



Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica

www.elsevier.es/eimc



Diagnóstico a primera vista

Placa erosiva y costrosa en antebrazo izquierdo

Erosive and crusty plaque on the left forearm



Sonsoles Yáñez Díaz ^{a,*} y María Pía Roiz Mesones ^b

^a Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Universidad de Cantabria, IDIVAL, Santander, Cantabria, España

^b Servicio de Microbiología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, IDIVAL, Santander, Cantabria, España

Descripción clínica del caso

Varón de 54 años, con antecedentes de hemocromatosis hereditaria y cardiopatía hipertensiva, remitido a consulta de Dermatología para valoración de una lesión cutánea en antebrazo izquierdo, asintomática y sin clínica extracutánea asociada (fig. 1).

El paciente refería la aparición, tres meses antes, de dos pequeñas lesiones papulosas que aumentaron lentamente de tamaño. No había realizado viajes recientes, negaba contacto con animales, plantas o acuarios y no recordaba traumatismos en la zona.

Había recibido tratamiento antibiótico tópico y vía oral con amoxicilina-clavulánico (875/125) durante 10 días sin mejoría. La exploración física mostraba en la superficie de flexión del antebrazo izquierdo una placa redondeada de 6 cm de diámetro, de coloración violácea y superficie erosiva, con costras hemáticas. En la proximidad, y sin distribución en el trayecto de vasos linfáticos, dos lesiones satélites de superficie lisa de 1 y 2 cm. No se palpaban adenopatías



Figura 1. Placa eritemato-violácea con superficie erosiva y costrosa en antebrazo.



Figura 2. Colonia blanca con evolución a zonas más oscuras en medio Sabouraud con gentamicina y cloranfenicol. Incubación a 30°C.

regionales. Se realizó biopsia con *punch* de la lesión principal para estudio histológico y microbiológico.

Evolución

En el estudio histológico se observaron granulomas abscesificados en dermis e hiperplasia pseudoepitelomatosa suprayacente. Las tinciones de PAS, Grocott, Giemsa, y Ziehl-Neelsen fueron negativas. En el medio Sabouraud con gentamicina y cloranfenicol a 30°C del material de biopsia, se observó crecimiento de un hongo filamentoso cuya morfología y examen microscópico era compatible con la identificación de *Sporothrix schenckii* complex (figs. 2 y 3). La identificación definitiva se realizó mediante secuenciación de la región ITS y MALDI-TOF MS (VITEK® MS, bioMérieux).

Con el diagnóstico de esporotricosis cutánea fija, se realizó tratamiento con itraconazol 200 mg/día durante cinco meses, con buena tolerancia y curación de la lesión. El paciente, escayolista de

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: sonsolesjuana.yanez@scsalud.es (S. Yáñez Díaz).

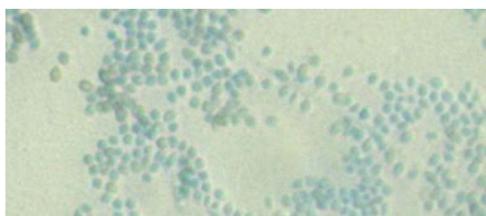


Figura 3. Examen en fresco de la placa de Sabouraud con gentamicina y cloranfenicol, donde se observan hifas hialinas finas y conidias ovaladas.

profesión, refería haber trabajado en la rehabilitación de una casa antigua, deshabitada durante mucho tiempo.

Comentario final

La esporotricosis es una infección micótica subcutánea granulomatosa de curso subagudo o crónico, causada por el hongo dimórfico *Sporothrix schenckii* complex, que incluye seis especies con diferencias en la distribución geográfica, características bioquímicas, grado de virulencia, patrones de enfermedad y respuesta a los tratamientos (*S. albicans*, *S. brasiliensis*, *S. luriei*, *S. globosa*, *S. mexicana* y *S. schenckii sensu stricto*)¹. La esporotricosis tiene distribución mundial, siendo endémica en áreas de climas templados y cálidos, con alta humedad ambiental, y raramente se describe en Europa². En España, entre 1920 y 1999, se publicaron 53 casos^{3,4} y no se ha detectado aumento de esporotricosis en los últimos años⁵, con casos aislados y una serie de ocho pacientes autóctonos en la provincia de Sevilla⁶.

