

Esporotricosis Linfangítica

Lymphangitic sporotrichosis

Jaime Salazar-Zuloeta^{1,3,a}, Stalin Tello-Vera^{2,c},
Erick Cristóbal Larrea-Fernández^{3,d}, Sergio Bravo-Soriano^{2,3,b}

RESUMEN

Se describe el caso de un paciente varón, agricultor de 54 años, procedente de Bagua con lesiones nodulares gomosas abscedadas circunscritas al trayecto linfático del miembro superior izquierdo de aproximadamente 6 semanas de evolución a quien luego del cultivo micológico a temperatura ambiental se halló conidios simpodiales compatibles con el complejo *Sporothrix Schenckii* por lo que recibió tratamiento antibiótico y antimicótico con respuesta clínica favorable.

Palabras clave: *Esporotricosis, micosis, Agentes Antifúngicos* (Fuente: DeCS-BIREME)

ABSTRACT

We describe the case of a male patient, 54 year old farmer, from Bagua with gummy abscessed nodular lesions confined to the path node in the left upper limb about 6 weeks duration whose mycological culture after sympodial conidia were found compatible with the complex *Sporothrix Schenckii*. For which he received antibiotic and antifungal treatment with a favorable clinical response.

Keywords: *Sporotrichosis, Mycoses, Antifungal Agents* (Source: MeSH NLM)

INTRODUCCIÓN

La Esporotricosis es una micosis subcutánea ocasiona por el complejo *Sporothrix Schenckii*, el cual está conformado por 5 especies que al parecer originan cuadros clínicos similares, sin embargo dependiendo del estado inmunológico del paciente pueden observarse una forma

Linfangítica en cerca del 70% de los casos, cutánea fija en cerca del 20 a 25 % de los pacientes y raros casos de Esporotricosis diseminada con afectación pulmonar, osteoarticular, cutánea difusa de diseminación hematógena y que se pueden observar en pacientes inmunodeprimidos¹. Los micelios de *Sporothrix Schenckii* son de amplia distribución pudiendo ser encontrados en el suelo, vegetales, etc. y puede ser adquirido por picaduras de diversos insectos, la manipulación de mariscos, arañazos o mordeduras de loros, perros y diversos roedores ;otros estudios incluyen la manipulación de ropa contaminada, casas de campaña, utensilios para tatuar e incluso la transmisión de la

enfermedad de una madre a su hijo lactante^(1,2,3). Su diagnóstico se realiza principalmente a través del cultivo de las secreciones de las lesiones gomosas en medio de Sabouraud donde se observa los típicos conidios de distribución simpodial (como "margaritas")^(4,5)

CASO CLÍNICO

Paciente Varón de 54 años, procedente de la localidad de Aramango de la provincia de Bagua, de oficio agricultor y vigilante es referido al Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo del hospital de Bagua por presentar lesiones nodulares "gomosas" abscedadas, algunos de ellos ulcerados que tuvieron su inicio en una lesión en la muñeca izquierda de apariencia chancroide y que se propago comprometiendo las vías linfoganglionares del respectivo miembro a lo largo de las 5 primeras semanas de evolución (Figuras 1,2) .

Luego de ser evaluado en el Servicio de Emergencia se decide su internamiento en el Servicio de Medicina Interna, donde



Figura 1: Compromiso disto-proximal linfangítico en miembro superior.

1. Profesor de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo.
2. Profesor de la Facultad de Medicina de la Universidad San Martín de Porres-Filial Norte.
3. Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo
a. Médico Infectólogo.
b. Médico Internista.
c. Médico Residente Patología Clínica.
d. Médico Residente Gastroenterología.



Figura 2: Detalle de las lesiones. Nótese la apertura espontánea en la "cúspide" de las lesiones.

Resultados de los exámenes laboratoriales:

Tinción Gram de la secreción: Cocos Gram positivos.

Examen directo con KOH: No se observaron estructuras micóticas.

Cultivo de secreción de nódulos: *Staphylococcus epidermidis* (en este caso aislado como parte de la flora cutánea habitual y contaminante)

Cultivo de Secreción en medio Sabouraud: Conidias en disposición simpodial ("margaritas", Figuras 3,4.)

