

# Esporotricosis linfangítica

## Lymphangitic sporotrichosis

Rossana de los Ríos,<sup>1</sup> Diego H. Carrizo,<sup>2</sup> María Emilia Saadi,<sup>3</sup> Nora E. Cartagena<sup>1</sup> y Susana Romano<sup>1</sup>

### RESUMEN

La esporotricosis es una micosis de evolución subaguda o crónica que afecta principalmente la piel, el tejido subcutáneo y los vasos linfáticos producida por un hongo dimorfo denominado *Sporothrix schenckii*. La intensidad del compromiso cutáneo y/o sistémico y su evolución, dependerán de la respuesta inmune del huésped y de la cantidad y calidad del inóculo.

Se comunica el caso de una paciente de 83 años de edad con esporotricosis linfangítica que respondió satisfactoriamente al tratamiento instituido. (*Dermatol. Argent.*, 2013, 19(5): 350-353).

### Palabras clave:

esporotricosis, linfangítica, *Sporothrix schenckii*.

### ABSTRACT

Sporotrichosis is a subacute or chronic fungal infection that mostly affects the skin, subcutaneous tissue and lymph vessels caused by a dimorphic fungus, *Sporothrix schenckii*. The extent of the cutaneous and/or systemic involvement, its evolution, depends on the host immune response and the amount and quality of inoculum.

We present the case of an 83-year-old female patient with lymphangitic sporotrichosis, who responded well to the instituted treatment. (*Dermatol. Argent.*, 2013, 19(5): 350-353).

### Keywords:

sporotrichosis, lymphangitic, *Sporothrix schenckii*.

Fecha de recepción: 24/04/2013 | Fecha de aprobación: 16/08/2013

## Caso clínico

Paciente de sexo femenino, de 83 años de edad, procedente de Simoca, localidad ubicada en el sur de la provincia de Tucumán. Consultó por múltiples nódulos eritematosos acompañados de lesiones ampollares con costras serohemáticas que comenzaron en antebrazo izquierdo y siguieron un trayecto lineal ascendente hacia el brazo, de cinco años de evolución. Refería ocasional dolor espontáneo y a la palpación (fotos 1 y 2).

**Antecedentes de enfermedad actual:** traumatismo con una astilla al cargar leña.

### Exámenes complementarios

**Laboratorio:** hemograma GR 4.150.000/mm<sup>3</sup>, GB 6.900/mm<sup>3</sup> (neutrófilos el 62%, basófilos el 0%, eosinófilos el 0%, linfocitos el 38%), VSG 14 mm/h, glucemia 0,89 g/L, proteinograma s/p, creatinemia 0,79 mg/dl, colesterolemia 254 mg/dl, trigliceridemia 121 mg/dl, uricidemia 2,5 mg/dl, transaminasas s/p, VDRL no reactiva, HIV no reactivo, sedimento urinario s/p.

<sup>1</sup> Jefa de trabajos prácticos, semidedicación

<sup>2</sup> Médico de la carrera de Especialización en Dermatología

<sup>3</sup> Jefa de trabajos prácticos, dedicación simple

Cátedra de Dermatología, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Tucumán, Tucumán, República Argentina.

Correspondencia: Rossana de los Ríos. rosdelosrios@gmail.com

**Examen bacteriológico directo y cultivo:** negativos.

**Examen micológico directo:** escasas levaduras de estructura alargada.

**Cultivo micológico:** colonias brillantes de color beige y pigmentación negruzca, con surcos finamente radiados. Al examen microscópico se observaron micelios ramificados rodeados por conidios ovoides que daban la imagen típica de duraznos en floración. Se aisló *Sporothrix schenckii*.

**Histopatología:** en epidermis se observó hiperplasia pseudoepiteliomatosa; en dermis: presencia de microabscesos de polimorfonucleares neutrófilos y células gigantes que formaban granulomas mixtos (fotos 3 y 4).

