

CASOS CLÍNICOS

# Esporotricosis fija cutánea

## Fixed cutaneous sporotrichosis

Verónica Lía Flores<sup>1</sup>, Karina Latorre<sup>1</sup>, Karina Ardizzoli<sup>2</sup>, Laura Ferreri<sup>3</sup> y Mariana Hurtado<sup>1</sup>

### RESUMEN

La esporotricosis se considera la micosis subcutánea de más amplia distribución. Es causada por el complejo *Sporothrix schenckii* y su puerta de entrada es, en general, la inoculación a través de un traumatismo. La forma linfangítica y la cutánea fija son los subtipos de presentación más frecuentes. El diagnóstico se confirma mediante el

cultivo micótico, donde se observa la clásica imagen de flor de durazno o margarita. Se presenta un caso clínico de esporotricosis fija cutánea. **Palabras clave:** esporotricosis fija cutánea, esporotricosis, *Sporothrix schenckii*.

Dermatol. Argent. 2022; 28(3): 132-134

### ABSTRACT

*Sporotrichosis is considered the most widely distributed subcutaneous mycosis. It is caused by the Sporothrix schenckii complex and it is inoculated by trauma. The lymphocutaneous and the fixed cutaneous forms are the most common type of presentations. The diagnosis is confirmed by fungal culture, where the classic image of peach*

*blossoms or daisies is seen. We present a clinic case of fixed cutaneous sporotrichosis.*

**Key words:** fixed cutaneous sporotrichosis, sporotrichosis, *Sporothrix schenckii*.

Dermatol. Argent. 2022; 28(3): 132-134

<sup>1</sup> Especialista en Dermatología, Servicio de Dermatología

<sup>2</sup> Magister en Micología Médica, Servicio de Laboratorio, Sector Microbiología

<sup>3</sup> Médica Especialista en Anatomía Patológica, Servicio de Anatomía Patológica  
HIGA Prof. Dr. Rodolfo Rossi, La Plata, Provincia de Buenos Aires, Argentina

Contacto de la autora: Verónica Lía Flores

E-mail: verofloreslp@hotmail.com

Fecha de trabajo recibido: 4/11/21

Fecha de trabajo aceptado: 21/9/22

Conflicto de interés: las autoras declaran que no existe conflicto de interés.

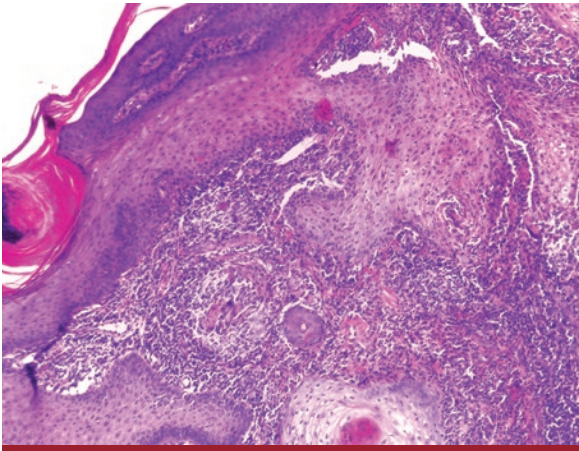
### CASO CLÍNICO

Un paciente de 59 años, chofer, oriundo de Bolivia, sin antecedentes patológicos, consultó por presentar una lesión en el brazo izquierdo de un año de evolución, de crecimiento progresivo. No refirió traumatismo previo ni contacto con animales. En el examen físico se observó una placa de 9 × 7 cm, con borde definido policíclico, con sector medial eritematoso, de superficie escamocostrosa y un sector lateral de aspecto cicatrizal, con pigmentación moteada y, a su vez, una lesión satélite de las mismas características (Foto 1) en la cara externa del brazo izquierdo. No tenía adenomegalias y el resto del examen físico no arrojó particularidades.

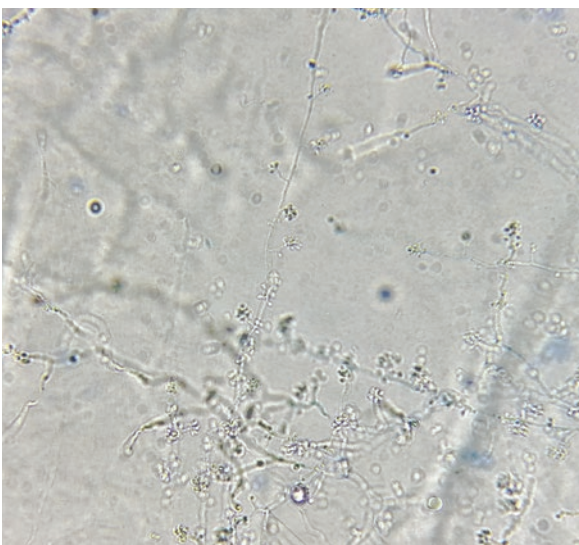
Con el diagnóstico presuntivo de micosis subcutánea, tuberculosis cutánea, leishmaniasis y sarcoidosis, se solicitó un estudio de laboratorio de rutina, que no evidenció alteraciones, y pruebas serológicas para hepatitis B, hepatitis C, VDRL y VIH, cuyos resultados fueron no reactivas. La biopsia de la lesión de la piel para estudio histopatológico informó: inflamación crónica granulomatosa no caseificante (Foto 2). Se realizaron las tinciones de Ziehl-Neelsen, PAS y Grocott, todas con resultado negativo. Examen directo y biopsia con sacabocados para cultivo: desarrollo del complejo *Sporothrix schenckii sensu latum* (Foto 3).



