

Un piercing nasal que se volvió pesadilla: esporotricosis fija cutánea, a propósito de un caso clínico

Diana González-Dardón¹, Adriana Montenegro-Berganza², Luisa Chang-Chávez³

¹Residente III de maestría Dermatología Hospital General San Juan de Dios Guatemala, Guatemala..

²Residente I de maestría Dermatología Hospital General San Juan de Dios Guatemala, Guatemala.

³Dermatóloga adscrita Departamento de Dermatología Hospital General San Juan de Dios Guatemala, Guatemala.

Trabajo no recibió financiamiento. Los autores declaran no tener conflictos de interés.

Recibido: 26 de septiembre 2022, Aceptado: 26 de abril 2023.

Correspondencia autor:
Diana González
Email: dig612.dg@gmail.com

RESUMEN

La esporotricosis cutánea es una micosis producida por inoculación de hongos dimorfos llamados *Sporothrix* spp. Se reporta el caso de una paciente de 17 años, inmunocompetente con diagnóstico de esporotricosis cutánea fija en nariz ocasionada por la colocación de un piercing sin protocolos de higiene. Se diagnosticó por medio de cultivo y biopsia. El tratamiento consistió en la combinación de yoduro de potasio e itraconazol con adecuada respuesta.

Key words: Esporotricosis cutánea fija, inmunocompetente

ABSTRACT

Cutaneous sporotrichosis is a mycosis produced by inoculation of dimorphic fungi called *Sporothrix* spp. We present the case of a 17-year-old patient, immunocompetent with a diagnosis of fixed cutaneous sporotrichosis in the nose caused by the placement of a piercing without hygiene protocols. It is diagnosed by positive culture and biopsy. Treatment consisted of the combination of potassium iodide and itraconazole with adequate response.

Palabras claves: Fixed cutaneous sporotrichosis, immunocompetent

La esporotricosis es una micosis por implantación, subcutánea o profunda, de curso variable, producida por hongos dimorfos denominados *Sporothrix schenckii*. Afecta principalmente piel y ganglios linfáticos en forma de nódulos y gomas.¹

Sporothrix está presente en suelos y es de distribución mundial. No obstante, es endémica en México, América Central y Sudamérica. En estas localizaciones, la exposición al organismo suele darse en personas que trabajan al aire libre.²

La enfermedad cutánea primaria se inicia a través de traumatismos con materiales contaminados. La primera lesión se presenta en el sitio de inoculación y se produce el chancro esporotricósico. Aproximadamente 15 días después, la respuesta inmunitaria entra en juego y la enfermedad puede seguir dos cursos: un

porcentaje muy bajo tiene resolución espontánea; o bien extenderse por contigüidad causando lesiones cutáneas.¹

Un dato importante por resaltar es la alta resistencia a la enfermedad y es debido a la distribución universal del hongo. Se necesita exposición repetida o algún tipo de inmunosupresión (alcoholismo, VIH, diabetes mellitus, desnutrición) para favorecer la enfermedad. La reinfección esporotricósica se presenta en sujetos con contacto previo con el hongo, se manifiesta con formas fijas y breves o por lesiones sin tendencia a la curación.³

Las manifestaciones clínicas de la esporotricosis son polimorfas, se consideran 3 formas clínicas de la esporotricosis cutánea: a) linfagítica, b) formas fijas, c) diseminada o hematógena.⁴

La forma linfagítica es la más frecuente, se observa hasta en el 70% de los casos. Se presenta en miembros superiores, inferiores y cara. Aparece en el sitio de inoculación un nódulo eritemato-violáceo no doloroso, que puede ulcerarse. Dos a tres semanas después aparece un nuevo nódulo o goma semejante al primero, y posteriormente en forma escalonada, se presentan nuevas lesiones ascendentes siguiendo el trayecto de los vasos linfáticos.^{1,4}

La forma cutánea fija es la segunda más frecuente. El hongo permanece en el sitio de la inoculación. Se observa en cara, cuello y tronco, pero predomina en miembros superiores. Se presenta como una placa infiltrada eritemato-violácea verrugosa. Se considera como una forma de reinfección y refleja un alto grado de inmunidad del sujeto.^{1,3,4}

La forma diseminada es la menos frecuente asociada a un mal pronóstico y mala respuesta a tratamiento. Hay afectación de otros órganos como huesos, articulaciones, pulmón entre otros y nula regresión espontánea.¹

El diagnóstico se realiza por medio de los hallazgos clínicos y exámenes micológicos. El examen directo no es útil ya que no se pueden observar las levaduras, por lo que el cultivo obtenido de la secreción o raspado es el estándar de oro. La realización de una biopsia no es diagnóstica, pero sí muy sugestiva.^{1,5}

En cuanto al tratamiento el yoduro de potasio es el fármaco de elección en países en vías de desarrollo por su bajo costo y excelente eficacia. Otra alternativa son los derivados azólicos como el itraconazol los cuales se consideran de primera línea en países desarrollados.^{1,2}

A continuación, se presenta el caso clínico de una paciente que resultó ser un reto diagnóstico para los dermatólogos debido a que tanto su vía de entrada como perfil inmunitario no correspondían a la presentación clínica de las lesiones observadas.

CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 17 años, estudiante, originaria y residente de ciudad de Guatemala. Presenta dermatosis localizada en cabeza que afecta región nasal, caracterizada por 2 neoformaciones de 0.8x0.5 y 2x3cm,

exofíticas, de base sésil, bordes definidos, eritematosos, de aspecto verrugoso y firme a la palpación, esto asentaba sobre piel normal asociado a dolor y prurito de evolución crónica. (Figura 1)



Figura 1
Esporotricosis cutánea fija. Paciente con lesiones en rostro de 6 meses de evolución.

Paciente refiere que hace 1 año se realiza piercing en ala nasal izquierda en un lugar descrito como “poco higiénico”, 6 meses después inicia con lesiones en las que aplica únicamente cremas triples (combinación de esteroide, antimicótico y antibiótico) de uso crónico, sin embargo, esta se extiende y decide consultar.

Se realizan pruebas de laboratorio, las cuales se encontraban dentro de los límites normales, biopsia punch y exámenes micológicos. La histopatología reporta una epidermis hiperqueratósica con áreas de paraqueratosis, espongirosis, en dermis se observa infiltrado granulomatoso difuso compuesto por histiocitos, linfocitos y células plasmáticas con formación de células gigantes multinucleadas donde se observa

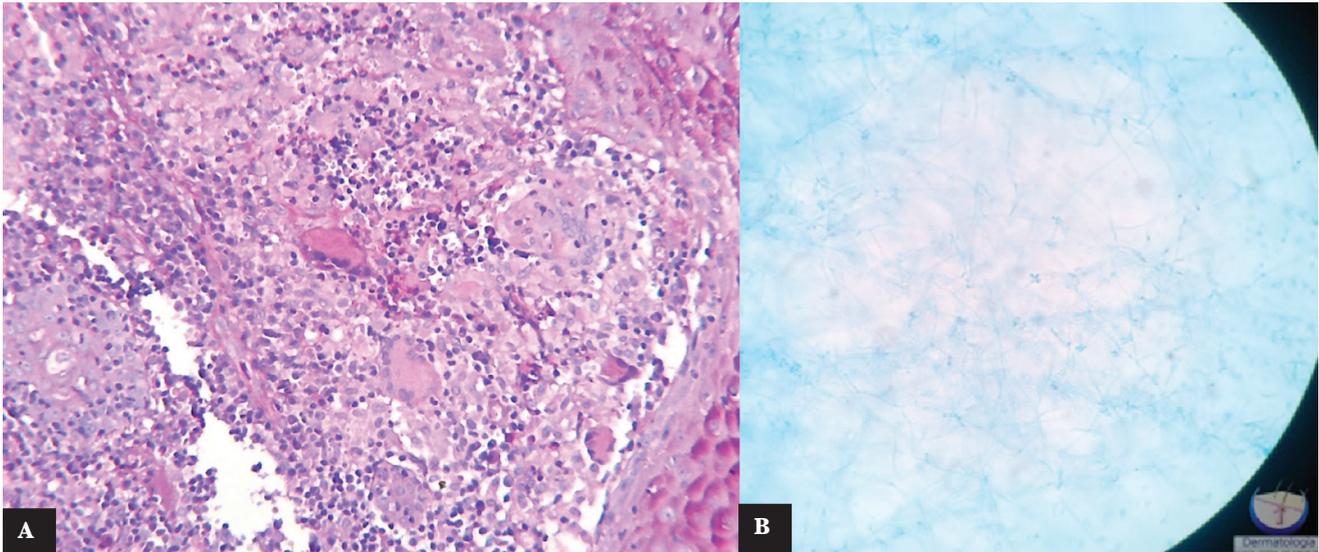


Figura 2

Esporotricosis cutánea fija.

A. formación de células gigantes multinucleadas donde se observa escasas esporas ovaladas que se hacen evidentes con tinción de PAS.

B. Cultivo de hongos donde se observa estructuras en forma de flor de durazno.

escasas esporas ovaladas que se hacen evidentes con tinción de PAS. (Figura 2A) El examen directo micológico es negativo y se decide esperar resultado de cultivo. Un mes después, se obtienen los resultados de este, el cual fue positivo para *Sporothrix schenckii*. (Figura 2B)

Debido a los hallazgos clínicos e histopatológicos se hace el diagnóstico de esporotricosis fija cutánea. El plan terapéutico de la paciente consistió en Yoduro de potasio más Itraconazol 200mg. Luego de 5 meses de tratamiento paciente con excelente evolución clínica con disminución de tamaño de las lesiones y mejoría de los síntomas. (Figura 3)

DISCUSIÓN

La esporotricosis cutánea es una micosis subcutánea poco frecuente en pacientes inmunocompetentes sin antecedentes ocupacionales importantes. En países como México y Guatemala se ha considerado como la micosis más importante y una enfermedad ocupacional, la cual afecta principalmente a campesinos, vendedores de flores y veterinarios.^{1,2}