**Diagnóstico:** esporotricosis linfagítica.

**Diagnósticos diferenciales:** con otras causas de síndrome linfagítico nodular: *mycobacterium marinum*, *nocardia brasiliensis*, *staphylococcus aureus*, *leishmania brasiliensis* y enfermedad por arañazo de gato.

**Tratamiento:** se inició tratamiento con yoduro de potasio (solución saturada: 20 gotas = 1 gramo) 5 gotas cada 8 horas, aumentando 1 gota/dosis/día hasta llegar a 30 gotas/día durante 3 meses. Se realizó perfil tiroideo previo y controles periódicos. Durante los 2 meses siguientes se le facilitó itraconazol 100 mg/día, que fue reemplazado por terbinafina 250 mg/día, durante 2 meses más, ante la dificultad de la paciente para adquirir la medicación de elección.

Evolución de las lesiones: a los seis meses la paciente se encontraba sin lesiones. Se realizó el control final a los siete meses de comenzado el tratamiento, con curación completa; presentó xerodermia, piel atrófica y moderada hiperpigmentación residual (foto 5).

## Comentarios

La esporotricosis es una infección micótica de evolución subaguda o crónica, descrita por primera vez por Benjamín Schenk en 1898. Es producida por el hongo dimorfo *Sporothrix schenckii*, cuyo hábitat es el material vegetal, madera y nidos de armadillos, aunque algunos roedores e insectos pueden actuar como vectores pasivos. La inoculación se efectúa a través de un trauma menor producido por espinas, fragmentos de madera, vidrios, picaduras de hormigas o mordeduras de ratas, perros, arañazos de gato, etc. Es considerada, además, una enfermedad profesional que afecta a jardineros, floristas, carpinteros, cazadores de armadillos, veterinarios y agricultores.

El período de incubación es de aproximadamente tres semanas. La forma de presentación y la evolución de la esporotricosis dependen del estado inmunitario del huésped y de la virulencia del agente infeccioso.<sup>1</sup> El complejo *Sporothrix schenckii* está constituido por al menos seis supuestas especies filogenéticas.

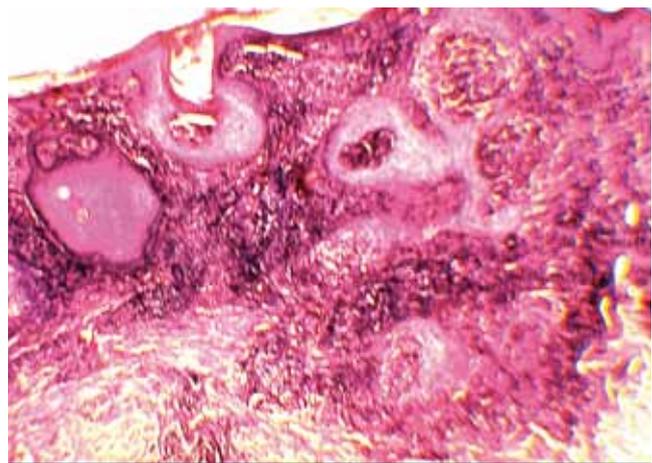
Éstas son las formas más comunes de infección, aunque la inhalación, aspiración o ingestión de conidios puede ser responsable de una infección pulmonar o sistémica.<sup>4,5</sup> No se transmite de persona a persona.



**Foto 1.** Lesiones nodulares eritematosas de superficie costrosa que siguen un trayecto lineal en miembro superior izquierdo.



