

AUTORA:

Dra. Yusimin Lozano González

E-mail: bibliohosprov.mtz@infomed.sld.cu

Especialista de I Grado en Cirugía General.

RESUMEN

Se presentan tres pacientes entre 8 y 12 años de edad, hospitalizadas en la Sala de Pediatría del Hospital de Gracias Lempira, Honduras, por presentar lesiones úlcero necróticas, múltiples en miembros superiores e inferiores, las cuales necesitaron desbridamientos y biopsia de las lesiones, obteniendo el diagnóstico de esporotricosis. Se realiza revisión de la literatura sobre el tema.

DeCS

ESPOROTRICOSIS/diagnóstico

ESPOROTRICOSIS/complicaciones

ESPOROTRICOSIS/cirugía

ITRACONAZOL/quimioterapia

BIOPSIA/métodos

HUMANO

NIÑO

INTRODUCCIÓN

Se valoraron por cirugía tres pacientes entre 8 y 12 años de edad en el servicio de pediatría en el hospital de Gracias Lempira, Honduras por presentar lesiones úlcero necróticas, nodulares, múltiples, tanto en miembros superiores como inferiores. En estos pacientes los síntomas iniciales fueron los mismos, la presencia de lesiones pequeñas, como protuberancias indoloras que comenzaron por la porción distal de los miembros inferiores en dos casos y en uno se presentó en miembros superiores, siempre iniciándose en el extremo más distal de la extremidad, siguiendo el recorrido de la cadena ganglionar, presentando finalmente ulceraciones que afectan hasta planos profundos y que en dos casos tomó todos los tejidos blandos con exposición ósea. Estos pacientes presentaban fiebre, síndrome general. Se realizó desbridamiento quirúrgico y curas en sala de operaciones en varias ocasiones, con toma de muestra de tejido para biopsia en dos de estos pacientes, informando el diagnóstico de esporotricosis. En el otro paciente se inició el tratamiento inmediato con yoduro de potasio, sin realizar biopsia, encontrando una regresión de la enfermedad igual que en los restantes casos, con una evolución satisfactoria.

CONSIDERACIONES SOBRE ESPOROTRICOSIS

La esporotricosis es una infección micótica de la piel que se puede propagar, particularmente en pacientes inmunocomprometidos. (1-4)

La esporotricosis es causada por el hongo *Sporothrix schenckii* que se encuentra en la

vegetación y se inocula en la piel cuando ésta se rasga mientras se están manejando elementos de jardín como rosales, zarzas o tierra abonada. La esporotricosis puede ser una enfermedad ocupacional para granjeros, horticultores, cultivadores de rosas y trabajadores de viveros. La esporotricosis generalizada (diseminada) se desarrolla en personas inmunocomprometidas cuando inhalan polvo cargado de esporas. (2, 5-8) Esta micosis se observa en todos los grupos de edad, pero es más frecuente en adultos jóvenes y niños. (1, 7-10)

Los síntomas son: una protuberancia pequeña, rojiza e indolora en el sitio de inoculación (hasta 3 meses después de la lesión) que se convierte finalmente en una úlcera. Las lesiones se presentan a menudo en las manos y antebrazos porque son sitios frecuentes de trauma.



Figura 1. Esporotricosis linfocutánea localizada en una extremidad superior de un paciente campesino del estado de Puebla.

El organismo penetra en el flujo linfático ocasionando úlceras pequeñas que aparecen alineadas en la piel a medida que la infección sube por el brazo o pierna arriba, hileras de úlceras que salen de la úlcera inicial. Estas lesiones no sanan, a menos que se sometan a tratamiento, y pueden permanecer ulceradas por años. La esporotricosis sistémica causar problemas respiratorio s y pulmonares, osteomielitis artritis y meningitis. (6, 9-15)

El examen físico revela las lesiones típicas de esta enfermedad y la confirmación del diagnóstico se hace a través de un cultivo de tejido obtenido en una biopsia que muestre *Sporothrix. schenckii* .

