

ESPOROTRICOSIS

ASPECTOS CLINICOS EN 78 PACIENTES

H. VELEZ, L. SANTAMARIA, G. GUZMAN, M. ESCOBAR

Desde enero de 1981 hasta agosto de 1983 se comprobaron 78 casos de esporotricosis en el laboratorio de micología de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia; ellos representaron el 1.4% del total de pacientes atendidos en ese lapso para propósitos de diagnóstico micológico; la enfermedad predominó en el sexo masculino con localización en los miembros superiores y en las dos primeras décadas de la vida; fue más frecuente la forma cutánea fija y el cultivo fue positivo en el 88.5% de los casos. Se llama la atención sobre la necesidad de pensar en esporotricosis a pesar de la ausencia de antecedentes traumáticos de compromiso linfático.

INTRODUCCION

En comparación con otras enfermedades infecciosas, las micosis no son en Colombia un problema considerable de salud pública; sin embargo, la esporotricosis se observa frecuentemente en nuestro medio y su incidencia en otros países ha aumentado progresivamente (1, 2). La mayoría de los casos publicados en años recientes provienen de México, América Central, Colombia y Brasil (3).

La esporotricosis se adquiere más frecuentemente por trauma con material contaminado con el hongo *S. Schenckii* ha habido casos ocasionales debidos a inhalación (3). La enfermedad predomina en hombres (1, 4) y afecta a personas de todas las edades (4). Sus manifestaciones clínicas son muy variadas por lo que fácilmente se confunde con otras entidades (1, 4); predominan, sin embargo, las formas linfocutánea y cutánea fija que, asociadas a los datos epidemiológicos, orientan al médico hacia su diagnóstico.

Dra. Herta Vélez, Dra. Lucía Santamaría, Dra. Gisela Guzmán, Dra. Martha L. Escobar: Profesoras, Departamento de Micología y Parasitología, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia, Medellín.

Solicitud de separatas a la Dra. Vélez.

La forma linfocutánea es la más típica de la enfermedad y, para algunos autores, la más frecuente (1, 6); sin embargo, Velásquez y col. (4) en su informe de 150 casos, estudiados entre 1962 y 1974, encontraron mayor frecuencia de la forma fija.

El presente es un informe sobre los casos de esporotricosis diagnosticados en el laboratorio de micología de la facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia entre enero de 1981 y agosto de 1983.

MATERIAL Y METODOS

Los pacientes fueron remitidos al laboratorio de micología para el estudio de cuadros clínicos compatibles con esporotricosis; este informe abarca los 78 individuos en quienes se comprobó tal entidad.

En todos los casos se hicieron exámenes directos con KOH y cultivos en medios de Sabouraud y Micosel*; la incubación se hizo a temperatura ambiente (24-28°C) por cuatro semanas, con revisión cada siete días y estudio microscópico de las colonias sospechosas en busca de las formas características del *S. Schenckii*, que son las microcomidias dispuestas en forma de margarita; en 13 pacientes se hizo biopsia.

Se hicieron intradermorreacciones con antígenos metabólicos tanto micelial como levadura, preparados a partir de cepas autóctonas de *S. Schenckii*; sus resultados son objeto de publicación separada (7).

RESULTADOS

El total de pacientes atendidos en el lapso de este estudio fue de 5.601 de los cuales en 78 (1.4%) se comprobó esporotricosis. La diferencia con la frecuencia del 1 % presentada por Velásquez y col. (4) fue significativa ($p = 0.023$), habiendo sido estudiados ambos grupos de pacientes en el mismo laboratorio.

* BBL, Cockeysville, Maryland.

La enfermedad se comprobó en 69 pacientes (88.5%) por cultivos que revelaron crecimiento del *S. Schenckii*; en 9 (11.5%) no lo hubo y el diagnóstico se basó en la asociación de los siguientes criterios: antecedente traumático, cuadro clínico, intradermorreacción positiva y respuesta terapéutica a los yoduros; en cuatro, además, la biopsia fue compatible con la entidad.

Procedencia

Todos los pacientes procedían del departamento de Antioquia, a saber: del oriente antioqueño 26 (33.3%); del valle de Aburrá 35 (44.9%) y 17 de otras zonas varias (21.8%).