**Foto 2.** Lesiones nodulares y ampollares (aproximación).



**Foto 3.** Hiperplasia pseudoepiteliomatosa con microabscesos de PMN neutrófilos.

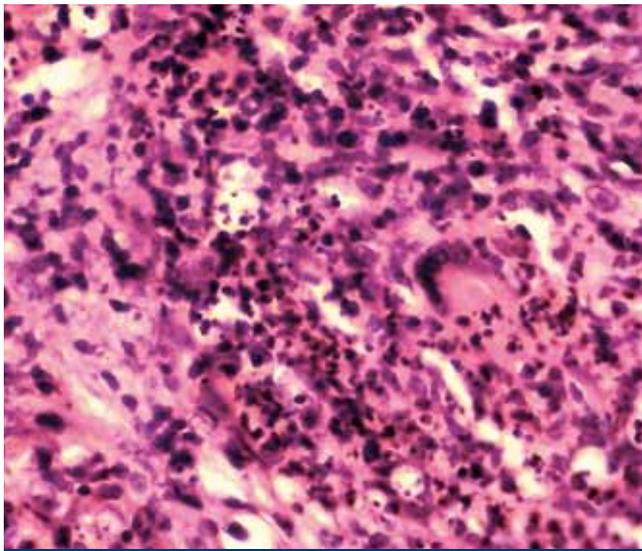


Foto 4. Granulomas foliculares: microabscesos de PMN y células gigantes.



Foto 5. Paciente curada con xerodermia, atrofia y moderada hiperpigmentación residual.

Se han demostrado nuevas especies de *Sporothrix* (*S. brasiliensis*, *S. globosa* y *S. mexicana*) asociadas a infecciones humanas.<sup>2</sup> Presenta una distribución universal, con predominio de afectación en áreas de clima templado a cálido.<sup>3</sup>

En la primoinfección cutánea se desarrolla la variedad clínica cutáneo-linfática y en las reinfecciones la variedad cutánea fija, formas que se producen en individuos inmunocompetentes. En los pacientes que presentan compromiso inmunológico pueden desarrollarse las variedades pulmonar (símil tuberculosis), osteoarticular con tendencia a fistulizar hacia la piel y diseminada, que afecta múltiples órganos por diseminación hematogena a partir de un foco cutáneo o pulmonar.<sup>5</sup>

La sporotricosis se presenta a cualquier edad, pero es más frecuente en adultos, en áreas expuestas, sobre todo en manos y brazos. Los niños pueden infectarse, y en ellos es caracterís-

tica la localización en cara o glúteos.<sup>6</sup> Luego del período de incubación, aparece en el sitio de la herida una pápula única, chancriforme, aislada, indolora. Esta lesión inicial puede lentamente agrandarse y dar lugar a una úlcera de base eritematosa que drena material purulento. Posteriormente se desarrollan nódulos, múltiples gomas a lo largo de los trayectos linfáticos afectados, que origina el patrón esporotricóide, que se acompañan de discreto prurito y dolor. Ésta es la forma clínica linfática que se observa en el 75% de los casos.<sup>2-4,6</sup> Debido a su diversidad morfológica, desde pequeños nódulos granulomatosos hasta gomas y elementos ulcerosos diseminados, establecer su existencia es todo un reto diagnóstico.<sup>2</sup> En la forma cutánea fija las lesiones se localizan en el sitio de inoculación. Puede comenzar como una pápula eritematosa y luego adoptar diversas formas clínicas: psoriasiforme, verrugosa o ulcerada. Frecuentemente estas lesiones progresan en su periferia, presentan un borde eritematovioláceo bien delimitado y cicatrizan dejando áreas atróficas. Habitualmente es una placa única, asintomática y que no progresa por vía linfática.<sup>5-8</sup>

La sospecha diagnóstica se realiza sobre la base de la clínica, del antecedente epidemiológico (traumático), del estudio micológico y de la histopatología. La confirmación de la patología se logra exclusivamente mediante el cultivo en agar de Sabouraud. El hongo posee una fase micelial, caracterizada por hifas delgadas, hialinas, septadas y ramificadas, que contienen conidióforos y dan la imagen de duraznos en floración o de pétalos de margarita. Esta fase es la que se encuentra en el medio saprófito, así como en los cultivos. En la fase de levadura es pleomórfico, y muestra forma de huso o de células ovaladas, semejante a un cigarro, cuya observación es particularmente infrecuente por la escasez de levaduras.<sup>2</sup>

