



<http://www.elsevier.es/semergen>

423/147 - LESIÓN CUTÁNEA DE CAUSA PROFESIONAL

A. Martínez de Cos¹, J. González Fernández², J. Bustamante Odriozola³, M. Maamar El Asri⁴, B. Gutiérrez Muñoz⁵, D. Martínez Revuelta⁶

¹Medicina Familiar y Comunitaria. C.S. Astillero. Cantabria, ²Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Campo. Reinosa. Cantabria. ³Médico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Isabel II-Centro. Santander. Cantabria. ⁴Médico Residente de 2^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Interior. Camargo. Cantabria. ⁵Médico Residente de 2^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Isabel II-Centro. Santander. Cantabria. ⁶Médico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Costa. Camargo. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 52 años, sin antecedentes relevantes de interés. No intervenido quirúrgicamente. Sin tratamiento habitual. Trabajador de una empresa maderera. Acude a Urgencias por presentar, desde hace un mes y medio, lesión de aspecto rojizo, descamativa en la palma de la mano derecha, que ha progresado a pesar de ser valorado por su médico de Atención Primaria, quien inició tratamiento antibiótico oral con amoxicilina-clavulánico y cefditoren oral (en 2 tandas de 7 días) y mupirocina tópica. Asocia intenso prurito. No otros síntomas asociados.

Exploración y pruebas complementarias: A la exploración física, el paciente se encuentra afebril, con buen estado general, con resto de constantes vitales dentro de la normalidad. A la exploración física destaca una lesión de aspecto escamoso-nodular, bien delimitada en la palma de la mano derecha, discretamente sobreelevada con extensión a antebrazo por el reborde cubital, apreciándose enrojecimiento lineal ascendente que parece corresponderse con componente de linfangitis asociada. Se comenta el caso con dermatología, realizándose toma de biopsia para cultivos e iniciándose tratamiento de forma empírica con antifúngicos (terbinafina tópica). El resultado del cultivo en medio de Agar- dextrosa objetivó hifas delgadas, tabicadas y hialinas estableciéndose la presencia del hongo Sporothrix schenckii.

Juicio clínico: Esporotricosis cutánea.

Diagnóstico diferencial: Fundamentalmente con otras infecciones de etiología fúngica como la histoplasmosis y la coccidioidomicosis.

Comentario final: La esporotricosis constituye la micosis cutánea más frecuente a nivel mundial. Predomina en la edad adulta y puede adquirirse por lesiones secundarias al contacto con materia vegetal o madera. Por este motivo, tiene una estrecha relación ocupacional (como en el caso de nuestro paciente, trabajador de la madera). El diagnóstico fundamentalmente puede establecerlo la sospecha clínica, el contexto epidemiológico, y de certeza mediante biopsia para análisis histológico y cultivo. El tratamiento puede realizarse con antifúngicos por vía oral (itraconazol o terbinafina).

Bibliografía

Ojeda T, Rodríguez Pichardo A, Suárez AI, Camacho FM. Esporotricosis en la provincia de Sevilla. Enferm Infect Microbiol Clin. 2011;29(3):233-4.

Alfonso Armenteros, J. Esporotricosis linfangítica Rev Cubana Med. 1996;5(3):291-5.