S. schenckii es un hongo saprofita del suelo y de vegetales en descomposición. La forma más frecuente de adquisición de la enfermedad es por inoculación directa, siendo las profesiones relacionadas con la jardinería, guardabosques, agricultura y carpintería, donde más frecuentemente se observa, lo que explicaría que la mayor parte de las lesiones se observen en las extremidades, siendo el antebrazo la localización más frecuente en adultos. Los traumatismos cutáneos muchas veces pasan inadvertidos.

La presentación más frecuente de la esporotricosis es la cutánea, en las variantes *fija* y *linfocutánea*. La frecuencia varía según el área geográfica, presentándose la forma *fija* entre el 10-30% de casos frente al 85% de la *linfocutánea*⁷.

En la esporotricosis *linfocutánea* aparece en el punto de inoculación una lesión nodular y de forma progresiva aparecen nuevas lesiones, adoptando una distribución lineal en el trayecto de los

linfáticos. En la forma cutánea *fija*, las lesiones permanecen localizadas en el sitio de inoculación. Es más frecuente en niños y predomina la localización facial¹.

El diagnóstico definitivo de la esporotricosis cutánea se establece por el cultivo del hongo. Los hallazgos histopatológicos son inespecíficos y no permiten diferenciarla de otras enfermedades granulomatosas.

El tratamiento de elección para las formas cutáneas no complicadas es itraconazol a dosis de 100-200 mg/día durante tres a seis meses. Como segunda línea de tratamiento, la terbinafina y el fluconazol han demostrado ser eficaces. El tratamiento debe mantenerse dos a cuatro semanas después de la curación de las lesiones.

La esporotricosis es una infección rara en nuestro medio. La presentación clínica heterogénea puede simular otras enfermedades infecciosas granulomatosas, o tumores cutáneos. Es más habitual la sospecha clínica en la forma *linfocutánea* que en la variedad cutánea *fija*, en la que raramente se plantea el diagnóstico, especialmente en áreas no endémicas. Es importante conocer la actividad profesional del paciente e incluir la esporotricosis en el diagnóstico diferencial ante lesiones cutáneas con morfologías clínicas muy variables y de evolución crónica.

Conflictos de intereses

Las autoras declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

- Mahajan VK. Sporotrichosis: an overview and therapeutic options. Dermatol Res Pract. 2014;2014, <http://dx.doi.org/10.1155/2014/272376>.
- Chakrabarti A, Bonifaz A, Gutierrez-Galhardo MC, Mochizuki T, Li S. Global epidemiology of sporotrichosis. Med Mycol. 2015;53:3-14, <http://dx.doi.org/10.1093/mmy/muy062>.
- Camacho F, Moreno JC, Muñoz MA, Ríos JJ, González-Campora R. Esporotricosis. Aportación del primer caso andaluz y revisión de la casuística española. Actas Dermosifiliogr. 1997;88:27-30.
- Izquierdo MJ, Grilli R, Soriano ML, Fariña MC, Escalonilla P, Martín L, et al. Esporotricosis. Estudio clínico, histológico y microbiológico de un caso. Actas Dermosifiliogr. 1999;90:47-54.
- Buitrago MJ, Cuenca-Estrella M. Epidemiología actual y diagnóstico de laboratorio de las micosis endémicas en España. Enferm Infect Microbiol Clin. 2012;30:407-13, <http://dx.doi.org/10.1016/j.eimc.2011.09.014>.
- Ojeda T, Rodríguez Pichardo A, Suárez AI, Camacho FM. Esporotricosis en la provincia de Sevilla. Enferm Infect Microbiol Clin. 2011;29:233-4, <http://dx.doi.org/10.1016/j.eimc.2010.06.011>.
- Vásquez del Mercado E, Arenas R, Padilla-Desgarennes C. Sporotrichosis. Clin Dermatol. 2012;30:437-43, <http://dx.doi.org/10.1016/j.cldermatol.2011.09.017>.