**FOTO 1:** Placa eritematosa, escamocostrosa, con un sector lateral, de aspecto cicatrizal.



**FOTO 2:** Tinción con hematoxilina-eosina (HyE, 10X). Se observa en la dermis un granuloma de células gigantes.



**FOTO 3:** En la microscopia del cultivo se observan los conidióforos largos y finos, desde donde nacen las conidias hialinas ovaladas dispuestas en forma de flor.

Teniendo en cuenta el cultivo y la presentación clínica de placa única, se arribó al diagnóstico definitivo de esporotricosis fija cutánea y se inició tratamiento con itraconazol 200 mg/día por vía oral. Después de un mes de tratamiento con mejoría clínica, el paciente abandonó los controles.

## COMENTARIOS

La esporotricosis es la micosis subcutánea más frecuente en Latinoamérica. El agente causal es el hongo ambiental del complejo *Sporothrix schenckii*<sup>1,2</sup>. El complejo *Sporothrix schenckii sensu latum (sl)* está integrado por *S. globosa*, *S. mexicana*, *S. pallida*, *S. luriei*, *S. brasiliensis* y *S. schenckii sensu stricto (ss)*. La identificación del complejo mediante métodos moleculares se realiza para estudios epidemiológicos en las zonas endémicas. La forma habitual de contagio es un traumatismo en 10-62% de los casos con material contaminado como plantas o astillas de madera, o mediante la mordedura o el rasguño de algún animal, casi siempre el gato, por lo que suele considerarse una enfermedad ocupacional y zoonótica<sup>1,3,4</sup>. Menos a menudo, se transmite por vía respiratoria y puede causar esporotricosis diseminada en los pacientes inmunodeprimidos<sup>1,5</sup>.

Cuando el contacto se produce con un individuo no inmune, se genera la forma linfangítica. Por el contrario, si ocurre en un individuo previamente expuesto, se desarrolla una esporotricosis de placa única, sin linfangitis<sup>5,6</sup>. El paciente del caso no tenía una profesión de riesgo y tampoco se identificó un traumatismo previo. Este hecho, sumado a la zona endémica de donde provenía y la presentación clínica de placa fija, mostraron que probablemente ya había estado expuesto al hongo, lo cual coincide con lo referido en la bibliografía.

La esporotricosis cutánea incluye las formas linfangítica, fija y diseminada. La afectación extracutánea puede afectar el pulmón, el sistema osteoarticular u otros órganos<sup>7</sup>. La forma cutánea fija se observa en el 25% de los casos, es de crecimiento lento y se presenta como una placa única -aunque pueden aparecer lesiones satélites- eritematosa, bien definida, de superficie escamosa o costrosa, infiltrada, que puede ulcerarse<sup>1,7-9</sup>. Suele localizarse en la cara y no es frecuente la diseminación linfática<sup>1</sup>. En el caso expuesto, si bien el paciente presentaba una placa de características coincidentes con lo publicado en la bibliografía, la localización no era la habitual, al igual que la lesión satelital. El diagnóstico diferencial debe plantearse con la leishmaniasis, las infecciones bacterianas, la paracoccidiodomicosis, el micetoma, el lupus vulgar y la sarcoidosis<sup>1,5</sup>.

El método complementario por excelencia para el diagnóstico es el cultivo<sup>1-3</sup>. El hongo se aísla fácilmente en agar de Sabouraud, donde macroscópicamente se observan colonias de color crema, filamentosas<sup>7</sup>. Microscópicamente, se desarrollan hifas hialinas tabicadas, con microconidias que crecen de las hifas, o se agrupan alrededor de un conidióforo largo y forman la imagen característica en flor de durazno o margarita (simpodiosporas)<sup>1,2,8</sup>. En el caso del paciente, en el cultivo en agar de Sabouraud con cloranfenicol a 28 °C crecieron colonias miceliales de color beige, las cuales con el tiempo se tornaron grises y compactas. La observación microscópica del cultivo arrojó el característico micelio fino, hialino y tabicado, y conidióforos erectos donde se disponían conidios ovoides que formaban la estructura típica ya mencionada. También se observaron algunos conidios sésiles a lo largo de las hifas. La observación directa no es útil, ya que la forma levaduriforme es muy

pequeña y difícil de teñir<sup>7</sup>. El estudio histopatológico muestra un proceso granulomatoso, como se observó en el paciente, considerado un granuloma esporotricósico<sup>9</sup>. Las tinciones de PAS y de Grocott pueden evidenciar, aunque no en todos los casos, las blastoconidias<sup>1,8</sup>.

