

Esporotricosis Cutánea Fija: Reporte de un caso en un lactante mayor.

Paula A. Soto, Elsy Cavallera, Olga Zerpa

Servicio de Dermatología Clínica y Micología. Instituto de Biomedicina-Hospital Vargas. Caracas, Venezuela .paula_andrea_s@hotmail.com

Resumen:

La esporotricosis es una micosis profunda y crónica que afecta la piel y el tejido linfático. Es la micosis profunda más frecuente en niños, pero es rara su presentación por debajo de los 10 años. Publicamos el caso de una esporotricosis cutánea fija en una niña de 20 meses de edad, a quien se le realizó biopsia de piel para histopatología y cultivo micológico, los cuales confirmaron el diagnóstico. Se inició tratamiento con Itraconazol a 6 mg/Kg/día con buena tolerancia y curación completa de la lesión.

Palabras claves: Esporotricosis cutánea fija, *Sporothrix schenckii*, Itraconazol.

Abstrac:

Sporotrychosis is a deep chronic mycosis which compromises the skin and lymphatic tissue. It is the most frequent deep mycosis in children, but it occurs rarely in those younger than 10 years. We publish a case of fixed cutaneous sporotrychosis in a 20 month old female child from whom a skin biopsy was taken for histopathology and mycological culture, which confirmed the diagnosis. Treatment with itraconazol 6mg/Kg/day was initiated, with good tolerance and complete healing of the lesion.

Key words: Fixed cutaneous sporotrychosis – *Sporothrix schenckii*, itraconazole

Introducción

La esporotricosis es una infección fúngica causada por el hongo dimorfo *Sporothrix schenckii* que afecta la piel, el tejido linfático y rara vez los órganos internos⁽¹⁾. Tiene una evolución subaguda o crónica y se localiza principalmente en cara y extremidades. La vía de entrada del hongo es por inoculación cutánea traumática de esporas y en ocasiones por vía inhalatoria. Tiene un periodo de incubación de 8 a 30 días.

La esporotricosis cutánea tiene una distribución universal, pero es más común observarla en zonas tropicales y subtropicales. En Venezuela, la esporotricosis constituye la micosis subcutánea de mayor incidencia en las áreas urbanas. Las zonas más afectadas son los estados centrales, Mérida, Táchira y Bolívar⁽²⁾. Afecta a ambos sexos por igual y no hay distinción de raza, pero es más frecuente entre los 16 y 30 años de edad. Es la micosis profunda más frecuente en niños, pero es raro observarla en menores de 10 años. La presentación y su curso dependen de la respuesta inmune del huésped y del tamaño y la virulencia de inóculo.

Clínicamente, la esporotricosis cutánea se clasifica en: linfangítica, cutánea localizada (o fija) y cutánea diseminada. En la esporotricosis fija las lesiones se localizan en el sitio de inoculación, no hay compromisos de vasos linfáticos ni de otros sistemas. Puede tener aspecto verrucoso, nodular, ulcerado o costroso y es frecuente en zonas endémicas.⁽⁴⁾

La histopatología en ocasiones no suele ser muy útil por la dificultad para observar al hongo o los cuerpos asteroides⁽⁵⁾. El cultivo es el procedimiento más seguro y sensible para el diagnóstico, con un crecimiento relativamente rápido (3 a 5 días) en Sabouraud.⁽⁴⁾⁽⁶⁾

Se conocen varios esquemas de tratamiento para la enfermedad, desde el uso de termoterapia hasta los más convencionales como son los yoduros, con respuestas terapéuticas variables.⁽¹⁾⁽³⁾⁽⁵⁾ Diferentes autores recomiendan el uso de itraconazol a dosis de 6mg/Kg/día, con buena tolerancia y pocos reportes de efectos adversos⁽¹⁾⁽⁶⁾⁽⁷⁾⁽⁸⁾ por lo cual fue el medicamento seleccionado para tratar este caso.

