

Esporotricosis linfocutánea en paciente pediátrico

Lymphocutaneous sporotrichosis in pediatric patient.

Juana Gabriela López¹, Marysol Rebolledo².

1. Residente I año, Servicio de Dermatología, Universidad del Valle, Cali, Colombia.
2. Dermatóloga, Universidad del Valle, Cali, Colombia.

Correspondencia:

Juana Gabriela López.

Email: juanalopez81@gmail.com

Recibido: 10 marzo de 2009.

Aceptado: 22 de julio de 2009.

No se reportan conflictos de intereses.

Resumen

La esporotricosis es una micosis subcutánea, cuya presentación clínica más frecuente en la población pediátrica es la forma cutánea fija, con compromiso facial hasta en 92% de los casos, según los reportes.

Se presenta un paciente pediátrico con esporotricosis linfocutánea en el miembro superior, presentación inusual en este grupo de edad.

PALABRAS CLAVE: esporotricosis, niño, micosis.

Summary

Sporotrichosis is a subcutaneous fungal disease, facial lesions are reported in up to 92% of pediatric cases and a history of trauma is usually absent. We present a pediatric patient with lymphocutaneous sporotrichosis of the upper limb that is not the usual presentation.

KEY WORDS: sporotrichosis, child, mycoses.

Caso clínico

Se presenta el caso de una paciente de 7 años, procedente de zona rural, que sufrió una herida en el segundo dedo de la mano izquierda con arma corto-punzante contaminada con material vegetal. Ocho días después presentó una placa eritematosa en el sitio del trauma con edema leve y a los 15 días aparecieron lesiones en forma de pápulas y nódulos satélite a la lesión inicial que seguían un trayecto lineal, con secreción de material purulento, formación de abscesos y edema en el sitio comprometido (FIGURAS 1 Y 2).

En un hospital periférico le diagnosticaron celulitis y le iniciaron manejo con oxacilina intravenosa, sin obtener ninguna mejoría; posteriormente, fue valorada por dermatología y, por los hallazgos en el examen físico, se hizo una impresión diagnóstica de esporotricosis linfocutánea, leishmaniasis esporotricóide o infección por micobacterias.

En la biopsia de piel se reportó epidermis con hiperplasia pseudoepiteliomatosa con formación de granulomas supurativos (FIGURAS 3 Y 4). El cultivo

para micobacterias, el examen directo y el cultivo para leishmania fueron negativos, mientras que el cultivo para *Sporothrix schenckii* fue positivo. Se observó una colonia membranosa, beige con pigmentación café, y, en el examen directo del cultivo, se encontraron hifas delgadas, tabicadas, ramificadas con simpodulosporas (conidios en “flor de durazno”).

Se inició tratamiento con 5 gotas de yoduro de potasio y, progresivamente, se aumentó 1 gota por día, tres veces al día, hasta llegar a 15 gotas por día. Quince días después de iniciado el tratamiento presentó resolución de la mayoría de las lesiones nodulares del antebrazo, y disminución del eritema y edema de la lesión del dedo. El tratamiento se continuó por 3 meses con resolución total de las lesiones y en el momento se encuentra en seguimiento.

Discusión

La esporotricosis es una infección micótica subcutánea, causada por *S. schenckii*, que se caracteriza por lesiones nodulares cutáneas o subcutáneas de evolución subaguda



FIGURA 1. Pápulas y nódulos satélite a la lesión inicial.



FIGURA 2. Nódulos con trayecto lineal hacia la parte proximal del miembro superior.

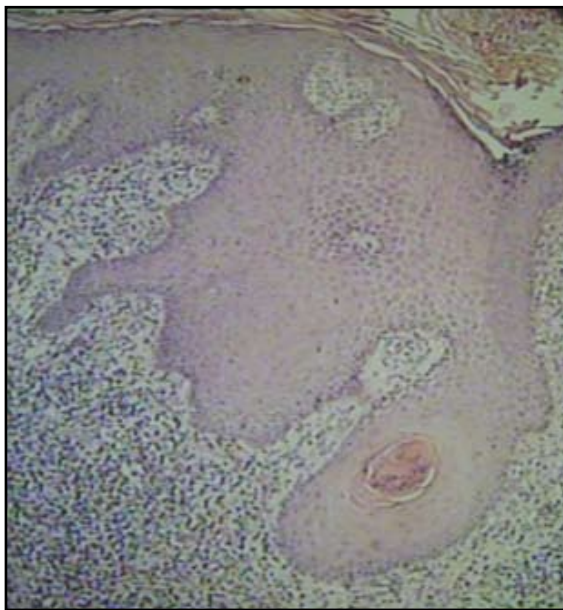


FIGURA 3. Epidermis con hiperplasia pseudoepiteliomatosa.