El tratamiento de elección es el itraconazol, sin acuerdo unánime en cuanto a su duración. Presenta una tasa de respuesta del 90-100% y se recomienda indicarlo hasta por 4 semanas después de la curación. En las formas diseminadas se prefiere la administración de anfotericina B<sup>1,3</sup>. Pueden utilizarse otros antimicóticos por falta de respuesta o intolerancia, como la terbinafina o el flucanazol, pero los resultados son menos satisfactorios<sup>8</sup>. El yoduro de potasio por vía oral es otra posibilidad de tratamiento clásicamente utilizado, dada su buena relación costo-efectividad, aunque debido a la habitual intolerancia gastrointestinal y las frecuentes recaídas, no se lo considera de primera línea<sup>1,4</sup>.

## BIBLIOGRAFÍA

- Gaviria-Giraldo CM, Cardona-Castro N. Esporotricosis y cromoblastomicosis: revisión de la literatura. *Rev CES Med*. 2017;31:77-91.
- Fernández-González MDC, Reyes-Camejo N, González-Rodríguez JC, Montesino-López M, et al. Esporotricosis, a propósito de un caso. *Rev Cubana Med Trop*. 2016;68:171-178.
- Ramírez-Soto M, Lizárraga-Trujillo J. Esporotricosis granulomatosa: presentación de dos casos inusuales. *Rev Chil Infectol*. 2013;30:548-553.
- Arenas R. Esporotricosis. En: Arenas R. *Micología Médica Ilustrada*. México: McGraw-Hill; 2011:160-173.
- Bolla de Lezcano L, Di Martino B, Villalba J, Rodríguez M, et al. Esporotricosis cutánea fija de presentación inusual. Descripción de dos casos. *Rev Panam Infectol*. 2008;10:46-48.
- Pérez-Elizondo AD, Pineda-Pineda JA, Sánchez-Castillo JL. Esporotricosis en la población pediátrica: a propósito de dos casos. *Infect*. 2012;16:128-131.
- Amado S, Bonifaz A. Clasificación de la esporotricosis. Una propuesta con base en el comportamiento inmunológico. *Dermatol Rev Mex*. 2011;55:200-208.
- Ochoa-Reyes J, Ramos-Martínez E, Treviño-Rangel R, González GM, et al. Esporotricosis del pabellón auricular. Comunicación de un caso atípico simulando una celulitis bacteriana. *Rev Chil Infectol*. 2018;35:83-87.
- Padilla-Desgarenes MDC, Zuloeta Espinosa de los Monteros El, Santa Coloma JL. Esporotricosis linfagítica. Presentación de un caso. *Rev Cent Dermatol Pascua*. 2002;11:130-134.

## PERLAS

### Federico Pastore

Médico Dermatólogo y Legista.

Médico de Planta de Dermatología, Hospital Dr. Enrique Tornú.

Jefe del Servicio de Dermatología, Instituto César Milstein, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina



### EVALUACIÓN ESTANDARIZADA DEL CUERO CABELLUDO POR FOTOGRAFÍA EN PACIENTES CON ALOPECIA

La alopecia es un motivo de consulta muy frecuente y se asocia con alteración en el estado de ánimo, baja autoestima, ansiedad, etc. El crecimiento del nuevo cabello es lento y las variaciones pueden ser difíciles de apreciar, lo que puede llevar a ansiedad y falta de adherencia al tratamiento, entre otros.

La evaluación del especialista, en general, difiere de la percibida por el paciente, lo cual puede socavar la relación entre ambos.

Se les realizó a los pacientes una encuesta previa y posterior a la visita con el especialista.

Se evaluaron la gravedad de la alopecia autopercebida respecto de la consulta anterior, el grado de ansiedad asociado a la pérdida de cabello y la motivación para continuar el tratamiento.

La primera encuesta se realizó antes de ver las fotografías estandarizadas del cuero cabelludo y, la posterior, luego de verlas junto con el médico tratante.

Antes de ver las fotografías comparadas del cuero cabelludo, el 34,4% de los pacientes informaron que la pérdida fue "peor" o "mucho peor" y el 81,5% manifestaron ansiedad asociada a la alopecia.

Luego de ver las fotografías con el especialista, el 52,9% de los pacientes refirieron mejoría de la alopecia y el 81,5%, disminución de la ansiedad.

El 93% de los pacientes comentaron que ver las fotografías les resultó útil.

La fotografía estandarizada del cuero cabelludo disminuye la ansiedad y mejora la congruencia entre la evaluación clínica y la autopercebida por el paciente.

Pathoulas JT, Flanagan KE, Walker CJ, Wiss IMP, et al. Evaluation of standardized scalp photography on patient perception of hair loss severity, anxiety, and treatment. *J Am Acad Dermatol*. 2021;85:1640-1641.