

Diagnóstico a primera vista

## Erupción de patrón esporotricoide

### Sporotrichoid eruption pattern

Raquel Conejero-del Mazo\*, Mariano Ara-Martín, Claudia Conejero-del Mazo y María Pilar Grasa-Jordán

Servicio de Dermatología, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza, España



#### INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

##### Historia del artículo:

Recibido el 2 de febrero de 2014

Aceptado el 19 de febrero de 2014

#### Descripción clínica

Un varón de 59 años consultó por presentar lesiones en la extremidad superior izquierda de un mes de evolución. Comenzaron en la región periungueal del 4.º dedo y posteriormente se extendieron de manera proximal. Había sido tratado con amoxicilina-ácido clavulánico oral y ácido fusídico tópico sin mejoría, y con extensión progresiva de las lesiones. No había asociado otra sintomatología. Era albañil, tenía conejos y no refería contacto con acuarios. Realizando una anamnesis dirigida, recordaba haberse clavado una astilla en el lugar de la aparición de la primera lesión 2 meses antes.

A la exploración física se presentaba en el dorso del 4.º dedo de la mano izquierda una placa eritematosa con pústulas en superficie (fig. 1), y a lo largo de la extremidad superior izquierda se observaban múltiples nódulos de hasta 2,5 cm de diámetro, eritematosos, alguno de ellos con pústulas y costras hemorrágicas (fig. 2). No había adenopatías axilares.



**Figura 1.** Dorso del 4.º dedo de la mano izquierda con una placa eritematosa con pústulas en superficie.



**Figura 2.** Múltiples nódulos a lo largo de la extremidad superior izquierda, eritematosos, alguno de ellos con pústulas y costras hemorrágicas.

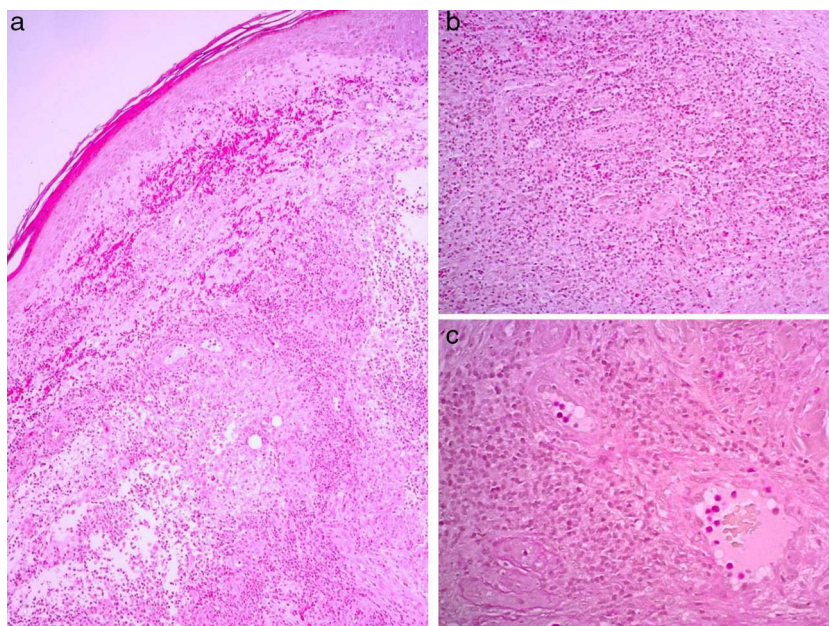
#### Evolución

Se realizaron 2 biopsias, para estudio histológico y para cultivo. La histología mostraba un epitelio sin alteraciones, la dermis estaba ocupada por un infiltrado inflamatorio (fig. 3a). El infiltrado era de aspecto granulomatoso, constituido por numerosos histiocitos de aspecto epitelioides rodeados por linfocitos y algunos eosinófilos y células plasmáticas (fig. 3b,c). Las tinciones de PAS y Ziehl Neelsen resultaron negativas.

El hemograma, la bioquímica y el estudio de coagulación resultaron dentro de la normalidad.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: raquel.conejero@hotmail.com (R. Conejero-del Mazo).