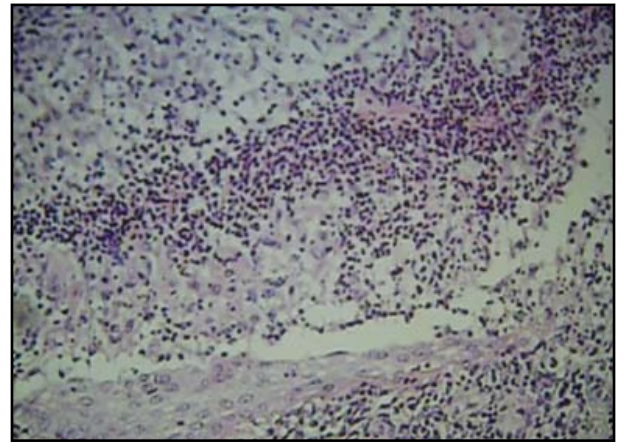


FIGURA 4. Granulomas supurativos con acúmulo de células polimorfonucleares y gigantes.

o crónica. *S. schenckii* es un hongo dimorfo, se encuentra en forma de hifas a 25°C y como levadura a temperaturas superiores a 37°C. La esporotricosis es causada por la inoculación traumática del hongo en el tejido subcutáneo o, de forma menos frecuente, por la inhalación de esporas. También puede ocurrir transmisión de animales infectados a seres humanos. Se puede presentar de forma extracutánea, o sistémica, en el pulmón, el hueso o las articulaciones y en las personas inmunocomprometidas se comporta como una infección oportunista⁵.

Predomina en Sudáfrica, Japón y en la zona intertropical de América. El microorganismo vive como saprofito en el suelo y en la materia orgánica⁵.

Hay descritas cuatro formas clínicas:

- Linfocutánea, 65% a 82%.
- Cutánea fija, 10% a 30%.

- Multifocal o diseminada, 2% a 5%.
- Extracutánea, debida a inhalación y diseminación de la infección por vía hemática, que es una presentación muy rara.

Las lesiones más frecuentes son de tipo linfocutáneo y, usualmente, aparecen en los miembros siguiendo un trayecto lineal; por contigüidad pueden ocasionar placas verrugosas crónicas. En la población pediátrica es más frecuente encontrar la forma cutánea fija en la región facial, donde se han reportado hasta en 92% de los casos¹⁻³. Se presenta como una placa eritematosa, infiltrada, verrugosa o ulcerada, e indolora en el sitio de inoculación⁵. La transmisión de animales infectados a seres humanos se reporta hasta en 90% de casos pediátricos y, generalmente, no hay historia conocida de trauma².

El examen directo de las lesiones usualmente es negativo; cuando es positivo, se pueden observar levaduras o cuerpos asteroides. El frotis de la lesión con tinciones de PAS y Grocott puede ser positivo hasta en 50% a 70% de

los casos⁵. En la histopatología se encuentra hiperplasia pseudoepiteliomatosa con formación de microabscesos, o ulceración del epitelio y granuloma con zona central supurativa con polimorfonucleares, células plasmáticas o linfocitos⁵. Los organismos son difíciles de encontrar en los tejidos con las tinciones simples; por lo tanto, si se sospecha esporotricosis es necesario realizar cultivos para hongos para confirmar el diagnóstico clínico. El cultivo es fácil y definitivo, crece a 26°C o 27°C en medio de Sabouraud con antibióticos o sin ellos, o en agar sangre, y en el examen directo se observa la reproducción característica por simpodulosporas (conidios acrógenos en forma de "flor de durazno") también pueden observarse radulosporas que son conidios que nacen en un corto pedículo⁵.

Se han reportado casos de mejoría espontánea, pero la mayoría de los pacientes requieren tratamiento a largo plazo. El yoduro de potasio es el tratamiento de elección en regiones endémicas o en epidemias de países en desarrollo, debido a su bajo costo, mientras que el itraconazol es el tratamiento de elección de las formas localizadas con una eficacia cercana al 100%. La anfotericina B está indicada en el tratamiento inicial de la esporotricosis diseminada o en pacientes inmunosuprimidos, pero se debe cambiar a itraconazol una vez se inicie la terapia de mantenimiento.

Conclusión

Se presenta el caso de un paciente pediátrico con esporotricosis linfocutánea en el miembro superior, con historia de trauma, presentación inusual en este grupo de edad, a quien se le dio tratamiento con yoduro de potasio, tratamiento de elección en nuestro país y que evolucionó hacia la mejoría clínica.

Referencias

1. Ramos e Silva M, Vasconcelos C, Carneiro S, Cestari T. Sporotrichosis. Clin Dermatol. 2007;25:181-7.
2. Michel da Rosa AC, Scroferneker ML, Vettorato R, Lopes R, Vettorato G, Weber A. Epidemiology of sporotrichosis: a study of 304 cases in Brazil. J Am Acad Dermatol. 2005;52:451-9.
3. Pappas PG, Tellez I, Deep AE, Nolasco D, Holgado W, Bustamante B. Sporotrichosis in Perú: description of an area of hyperendemicity. Clin Infect Dis. 2000;30:65-70.
4. Kauffman CA. Endemic mycoses: blastomycosis, histoplasmosis, and sporotrichosis. Infect Dis Clin North Am. 2006;20:645-62.
5. Arenas R. Micología médica ilustrada. Mexico D.F: Mc Graw-Hill Interamericana; 2003. 129-37.