La histopatología evidencia una reacción granulomatosa mixta con microabscesos de neutrófilos, presencia de histiocitos grandes, células gigantes multinucleadas, linfocitos y células plasmáticas. En ciertas ocasiones el hongo está presente en el centro de la lesión, con forma de cigarro u oval, rodeado de un borde eosinofílico radiado característico denominado cuerpo asteroide, que resulta del depósito de inmunoglobulinas en la superficie del hongo (fenómeno de Splendore-Hoeppli).<sup>2,3,5,9-12</sup> El tratamiento debe realizarse con la administración de solución saturada de yoduro de potasio. Se inicia con 5 gotas, 3 veces al día y se aumenta 1 gota/dosis/día, hasta alcanzar un máximo de 30 a 40 gotas diarias (dosis creciente de 0,5 a 4 g/día), que se mantiene hasta 3 o 4 semanas de la curación clínica.

Es importante el aumento gradual de dosis crecientes, que se administran con las comidas, lo que disminuye notoriamente los frecuentes efectos adversos como alteraciones digestivas (diarrea, náuseas, vómitos y epigastralgia). Otros efectos adversos observados incluyen: iododerma, supresión tiroidea, hipertrofia de glándulas lacrimales y parótidas.<sup>3,5,10,13</sup>

La solución saturada de yoduro de potasio no se comercializa por laboratorios, por lo que se deben prescribir recetas magis-

trales (20 gotas = 1 g). Constituye la terapia de elección por su efectividad, fácil acceso y bajo costo.<sup>14</sup>

Está contraindicada en nefrópatas, cardiópatas y pacientes con enfermedad tiroidea.<sup>14</sup> En caso de contraindicación o intolerancia a los yoduros se debe usar itraconazol, en dosis de 100 a 200 mg/día hasta la curación clínica.

Dada la termolabilidad del hongo, se recomienda asociar termoterapia a las terapéuticas mencionadas. Otros tratamientos incluyen anfotericina B, sobre todo para formas diseminadas o sistémicas, fluconazol, terbinafina, trimetoprima-sulfametoxazol, griseofulvina, criocirugía y cirugía convencional.<sup>10,13</sup>

## Conclusiones

El interés de este caso radica en la coexistencia de lesiones ampollares en su presentación clínica, la visualización de escasas levaduras en el examen directo (hechos sumamente infrecuentes) y la necesidad de diversas opciones terapéuticas para obtener una respuesta favorable.

## Agradecimientos

Por su colaboración a los profesores doctores Ana M. Lorenz y Eudoro de los Ríos.