**Figura 3.** a) Epitelio sin alteraciones; la dermis se encuentra ocupada por un infiltrado inflamatorio (H-E;  $\times 40$ ). b,c) A mayor aumento se aprecia un infiltrado de aspecto granulomatoso constituido por numerosos histiocitos de aspecto epitelioide rodeados por linfocitos y algunos eosinófilos y células plasmáticas (H-E; b,  $\times 100$ ; c,  $\times 200$ ).

Ante la sospecha diagnóstica de esporotricosis por el antecedente de pinchazo con una astilla de madera se pautó tratamiento empírico con itraconazol 100 mg cada 12 h, a la espera del resultado del cultivo.

El cultivo resultó positivo para *Sporothrix schenckii*, se diagnosticó al paciente de esporotricosis de patrón esporotricóide o linfocutáneo y se continuó con el mismo tratamiento, con resolución progresiva de las lesiones.

### Comentario final

La esporotricosis es una micosis subcutánea producida por el microorganismo dimórfico *Sporothrix schenckii*, saprofito medioambiental distribuido por todo el mundo. Es causada por la inoculación traumática del hongo o por la inhalación de esporas por el tracto respiratorio<sup>1</sup>.

La presentación clínica más frecuente de la esporotricosis es el patrón esporotricóide o linfocutáneo, y hace referencia al punto de inoculación primaria más la diseminación de la infección a lo largo de los vasos linfáticos con un patrón nodular. La esporotricosis fija cutánea muestra una úlcera fija o placa granulomatosa en el punto de inoculación, y generalmente son casos con historia previa de contacto. Las formas multifocales o diseminadas y la enfermedad diseminada extracutánea son raras, y generalmente se presentan en pacientes inmunodeprimidos<sup>1,2</sup>.

Para llegar al diagnóstico es necesario el aislamiento del hongo en el cultivo de la biopsia cutánea. El estudio histológico no suele ser diagnóstico debido al escaso número de microorganismos en las lesiones, que suelen producir una reacción granulomatosa mixta e hiperplasia pseudoepiteliomatosa; las estructuras características son levaduras ovaladas o alargadas, y los cuerpos asteroides no son observados de forma habitual<sup>3</sup>. Si es necesario se puede realizar PCR para el diagnóstico<sup>4</sup>.

Respecto al tratamiento, las soluciones de yoduro potásico saturado han sido clásicamente el tratamiento de elección, pero tienen efectos secundarios que dificultan la adherencia al mismo. El tratamiento más empleado en el momento actual es itraconazol 200 mg/día durante 3-6 meses como tratamiento estándar. Se han publicado casos en tratamiento pulsátil con itraconazol 400 mg/día una semana al mes durante 6 meses como alternativa eficaz<sup>5</sup>. En nuestro caso empleamos la pauta continua por existir mayor evidencia en la literatura.

El principal diagnóstico diferencial es la infección por micobacterias atípicas, en concreto *Mycobacterium marinum*. Otras enfermedades que pueden cursar con este patrón son nocardiosis, cromoblastomicosis, pioderma bacteriano, leishmaniasis, tularemia, tuberculosis, sífilis primaria, enfermedad por arañazo de gato, infecciones por hongos oportunistas en inmunocomprometidos<sup>6</sup>. Estos agentes necesitan terapia antimicrobiana específica, y por ello la identificación del patógeno causal es lo principal. El diagnóstico final es mediante cultivo.

Queremos destacar la importancia de realizar una anamnesis detallada para la sospecha del microorganismo causal ante la presentación de un paciente con lesiones de morfología esporotricóide.

### Bibliografía

- Lupi O, Trying SK, McGinnis MR. Tropical dermatology: Fungal tropical diseases. *J Am Acad Dermatol.* 2005;53:931–51.
- Morris-Jones R. Sporotrichosis. *Clin Exp Dermatol.* 2002;27:427–31.
- Zhang YQ, Xu XG, Zhang M, Jiang P, Zhou XY, Li ZZ, et al. Sporotrichosis: Clinical and histopathological manifestations. *Am J Dermatopathol.* 2011;33:296–302.
- Barros MB, de Almeida Paes R, Schubach AO. *Sporothrix schenckii* and sporotrichosis. *Clin Microbiol Rev.* 2011;24:633–54.
- 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.
- Ramos-e-Silva M, Vasconcelos C, Carneiro S, Cestari T. Sporotrichosis. *Clin Dermatol.* 2007;25:181–7.