El diagnóstico clínico es relativamente sencillo cuando se considera el aspecto característico de las lesiones correspondiente a cada una de las formas clínicas y el antecedente de heridas contaminadas con materiales vegetales que contienen al hongo. Se debe establecer diagnóstico diferencial con otras dermatosis que cursan con lesiones ulcerosas, verrugosas y gomosas, como algunos carcinomas, la tuberculosis cutánea, la cromoblastomicosis y las úlceras fagedénicas. (8-14)

La infección cutánea se trata generalmente con yoduro de potasio (por ejemplo, SSKI) administrado oralmente 3 veces al día o con itraconazol oral. El tratamiento es prolongado y se continúa por un mes después de que las lesiones de pie han desaparecido. La infección sistémica o diseminada se trata con amfotericina B o algunas veces con itraconazol. (12-6)

Con el tratamiento se espera una recuperación total. La esporotricosis diseminada es

más difícil de tratar y requiere agentes quimioterapéuticos; además, esta última puede ser mortal para personas inmunocomprometidas. (15-9)

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Conti-Díaz JA. Epidemiology of sporotrichosis in Latin America. *Mycopathology* 1989; 108.
2. Mmycology. The pathogenic fungi and the pathogenic actinomycetes. 3a ed. Philadelphia: WB Saunders; 1988.
3. Burton SB. Sporotrichosis. *Dermatol Clin* 1989; 7:193-202.
4. Griner J. Selection and interpretation of diagnostic test and procedures; principles and applications. *Ann Int Med* 1981; 94: 557-92.
5. Lavalle P, Mariat F. Sporotrichosis. *Bull Inst Pasteur* 1983; 81: 295-322.
6. Campos P, Arenas R, Coronado H. Epidemic cutaneous sporotrichosis. *Int J Dermatol* 1994; 33:38-41.
7. Conias S, Wilson P. Epidemic cutaneous sporotrichosis: report of 16 cases in Queensland due to mouldy hay. *Australas J Dermatol* 1998; 39:34-7.
8. Chakrabarti A, Roy SK, Dhar S, Kumar B. Sporotrichosis in northwest India. *Indian J Med Res* 1994; 100:62-5.
9. López Martínez R, Méndez Tovar LJ, Hernández-Hernández F, Castañón Olivares LR. Micología médica. Procedimientos para el diagnóstico de laboratorio. México D. F.: Ed. Trillas; 1995.
10. González Ochoa A, Soto Figueroa E. Polisacáridos del *Sporotrichum schenckii*. *Rev Inst Salubr Enf Trop Mex* 1997; 81: 43-53.
11. Plouffe JF, Silva JJ. Cell mediated immuno-responses in sporotrichosis. *J Infect Dis* 1979; 139:152-7.
12. Bonifaz A, Saúl A, Montes de Oca G, Mercadillo P. Superficial cutaneous sporotrichosis in specific anergic patients. *Int J Dermatol* 1999; 38:700-03.
13. Novales J, Lavalle P. Esporotricosis. Algunos aspectos histopatológicos. México: Memorias del V Congreso Mexicano de Dermatología; 1969. p. 270-5.
14. Novales J. Histopatología de las micosis profundas. *Dermatol Rev Mex* 1998; 27:128-55.
15. Fukushiro R. Epidemiology and ecology of sporotrichosis in Japan. *Zbl Bakt Hyg* 1994; 257 IA: 228-33.
16. Ruiz-Esmenjaud J, Arenas R, Vega-Memije E. Esporotricosis: estudio histopatológico de 22 casos. *Dermatol Rev Mex* 1996; 40:106-12.
17. Bonifaz A. Esporotricosis En: *Micología Médica Básica*. 2a ed. México DF: Méndez; 2000. p.185-206.
18. Calderón LE, Ancaya DVL, Mayorga J. Esporotricosis cutánea fija con lesiones satélites. Presentación de un caso. *Dermatol Rev Mex* 1999; 43:177-8.
19. Ghodsi SZ, Shams S, Naraghi Z, Dareshpazhooh M, Akhyani M, Arad S. Case report. An unusual case of cutaneous sporotrichosis and its response to weekly fluconazole. *Mycoses* 2000; 43:75-7.

SUMMARY

We present three 8 to 12 years old inpatients of the Paediatric Ward of the Hospital of Gracias Lempira, Honduras, because they presented ulcer necrotic lesions, multiple in the upper and low extremities. The lesions needed debridement and a biopsy was made, obtaining the diagnosis of sporotrichosis. We reviewed the literature about the theme.

MeSH Terms:

ESPOROTRICHOSIS/diagnosis
ESPOROTRICHOSIS/complications
ESPOROTRICHOSIS/surgery
ITRACONAZOLE/drug therapy
BIOPSY/methods
HUMAN
CHILD

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Lozano González Y. Esporotricosis. A propósito de tres casos. Rev méd electrón[Seriada en línea] 2007; 29(2). Disponible en [URL:http://www.cpimtz.sld.cu/revista%20medica/ano%202007/vol2%202007/tema08.htm](http://www.cpimtz.sld.cu/revista%20medica/ano%202007/vol2%202007/tema08.htm)[consulta: fecha de acceso]