

Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica

www.elsevier.es/eimc



Diagnóstico a primera vista

Placa eritematodescamativa con exudación en codo de 1 año de evolución

Erythematous exudative plaque in an elbow for 1 year

Ana Isabel Lorente-Lavirgen^{a,*}, José Bernabeu-Wittel^a, M. José Gómez Gómez^b y Julián Conejo-Mir^a

^a Servicio de Dermatología y Venereología, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España

^b Servicio de Microbiología, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España

Caso clínico

Varón de 71 años de edad, sin antecedentes de interés, que consultó por una lesión asintomática de 1 año de evolución en el codo izquierdo (fig. 1), que relacionaba con un traumatismo local durante el traslado de unos muebles. La lesión era indolora, no pruriginosa y presentó un crecimiento lento y progresivo. Negaba contacto con plantas, tierra o animales. Tampoco había realizado tratamiento sistémico o tópico. A la exploración presentaba en el codo izquierdo una placa eritematodescamativa con costras adheridas y exudación seropurulenta de 5 cm de diámetro. El resto de la exploración física fue rigurosamente normal, sin apreciarse adenopatías epitrocleares ni axilares.

Evolución

Se tomaron muestras para cultivo de gérmenes, y micobacterias, que resultaron negativos; y muestras para cultivo de hongos. Éstas últimas se sembraron en placas de agar Sabouraud dextrosa y Sabouraud-cloranfenicol a 25° y 30°C. No se tomaron muestras

para estudio histopatológico. El hemograma y la bioquímica no presentaron alteraciones. En el cultivo de hongos en medio agar Sabouraud-cloranfenicol a 30°C, a partir del quinto día empezaron a crecer unas colonias aterciopeladas de color negro en el centro con el borde blanquecino (fig. 2), con reverso de color gris a marrón oscuro. Se realizó tinción con azul de lactofenol a las colonias, observándose hifas finas, estrechas, largas, septadas y ramificadas, con pequeñas conidias en forma de lágrima, que se agrupaban como una «roseta» (fig. 3). Para confirmar la identificación se llevó a cabo el crecimiento en medio enriquecido (agar infusión cerebro-corazón) a 37°C. A los tres días crecieron unas colonias lisas de color crema-blanquecino con zona central algo más oscura, aterciopeladas y de superficie rugosa. Se realizó el examen en fresco observándose pequeñas levaduras. Con la demostración de las formas levaduriforme y micelar se concluyó la identificación de un hongo dimórfico perteneciente al complejo *Sporotrix schenckii*.

Así, se llegó al diagnóstico de esporotricosis cutánea fija. Se solicitaron radiografía de tórax, y comparadas de ambos codos, que fueron normales. El paciente realizó tratamiento con itraconazol 100mg 2 cápsulas diarias durante seis meses, con buena tolerancia



Figura 1. Placa eritematosa, queratósica y exudativa en codo izquierdo.



Figura 2. Macrofotografía. Colonias aterciopeladas de color negro en el centro con el borde blanquecino (Agar Sabouraud-cloranfenicol a 30°C).

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: ariselae84@gmail.com (A.I. Lorente-Lavirgen).

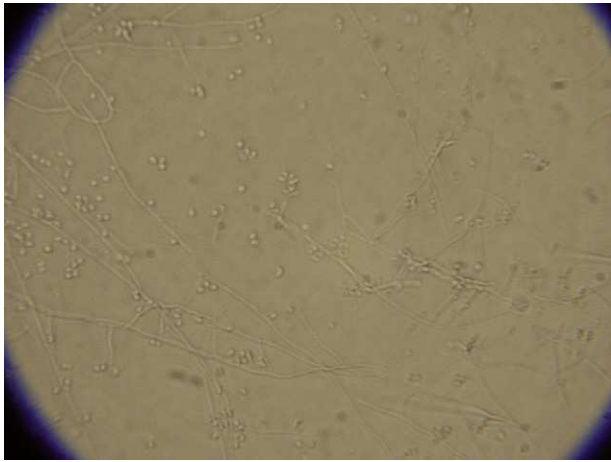


Figura 3. Microfotografía. Hifas delgadas de 1–2 mm de diámetro, con conidióforos perpendiculares cuyo extremo distal se dilata formando una vesícula denticulada, de la que nacen conidias hialinas que se agrupan en forma de ramillete (azul de lactofenol 60x).

y resolución de la lesión. Tras 6 meses de seguimiento no presentó signos de recurrencia.