Antecedentes traumáticos

Diecisiete individuos (21.8%) habían sufrido trauma con material vegetal; 24 (30.8%) otros tipos de trauma, entre ellos arañazo de gato, mordedura de rata, picadura de mosquito o de alacrán, trauma con metales, con muros o con el suelo; los restantes 37 pacientes (47.4%) no relataban historia traumática.

Edad y sexo

Predominó el sexo masculino (66.7%); hubo pacientes desde 2 hasta 70 años pero el mayor número estuvo comprendido en las dos primeras décadas (42.3%) (Tabla 1).

Tabla 1. Edad y sexo en 78 pacientes.

Grupos de edad	Sexo		Total	
	Masculino	Femenino	No.	%
0-10	15	4	19	24.4
11-20	9	5	14	17.9
21-30	9	2	11	14.1
31-40	1	2	3	3.8
41-50	7	4	11	14.1
51-60	3	6	9	11.5
61 y más	8	3	11	14.1
TOTAL	52 (66.7%)	26 (33.3%)	78	100.0

Localización de las lesiones

En ambos sexos las lesiones se localizaron con mayor frecuencia en los miembros superiores; en los hombres el segundo lugar lo ocuparon las de los miembros inferiores y en las mujeres las de la cara; esta diferencia, sin embargo, no fue significativa (Tabla 2). Hubo tres pacientes con localización en la espalda y un alcohólico, con enfermedad diseminada.

Tabla 2. Localización de las lesiones en 78 pacientes.

Localización	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino		No.	%
	No.	%	No.	%	No.	%
Miembro superior	24	46.2	14	53.8	38	48.7
Miembro inferior	14	26.9	2	7.7	16	20.5
Cara	11	21.2	9	34.6	20	25.7
Otros	3	5.8	1	3.8	4	5.1
TOTAL	52	66.7	26	33.3	78	100.0

Evolución de la enfermedad

Aunque hubo períodos de evolución desde 11 días hasta 2 años, las dos terceras partes de los pacientes (65.3%) relataron historias inferiores a seis meses.

Formas clínicas

La más frecuentemente hallada fue la forma cutánea fija (42 pacientes; 53.8%) seguida por la linfocutánea clásica (33 individuos; 42.3%). Dos personas tuvieron formas mucocutáneas (2.6%) y una, enfermedad diseminada (1.3%).

La forma cutánea fija, independientemente de su localización, adoptó modalidades costrosas, piodermíticas, eritematoescamosas o queloidianas. En este grupo se incluyen cuatro pacientes con formas polimorfos atípicas (4); uno de ellos presentaba lesiones "leishmanioides" en los miembros superiores (Figura 1); otro sufría de lesiones cutáneas, ulcerativas, diseminadas en miembros superiores e inferiores; los dos restantes exhibían lesiones



Figura 1. Lesiones leishmanioides en miembro superior.

verrugosas indistinguibles, en uno, de la cromomicosis.

Los dos pacientes con la forma muco-cutánea tenían destrucción del tabique nasal. En dos individuos con lesiones linfocutáneas había afección de la punta de la nariz y lesiones satélites bilaterales que seguían trayectos linfáticos superficiales (Figura 2).

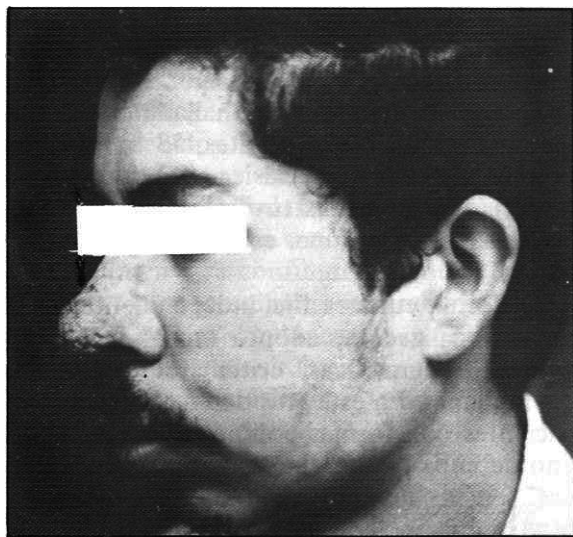


Figura 2. Compromiso de la punta de la nariz y lesiones que siguen el trayecto de los linfáticos superficiales.