Las lesiones casi siempre inician en el lugar de entrada o inoculación primaria por medio de soluciones

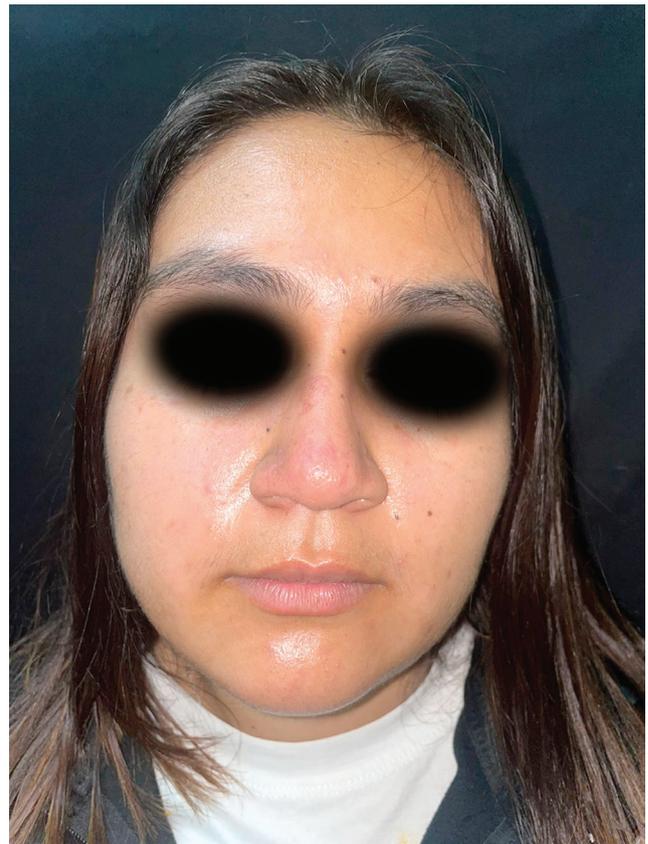


Figura 3

Esporotricosis cutánea fija. Evolución clínica de lesiones luego de 5 meses de tratamiento.

de continuidad causadas por traumatismos y excoriaciones con componentes contaminados. Además, las clasificaciones clínicas de la esporotricosis dependen de su relación inmunológica donde se ha descrito la variante linfagítica como la más frecuente en pacientes inmunocompetentes.^{1,6}

La esporotricosis cutánea fija no debe ser considerada estrictamente como una enfermedad ocupacional, ya que en este caso se presenta a una paciente inmunocompetente que no habita en ningún foco endémico y tampoco refiere antecedente ocupacional de importancia. Aunque el tratamiento de elección en países en vías de desarrollo sigue siendo el yoduro de potasio por su eficacia y bajo costo, el Itraconazol 200mg/día por vía oral es el derivado azólico de elección para estos casos por un tiempo mínimo de 3 meses.^{1,7}

CONCLUSIONES

La esporotricosis cutánea es un trastorno frecuente en nuestro medio; sin embargo, su forma fija es inusual y sus lesiones clínicas se engloban en un listado de diagnósticos diferenciales. Así mismo, se debe de sospechar para ofrecer un tratamiento temprano y oportuno. El pronóstico de esta enfermedad es bueno; puede resolverse espontáneamente o exhibir un curso prolongado. Este caso nos enseña que incluso en áreas endémicas, hay casos de esporotricosis fija cutánea en pacientes sin datos epidemiológicos comúnmente asociados. Es importante hacer nuestras propias estadísticas para apoyar con la literatura de esta entidad.

REFERENCIAS

1. A. Bonifaz, *Micología médica básica, tratamiento y manejo*. 6 ed. México: McGrawHill; 2020.
2. Bologna J, Schaffer J, Cerroni L. *Dermatología*. 4 ed. Estados Unidos: Elsevier; 2018.
3. Arenas R. *Dermatología: atlas, diagnóstico y tratamiento*. 7 ed. México: McGrawHill; 2019.
4. Padilla M, Novales J, Zuloeta E, Collado K. Esporotricosis cutánea fija. Presentación de un caso. *Rev Cent Dermatol Pascua*. 2002; 11(3): 122-125.
5. Rivera Barquedo A. *Esporotricosis: estado actual del conocimiento*. [tesis Micólogo médico en línea]. Costa Rica: Universidad de Costa Rica, Programa de Postgrado en Especialidad en Microbiología; 2021. [citado sep 2022]. Disponible en: <https://www.kerwa.ucr.ac.cr/handle/10669/84377>
6. De Souza E, De Moraes C. Clinical features, fungal load, coinfections, histological skin changes, and itraconazole treatment response of cats with sporotrichosis caused by *Sporothrix brasiliensis*. *Scientific Reports*. 2018; 8:9074 DOI:10.1038/s41598-018-27447-5
7. Román M, Porres S. *Esporotricosis cutánea. Informe de casos*. *Revista Médica Gt, Colmedegua*, Vol. 157 Núm. 2 2018.