Comentario

La esporotricosis cutánea es una micosis profunda, producida por la inoculación directa en dermis o tejido celular subcutáneo de alguna de las especies del complejo *Sporothrix schenckii*¹. Se trata de un hongo dimórfico que se encuentra en la vegetación, el suelo o la madera¹. Es más habitual en climas subtropicales pero también aparece en Europa, especialmente en España². Existen 3 formas cutáneas: esporotricosis linfocutánea, la más frecuente; cutánea fija, y cutánea diseminada², que tienen un curso suabagudo o crónico. La variante de esporotricosis en placa fija o no linfática, aparece en pacientes que han tenido un contacto y sensibilización previa con el microorganismo¹. Esta teoría está muy discutida, y parece que el tamaño y la profundidad del inóculo también podrían influir¹. Para llegar al diagnóstico es necesario el aislamiento del hongo en el cultivo, siendo éste el gold estándar para el diagnóstico^{1,2}. Para el cultivo, se recomienda la utilización de un medio base como agar Sabouraud a 25 °C, para el crecimiento de la forma filamentosa y de un medio enriquecido como por ejemplo, infusión cerebro-corazón o agar sangre a 37 °C, para el crecimiento de la forma levaduriforme¹. En nuestro caso las muestras inicialmente no se sembraron en los medios y las temperaturas específicas para el complejo *S. Shenckii*, porque la sospecha clínica inicial no

fue orientada hacia esporotricosis. El estudio histológico es poco rentable debido a la escasez de microorganismos en las lesiones, que suelen producir una reacción granulomatosa mixta con microabscesos neutrofilicos e hiperplasia pseudoepiteliomatosa^{1,3}; por ello, en nuestro caso decidimos no tomar muestra para estudio histológico evitando así aumentar la morbilidad del paciente. Si es necesario, se puede realizar PCR para el diagnóstico^{1,4,5}, dado que el diagnóstico microbiológico no siempre es sencillo. Hasta el momento no existe PCR comercial, ni tampoco hospitales de referencia donde se realice de forma habitual esta técnica, Hu y et al han descrito técnicas de PCR anidada tanto en ratones como en muestras de humanos incluidas en parafina⁵ y ofrecen la posibilidad de colaborar con otros laboratorios para llevar a cabo esta técnica. Respecto al tratamiento, las soluciones saturadas de yoduro potásico han sido utilizadas eficazmente, pero tiene efectos secundarios que dificultan la adherencia al tratamiento¹. La Sociedad Americana de Enfermedades Infecciosas propuso en 2000 itraconazol 200 mg diarios, durante 6 meses como tratamiento estándar con tasas de curación del 90–100%². En los últimos años, se han publicado al menos 10 casos en tratamiento con itraconazol en pauta pulsátil (400mg diarios 1 semana al mes) durante 6 meses, como una alternativa eficaz, económica y segura para el tratamiento de la esporotricosis cutánea^{6–8}. En nuestro caso, decidimos realizar una pauta continua por existir más evidencia en la literatura. En conclusión, la esporotricosis cutánea es una micosis poco frecuente pero presente en nuestro medio, cuyas lesiones pueden ser poco expresivas cuando se presenta en la forma de placa fija, como ocurrió en este enfermo. Por ello es importante la historia clínica en busca de traumatismo y la larga evolución de la lesión, para sospechar el diagnóstico.

Bibliografía

1. Lupi O, Trying SK, McGinnis MR. Tropical dermatology: Fungal tropical diseases. J Am Acad Dermatol. 2005;53:931–51.
2. Kauffman CA, Bustamante B, Chapman SW, Pappas PG. Clinical practice guidelines for the management of sporotrichosis: 2007 update by the Infectious Diseases Society of America. Clin Infect Dis. 2007;45:1255–65.
3. Bonifaz A, Vazquez-Gonzalez D, Perusquia-Ortiz AM. Subcutaneous mycoses: Chromoblastomycosis, sporotrichosis and mycetoma. J Dtsch Dermatol Ges. 2010;8:619–27.
4. Rodríguez-Tudela JL, Cuesta I, Gómez-López A, Alastruey-Izquierdo A, Bernal-Martínez L, Cuenca-Estrella MI. Molecular techniques in mycology. Enferm Infecc Microbiol Clin. 2008;26:47–53.
5. Hu S, Chung WH, Hung SI, Ho HC, Wang ZW, Chen CH, et al. Detection of *Sporothrix schenckii* in clinical samples by a nested PCR assay. J Clin Microbiol. 2003;41:1414–8.
6. Bonifaz A, Fierro L, Saúl A, Ponce RM. Cutaneous sporotrichosis. Intermittent treatment (pulses) with itraconazole. Eur J Dermatol. 2008;18:61–4.
7. Song Y, Zhong S-X, Yao L, Cai Q, Zhou J-F, Liu Y-Y, et al. Efficacy and safety of itraconazole pulses vs continuous regimen in cutaneous sporotrichosis. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2011;25:302–5.
8. Lumbreras C, Lizasoain M, Aguado JM. Systemic antifungal agents. Enferm Infecc Microbiol Clin. 2003;21:366–79.