Caso clínico

Lactante mayor femenino, natural de Caracas y procedente de Petaquire, Estado Vargas, quien presentó un cuadro de mes y medio de evolución consistente en aparición de pápula eritematosa en antebrazo derecho, la cual fue aumentando de tamaño, ulcerándose y drenando material sero-purulento. Como antecedentes familiares: abuela y tío presentaron esporotricosis cutánea meses antes; la niña tenía contacto con animales (perros y gatos) y plantas (fresas).

Al examen físico, se observó una placa de 30 x 50 mm, con bordes elavados, eritematosos, con úlcera central de 13x22 mm, cubierta por costra sero-hemática, localizada en antebrazo derecho. (Foto 1)

Figura 1. Esporotricosis Fija Cutánea. Placa Eritematosa con úlcera en superficie, localizada en antebrazo derecho.



Figura 2. Intradermoreacción (esporotriquina).



Figura 3. Cultivo en medio Sabouraud.

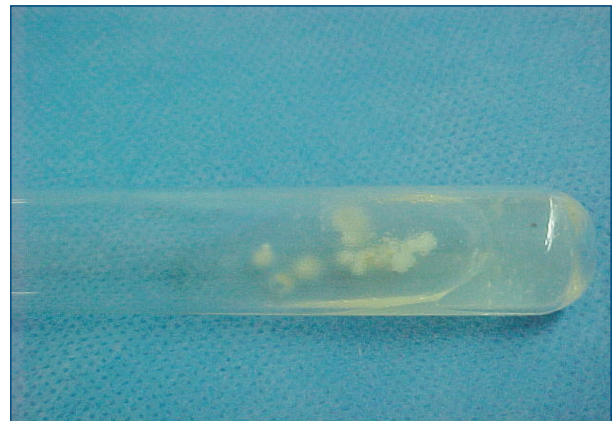


Figura 4. Lesión al mes de tratamiento con notoria mejoría.



Exámenes de laboratorio: pruebas intradérmicas: Leishmanina 0 mm, PPD: 0 mm, Esporotriquina 30 x 33 mm (Foto 2); frotis por escarificado negativo para Leishmania; hematología y química sanguínea dentro de límites normales; examen histopatológico: dermis con infiltrado granulomatoso nodular, bien formado por células gigantes tipo Langhans, células epitelioides, histiocitos espumosos y linfocitos característico de granuloma por agente vivo; cultivo micológico en medio Sabouraud: positivo para crecimiento de colonias crema sugestivas de *S. schenckii* (Foto 3); examen directo: hifas delgadas, hialinas, septadas y ramificadas con abundantes conidias redondas y ovals dispuestas a lo largo de la hifa y en cúmulos en la región terminal del conidióforo.

Se indicó tratamiento con Itraconazol a dosis de 6 mg/Kg/día, preparada en solución de 50 mg/5 cc por la Facultad de Farmacia de la Universidad Central de Venezuela. Se administraron 6.5 cc/día por 4 semanas, con buena tolerancia. Al mes de tratamiento, se observó curación de la lesión (Foto 4), sin que se observaran eventos adversos ni alteraciones en laboratorios.

Discusión

La esporotricosis es producida por el hongo dimorfo *Sporothrix Schenckii*, descubierto en 1898 por Bernard Schenck en el Hospital Jhon Hopkins, en donde se le dio en nombre de "Sporotrichia". En 1900, Heoten y Perkins fueron los primeros en nombrar al hongo como se le conoce actualmente.⁽⁹⁾

Es una enfermedad que tiene distribución mundial, pero es más común en áreas tropicales y subtropicales. Normalmente vive en forma saprofita, en material vivo o muerto, ingresa al organismo a través de la inoculación traumática del hongo en formas de esporas y después de un periodo de incubación de aproximadamente 8 a 30 días, se produce la enfermedad y aparecen las manifestaciones clínicas.⁽⁹⁾

Se han reportado tanto casos aislados como epidemias familiares, por lo que es interesante recordar que nuestra paciente tenía como antecedentes que su abuela y un tío, que convivían con la niña, presentaron la enfermedad unos meses antes. La esporotricosis es la micosis profunda más frecuente en niños y la faja etaria más frecuentemente afectada son los mayores de 10 años siendo poco frecuente en menores.⁽³⁾

En los niños las lesiones se localizan más frecuentemente en cara y luego en miembros superiores y las formas fijas de esporotricosis cutánea tienden a prevalecer sobre las linfangíticas. El diagnóstico se realiza por los datos clínicos, el cultivo, la intradermorreacción (esporotriquina) y la histopatología.⁽⁴⁾ En el presente caso se tenía la impresión diagnóstica de la enfermedad y tanto la histopatología, el cultivo micológico y la intradermorreacción fueron confirmatorios.