## Bibliografía

- Hay R, Ashbee H. Mycology, en Burns T, Breathnach S, Cox N, Griffiths C. *Book's Textbook of Dermatology*, 8º Ed., Editorial Wiley-Blackwell, Oxford, 2010, 36: 70-72.
- Bada del Moral M, Rangel Gamboa E, Vergara L, Ruiz Juárez I. et. ál. Esporotricosis en Huatusco, Veracruz, *Dermatología Rev. Mex.*, 2011, 55: 51-55.
- Negróni R. Micosis Profundas, en Woscoff A, Kaminsky A, Marini M, Allevato M, *Dermatología en Medicina Interna*, 3º Ed., Alfaomega Grupo Editor Argentino, Buenos Aires, 2010: 249-277.
- Hay R. Micosis profundas, en Fitzpatrick, *Dermatología en Medicina General*, 7º Ed., Editorial Médica Panamericana, Buenos Aires, 2009, 1831-1832.
- Starck F, Saponaro A, Marini M, Casas J. et ál. Esporotricosis cutánea fija, *Arch. Argent. Dermatol.*, 2011, 61: 8-11.
- Carrada-Bravo T. Esporotricosis facial en los niños: diagnóstico clínico y de laboratorio, tratamiento y revisión [en línea], *Bol. Med. Hosp. Infant. Mex.*, junio de 2005, 62: 207-213.
- Mazzini M. *Dermatología clínica*, López Libreros Editores, Buenos Aires, 1977, 25: 787-835.
- Bonifaz A, Vázquez-González D, Perusquía-Ortiz A. Subcutaneous mycoses: chromoblastomycosis, sporotrichosis and mycetoma, *Journal der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft*, 2010, 8: 619-628.
- Domínguez S, Cortés F. Micosis subcutáneas y profundas, en Falabella R, Chaparro J, Barona Cabal M, Domínguez Soto L. *Fundamentos de Medicina-Dermatología. Corporación para investigaciones biológicas*, Medellín, 2002, 78: 425-431.
- De los Ríos R, De los Ríos E, Lorenz A. Intervención quirúrgica en un caso de esporotricosis linfocutánea, *Dermatol. Argent.*, 2002, 1: 46-48.
- Pereira Quintella L, Lambert Passos S, Francesconi do Vale A, Gutiérrez Galhardo M. et. ál. Histopathology of cutaneous sporotrichosis in Rio de Janeiro: a series of 119 consecutive cases, *J. Cutan. Pathol.*, 2011, 38: 25-32.
- Hussein M. Mucocutaneous Splendore-Hoeppli phenomenon, *J. Cutan. Pathol.*, 2008, 35: 979-988.
- Lorenz A, De los Ríos E, De los Ríos R, Cartagena N. Esporotricosis linfangítica, *Dermatol. Argent.*, 2003, 9: 192-193.
- Venadero Albarrán F, Orellana Arauco A, Castellón Alcaraz S, Bonifaz A. et. ál. Esporotricosis linfangítica. A propósito de diferentes alternativas de tratamiento, *Dermatología Rev. Mex.*, 2010, 54: 145-149.

## DERMATÓLOGOS JÓVENES

### MITOS Y VERDADES Psoriasis y embarazo

Gabriela Verónica Chávez y Lucía Nicola

#### 1) Se evidencia un deterioro clínico de la psoriasis durante el embarazo.

Sorin D., Pavlovsky L., David M. Psoriasis in Pregnancy, *Curr. Derm. Rep.*, 2012, 1: 209-213.

**MITO:** Los estudios en mujeres embarazadas con psoriasis han demostrado que la enfermedad mejora en el 50% de los casos. El aumento de los niveles de estrógenos y la relación estrógeno/progesterona generarían un viraje de la respuesta inmune Th1 a Th2; esto se traduce en la mejoría de enfermedades autoinmunes Th1 mediadas como la psoriasis.

#### 2) Las pacientes con psoriasis presentan una mayor incidencia de embarazos de alto riesgo.

Lima X.T., Janakiraman V., Hughes M.D., Kimball A.B. The Impact of Psoriasis on Pregnancy Outcomes, *J. Invest. Dermatol.*, 2012, 132: 85-91.

**VERDAD:** En un estudio de cohorte se evidenció que 23 (14,2%) de 162 embarazos en mujeres con psoriasis presentaron bajo peso al nacer o parto prematuro. En cambio, sólo 40 (8%) de 501 embarazos en el grupo sin psoriasis tuvieron alguna de estas complicaciones (OR 1,89; IC 95%: 1,06-3,39).

#### 3) En psoriasis moderada-severa, el tratamiento de elección durante el embarazo es UVB de banda angosta.

Lam J., Polifka J.E., Dohil M.A. Safety of dermatologic drugs used in pregnant patients with psoriasis and other inflammatory skin diseases, *J. Am. Acad. Dermatol.*, 2008, 59: 295-315.

**VERDAD:** En las pacientes embarazadas con psoriasis el tratamiento sistémico de elección es la fototerapia con UVB de banda angosta. Si bien la exposición a largo plazo presenta efectos adversos, al no penetrar más allá de las capas superficiales de la piel, no se asocia a mayor riesgo embrionario o fetal.