 1/8/2016

Fecha de trabajo aceptado: 17/2/2017

Conflicto de interés: los autores declaran que no existe conflicto de interés.

CASO CLÍNICO

Una mujer de 61 años, sin antecedentes patológicos relevantes, consultó por una lesión de un mes de evolución en el pulgar izquierdo en tratamiento con cotrimoxazol, levofloxacina y fluconazol, indicado en otra institución. Según refirió la paciente, la herida se produjo luego de la mordedura de su gato, que murió. Este presentaba lesiones ulceronecroticas en las orejas y los miembros.

En el examen físico se observaba una úlcera en el pulpejo del pulgar izquierdo, con edema y eritema perilesional, acompañada de abscesos fríos y nódulos violáceos indurados que seguían un trayecto lineal en el dorso de la mano y la región posterior del antebrazo homolateral. No se palpaban adenomegalias y se encontraba asintomática (Fotos 1 y 2).



FOTO 1: Lesión inicial ulcerada e indolora (sitio de la mordedura).



FOTO 2: Nódulos indurados y abscesos fríos indoloros de trayecto lineal.

Se solicitaron análisis de sangre, que se encontraron dentro de los parámetros normales y se realizó una PPD, que fue negativa.

Se realizaron estudios de muestras de piel directo y cultivo para gérmenes comunes, micobacterias típicas, atípicas y hongos.

El estudio histopatológico evidenció granulomas de tipo epitelioides, con escasa corona linfocitaria periférica y presencia de células gigantes de tipo Langhans, sin necrosis central. Las tinciones de PAS, Ziehl-Neelsen y Giemsa no evidenciaron microorganismos (Foto 3).

En el examen micológico directo no se evidenciaron elementos micóticos y en el cultivo se aisló *Sporothrix schenckii*.

Se realizó tratamiento con itraconazol en dosis de 200 mg/día con controles de hepatograma durante 6 meses, tras lo cual las lesiones remitieron totalmente, sin recidivas después de 4 meses de seguimiento (Foto 4).

COMENTARIOS

La esporotricosis es una micosis subcutánea granulomatosa o sistémica, subaguda o crónica, causada por el hongo dimórfico *Sporothrix schenckii*, ampliamente distribuido en la naturaleza. La forma más frecuente de infección es la inoculación traumática del microorganismo durante las actividades al aire libre. Las formas pulmonares y diseminadas son raras y ocurren por inhalación de los conidios del hongo¹. También se relaciona con la transmisión zoonótica, en la cual los animales tienen una alta carga de microorganismos en las lesiones. Esta forma indirecta está dada por la mordedura o el rasguño de animales vectores (gato, armadillo, entre otros) que acarrear los conidios del hongo en los dientes y las uñas².

La esporotricosis cutánea se clasifica en linfática, fija y diseminada; y las extracutáneas, en pulmonar, visceral y osteoarticular, entre otras³.

En la forma cutánea linfática, aparecen una serie de nódulos indoloros a lo largo de los vasos linfáticos varias semanas después del desarrollo de la lesión

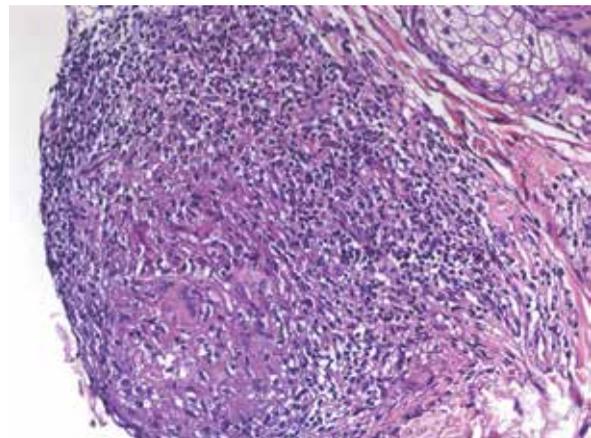


FOTO 3: Granuloma epitelioides con escasa corona linfocitaria (HyE, 100X).



FOTO 4: Máculas residuales y curación de la lesión en el pulpejo del pulgar.

inicial. Los nódulos pueden o no ulcerarse, o pueden presentarse como una celulitis⁴.

En los felinos, la enfermedad tiende a la diseminación sistémica, con afectación de los pulmones, el hígado, el bazo, los huesos y los ganglios, y es un factor determinante de la muerte⁵.

Schubach *et ál.* (2005) evaluaron 148 gatos con esporotricosis. El hongo se aisló en el 100% de las lesiones cutáneas, 47% de las cavidades nasales, 33% de la cavidad bucal y 15% de las uñas².

El diagnóstico se basa en la epidemiología, la clínica y la biopsia para cultivo y estudio anatomopatológico. La certeza se obtiene con el aislamiento del hongo en el cultivo^{1,6}.

Cuando la biopsia se toma de un nódulo, el infiltrado se dispone de una manera clásica: una zona periférica o sifloide constituida por plasmocitos, linfocitos, fibroblastos y acentuada neoformación vascular; una zona media o tuberculoide formada por células epiteloides y algunas células gigantes multinucleadas de tipo Langhans y de cuerpo extraño y, finalmente, una zona central o supurativa crónica, donde se hallan microabscesos de polimorfonucleares y cuerpos asteroides¹.