Se han instaurado tratamientos con yoduro de potasio en administración oral (gotas) con buena tolerancia en niños mayores de 3 años de edad. Aún así, continúa la inquietud de la administración de este tipo de soluciones por los riesgos de efectos adversos (hipo

o hipertiroidismo) en niños menores.⁽¹⁾⁽³⁾⁽⁶⁾⁽⁷⁾⁽⁸⁾

Basándonos en lo reportado en la literatura⁽⁹⁾⁽¹⁰⁾⁽¹¹⁾, decidimos emplear el Itraconazol a una dosis de 6mg/Kg/día con buena tolerancia, sin eventos adversos y con mejoría clínica a los 2 meses de tratamiento y buena tolerabilidad. Se sabe que el Itraconazol tiene poca solubilidad en medios acuosos y por esto debe ser preparado formando un complejo con ciclodextrinas para lograr tener una buena biodisponibilidad⁽¹²⁾. Se administró una solución magistral (jarabe) de 50 mg/ 5 cc preparada en la Facultad de Farmacia de la Universidad Central de Venezuela, observándose una excelente respuesta tanto clínica como terapéutica.

Conclusión

Se presenta el caso de un lactante mayor con diagnóstico de esporotricosis cutánea fija, a quien se le indicó como tratamiento una solución magistral de itraconazol presentando una excelente respuesta terapéutica.

Referencias bibliográficas

1. García R, Figueroa Y, Ugarte G. El caso más temprano de esporotricosis pediátrica en el Perú. *Folia Dermatol.* 2004; 15 (2): 105-7.
2. Mendoza M, Díaz E, Alvarado P, Romero E, Bastardo M. Aislamiento de *Sporothrix schenckii* del medio ambiente en Venezuela. *Rev Iberoam Micol.* 2007; 24: 317-19
3. Aldama A, Correa J, Rivelli V, Aparicio R, Mendoza G. Esporotricosis en niños: comunicación de 3 casos con localización facial. *Pediatría.* 2000; 2:32-6.
4. Sporotrichosis: Differential Diagnoses & Workup. Sporotrichosis. Fecha de consulta: 28 de agosto de 2008. Disponible en: <http://www.emedicine.medscape.com/article/968902-overview>
5. Padilla M, Orozco J. Cuerpos asteroides en el examen directo de un paciente con esporotricosis linfangítica. *Rev Cent Dermatol Pascua* 2000; 9 (2): 105-108.
6. García M, Urquiaga T, López N, Urquiaga J. Esporotricosis cutánea en niños en un hospital regional del Perú. *Dermatol Perú.* 2004; 14(2): 104-109.
7. Kauffman C, Hajjeh R, Chapman S. Practice Guidelines for the Management of Patients with Sporotrichosis. *Clinical Infectious Diseases.* 2000; 30:684-7.
8. García M, Urquiaga T, López N. Esporotricosis cutánea en hospital regional de Cajamarca. *Rev Per Epidemiol* 1991; 4:5-10.
9. Leigheb G, Boggio P, Gattoni M, Bomacina G, Griffanti P. Cutaneous Sporotrichosis. *Int J Dermatol.* 1994; 33: 275-76.
10. Kwon K, Yim C, Jang H, Chung T, Oh C. Verrucous sporotrichosis in an infant treated with itraconazole. *J Am Acad Dermatol.* 1998; 38:112-14.
11. López J, Rebolledo M. Esporotricosis linfocutánea en paciente pediátrico. *Rev Asoc Colomb Dermatol.* 2009; 17:180-82.
12. Itraconazol. *Vademecum.* Fecha de consulta: 3 de septiembre 2008. Disponible en: <http://www.iqb.es/cbasicas/farma/farma04/i028.htm>