DISCUSION

El incremento significativo en la proporción de pacientes atendidos en este laboratorio y en quienes se documenta esporotricosis, puede atribuirse a un mejor conocimiento de la entidad por parte del personal médico o a la más frecuente utilización del laboratorio para comprobar la etiología de lesiones sospechosas; también, quizás, a un aumento real de la incidencia de la enfermedad; carecemos de datos para sustentar una u otra posibilidad.

A semejanza de lo informado por Velásquez y Restrepo (4) el compromiso fue más frecuente en los miembros superiores; sin embargo, a diferencia de tal serie, el segundo lugar en frecuencia lo ocuparon las lesiones faciales; este dato concuerda con el referido por Amado (2).

En otros países (1, 2) la forma linfocutánea es la predominante; en nuestro medio lo es la cutánea fija; ese fue el hallazgo tanto en la recopilación hecha entre 1962 y 1974 (4) como en la presente que abarca los años 1981, 82 y 83; desconocemos la razón de la discrepancia.

En este estudio la positividad del cultivo fue de 88.5%, en el de Rocha (8), sólo alcanzó al 72% pese a que los procedimientos micológicos fueron comparables; en vista de la negatividad, en ambos estudios, de una proporción de los pacientes con sospecha bien fundada de esporotricosis, planteamos la conveniencia de insistir con cultivos adicionales si el primero es negativo.

Ningún paciente de este estudio fue negativo tanto en el cultivo como en las intradermoreacciones; es una situación diferente a la hallada por Rocha (8) quien aceptó como esporotricosis la enfermedad de dos de sus pacientes (4.1%) con base solamente en criterios clínicos, anatomopatológicos y epidemiológicos; proponemos que si al menos uno de los dos criterios (cultivo o intradermoreacción) es positivo, el diagnóstico queda más sólidamente sustentado.

Llamamos la atención hacia la ausencia de antecedente traumático en el 47.4% de los pacientes; hacia tipos muy peculiares de trauma como la picadura de alacrán y hacia lesiones indistinguibles de la cromomicosis; el clínico

ha de tener presentes estas variantes del cuadro usual para retinar su agudeza diagnóstica.

SUMMARY

Between January 1981 and August 1983, 78 cases of sporotrichosis were documented at the mycology laboratory of the University of Antioquia, Colombia. They constitute 1.4% of the total of patients seen during that period of time for mycological diagnosis. The disease was more common in men, in the first 2 decades of life and in the upper extremities. Cultural isolation was successful in 88.5% of the cases. We emphasize the need to consider sporotrichosis even in the absence of trauma or lymphatic involvement.

AGRADECIMIENTOS

A los doctores Fernando Montoya M. y Federico Díaz G., por sus útiles sugerencias para la preparación de este artículo.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- CONTI-DIAZ IA. La esporotricosis en el Uruguay. Aspectos epidemiológicos y clínicos. An Fac Med Montevideo 1981; 4: 137-146.
- 2.- AMADO S. Esporotricosis. Tribuna Médica 1971; 40: 266-269.
- 3.- RIPPON JW. Sporotrichosis. En: Medical Mycology. 2a ed. Philadelphia: Saunders, 1982: 277-302.
- 4.- VELASQUEZ JP, RESTREPO A, CALLE G. Experiencia de 12 años con la esporotricosis. Polimorfismo clínico de la entidad. Antioq Med 1976; 26: 153-169.
- 5.- LYNCH PJ, BOTERO F. Sporotrichosis in children. Am J Dis Child 1971; 122: 325-327.
- 6.- DOLEZAL JF. Blastomycoid sporotrichosis. Response to low-dose amphotericin B. J Am Acad Dermatol 1981; 4: 523-527.
- 7.- VELEZ H, SANTAMARIA L, GUZMAN G, et al. Esporotricosis. Estudio comparativo de los antígenos micelial y levadura de *S. Schenckii* mediante pruebas cutáneas. Acta Med Col 1984; 9: 150-156.
- 8.- ROCHA H. Prueba cutánea con esporotricina. Su sensibilidad y especificidad. Mycopath Mycol Appl 1968; 36: 42-54.