El itraconazol es el fármaco de elección contra las esporotricosis linfocutáneas y cutáneas fijas, a pesar del alto costo. Se indica en dosis de 200 mg/día hasta 2 a 4 semanas después de la resolución de las lesiones, como en el caso de la paciente analizada. El yoduro de potasio es el tratamiento más utilizado en los países en desarrollo porque es eficaz y de bajo costo, efectivo aun en los pacientes que no responden al itraconazol, pero ocasiona efectos adversos importantes. La terapia local se utiliza como adyuvante para acortar los tiempos de curación. Su indicación es especialmente útil en las embarazadas, en el período de lactancia o en los pacientes con intolerancia a los antifúngicos¹.

El interés del caso es dar a conocer a una paciente con esporotricosis linfocutánea con una forma de transmisión poco frecuente, pero en aumento.

BIBLIOGRAFÍA

- Mahajan VK. Sporotrichosis: An overview and therapeutic options [en línea]. *Dermatol Res Pract* 2014;2014:272376. doi:10.1155/2014/272376<http://dx.doi.org/10.1155/2014/272376>[Consultado el 4 de marzo de 2016].
- Schubach A, Schubach TM, Barros MB, Wanke B. Cat transmitted sporotrichosis. Rio de Janeiro, Brazil. *Emerg Infect Dis* 2005;11:1952-1954.
- Saúl A, Bonifaz A. Clasificación de la esporotricosis. Una propuesta con base en el comportamiento inmunológico. *Dermatología Rev Mex* 2011;55:200-208.
- Valle de los Ríos R, Ríos E, Lorenz AM. Intervención quirúrgica en un caso de esporotricosis linfocutánea. *Dermatol Argent* 2002;2:46-48.
- Marques SA, Franco SRVS, Camargo RMP, Dias LDF, *et ál.* Esporotricose do gato doméstico (*Felis catus*): transmissão humana. *Rev Inst Med Trop* 1993;35:327-330.
- Starck F, Saponaro AE, Marini MA, Casas J, *et ál.* Esporotricosis cutánea fija. A propósito de un caso. *Arch Dermatol* 2011;61:14-17.

DERMATÓLOGOS JÓVENES

★ Caso Clínico... PÁPULAS QUERATÓSICAS EN EL CUELLO

Martina Granara y Silvia Alejandra Mársico

Unidad de Dermatología, Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich, CABA, Argentina

Un paciente de 13 años, sin antecedentes personales ni familiares de relevancia, consultó por la presencia de manchas en el cuello, de un mes de evolución, ligeramente pruriginosas. En el examen físico se observaban múltiples pápulas hiperqueratósicas eritematoparduzcas, que se agrupaban formando placas localizadas en la cara lateral del cuello, y aisladas pápulas en las axilas y el abdomen, sin compromiso ungueal ni mucoso.

1) Con la clínica referida anteriormente, ¿cuál es su diagnóstico?

- Enfermedad de Darier.
- Verrugas vulgares.
- Enfermedad de Grover.
- Liquen plano.
- Dermatitis seborreica.

2) De acuerdo con su diagnóstico, ¿qué espera encontrar en el estudio histopatológico?

- Acantólisis suprabasal con queratinocitos que adoptan una imagen en ladrillos dilapidada.
- Acantólisis focal con disqueratosis y elongación de las crestas interpapilares.
- Hiperqueratosis, acantosis irregular en dientes de sierra y vacuolización de la membrana basal.
- Epidermis con acantosis suprabasal, cuerpos redondos en el estrato espinoso y células paraqueratósicas (granos) en el estrato córneo.
- Acantosis, papilomatosis e hiperqueratosis con confluencia de las crestas epidérmicas hacia el centro de la lesión y coilocitos.

3) Con respecto a la etiopatogenia de la enfermedad, marque la opción correcta.

- Mutación del gen *ATP1C2* que afecta el funcionamiento de la bomba de calcio ubicada en la membrana del aparato de Golgi.
- Es una enfermedad de causa desconocida en la cual el daño tisular está mediado principalmente por depósitos de inmunocomplejos.

c. Existen varias teorías de la etiopatogenia: una de ellas es la respuesta inmunitaria ante la presencia de microorganismos, como *Malassezia*.

d. Mutación del gen *ATP2A2* que afecta el funcionamiento de la bomba de calcio ATPasa del retículo sarcoplásmico/endoplásmico.

e. La patogenia de la enfermedad se desconoce. Se han propuesto como posibles orígenes, la exposición solar, la sudoración o el calor excesivo, la oclusión, la xerosis, algunos medicamentos, la inmunosupresión y las neoplasias internas (hematológicas, renales, genitourinarias, carcinoma gástrico).

4) ¿Qué tratamiento instaura en el paciente?

- Fototerapia y corticosteroides tópicos.
- Emolientes, retinoides, corticosteroides o láser.
- Emolientes, corticosteroides tópicos y antimicrobóticos tópicos.
- Control evolutivo, dado que se trata de una enfermedad benigna y autorresolutiva.
- Las opciones b. y d. son correctas.

La solución en la página 145