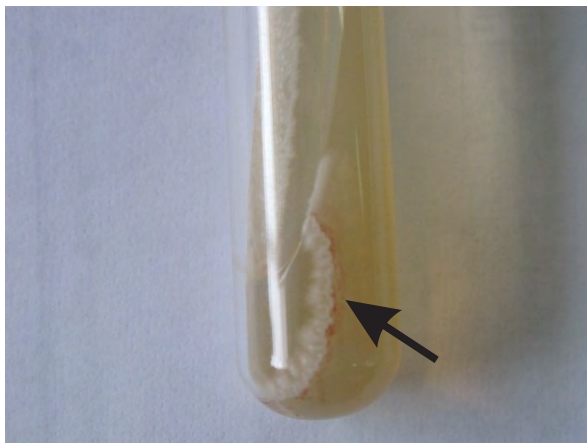


Figura 3: Cultivo en Agar Saubouraud a temperatura ambiental.

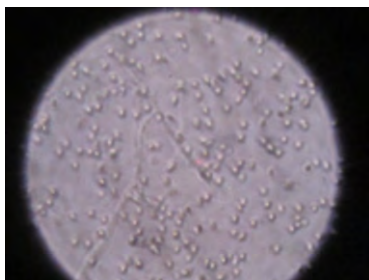


Figura 4: Microfotografía de muestra del cultivo, se aprecia la disposición conidial típica "en margarita". Reactivo: KOH al 10% (Observación 400X)

Evolución

El paciente recibió tratamiento con dicloxacilina e itraconazol con lo cual tuvo una mejoría notable en el transcurso de la primera semana de tratamiento y fue dado de alta el 16 de Noviembre para posterior control por Consultorio externo de Dermatología

DISCUSIÓN

La Esporotricosis es una de las micosis subcutáneas más frecuentes a nivel mundial y en el Perú es de usual diagnóstico en personas dedicadas a la agricultura como el caso del paciente estudiado, suele en la mayor parte de los casos comprometer típicamente en forma ascendente el trayecto linfoganglionar a partir de la lesión inicial, que en el caso descrito tuvo su punto de partida en una lesión existente en la muñeca izquierda probablemente adquirida en las labores cotidianas del paciente, si bien es cierto las lesiones suelen ser típicas no debemos obviar el conjunto de patologías que pueden dar lesiones similares como la tuberculosis, micobacterias atípicas, lepra, leishmaniasis, coccidioidomicosis, blasto micosis, nocardiosis y sífilis por lo que debemos siempre tenerlas presentes en el diagnóstico diferencial.^{1,2,3} Además es de vital importancia solicitar los cultivos micológicos a fin de poder confirmar el diagnóstico, siendo este examen de rutina aun el Gold Estándar para el diagnóstico.^{3,4,5}

CONCLUSIONES

- La Esporotricosis debe formar parte de las presunciones diagnósticas en pacientes del área rural con compromiso del trayecto linfoganglionar.
- El cultivo micológico es usado para confirmar el diagnóstico.
- El tratamiento con antimicóticos suele dar resultados satisfactorios.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Arenas R. [Esporotricosis Una Micosis Cosmolita](#). Mas dermatol. 2010; 10:22-25.
2. Barba J, Mayorga J, Tarango V. [Esporotricosis linfangítica bilateral y simultánea](#). Rev-Iberoam-Micol.2009; 26(4):247-249.
3. Bada M, Arenas R, Ruiz J. [Esporotricosis en Veracruz. Estudio de cinco casos](#). Dermatología Rev Mex 2007; 51:9-13.
4. Conti I. [Esporotricosis](#). Rev. Méd. Uruguay 1987; 3: 135-147.
5. Saúl A, Bonifaz A. [Clasificación de la esporotricosis. Una propuesta con base en el comportamiento inmunológico](#). Dermatología Rev Mex 2011;55(4):200-208.

Correspondencia:

Jaime Salazar Zuloeta

Email: jaimosalazarzuloeta@yahoo.es

Revisión de pares:

Recibido: 09/11/2011