# En ACNÉ INFLAMATORIO MODERADO o SEVERO

# GRANUDOXY® 100mg
*Doxiciclina*

- Mayor tolerancia a nivel gástrico[1]
  pH 5 - 6.5
- Tableta fácil de deglutir
  En el caso de Granudoxy®
- Posología recomendada[2]
  1 tableta/día* (100mg/día)
  *Por 3 meses en adultos*

*Caja con 15 y 28 tabletas*

## Tratamiento de la familia de Tetraciclinas

No. SSA: 173300202C2355
Reg. San: 672M2005SSAIV

** Con alimentos y un vaso de agua (100 ml), por lo menos 1 h antes de dormir.*
*1) Esophageal corrosión tests with Doxycycline monohidrate Tablets. En relación a hiclato de doxiciclina. 2) IPP-A Granudoxy®.*

Hace más por la dermatología

Pierre Fabre DERMATOLOGIE

Dermatología
Revista mexicana

# Esporotricosis facial en un paciente pediátrico

Arce-Cano M[1], Azuara-Castillo G[1], García-Vargas A[2], Mayorga-Rodríguez J[3]

**Resumen**

La cara es una localización frecuente de esporotricosis en población pediátrica y la manifestación tegumentaria fija verrugosa en la cabeza representa una verdadera dificultad diagnóstica. Se comunica el caso de un niño de siete años de edad con una dermatosis localizada en el mentón, constituida por una placa de aspecto verrugoso, de evolución crónica. Recibió por otros médicos mupirocina y corticoesteroides durante siete días, posteriormente gentamicina IM y amoxicilina/ácido clavulánico, sin mejoría. Se solicitaron estudios de laboratorio y se llegó al diagnóstico de esporotricosis fija facial, con aspecto clínico atípico. Recibió tratamiento con clindamicina y polvos sulfatados contra el impétigo y contra la esporotricosis se administró itraconazol a dosis de 5 mg/kg/día durante tres meses, con curación clínica y micológica. En los casos de esporotricosis atípica deben realizarse los exámenes adecuados para establecer el diagnóstico y tratamiento correctos.

**PALABRAS CLAVE**: esporotricosis facial atípica, itraconazol, *Sporothrix schenckii.*

**Dermatol Rev Mex 2017 July;61(4)**:303-307.

# *Atypical facial sporotrichosis in a pediatric patient.*

Arce-Cano M[1], Azuara-Castillo G[1], García-Vargas A[2], Mayorga-Rodríguez J[3]

***Abstract***

*Facial sporotrichosis is the most common presentation in the pediatric population. The fixed cutaneous presentation with verrucous lesions at the head represents a diagnostic difficulty. We report the case of a 7 year-old boy who presented with a dermatosis located to the chin, consisting of a chronic evolution verrucous plaque. A physician prescribed mupirocin and corticoids for seven days, then, he prescribed gentamicin and amoxicillin/clavulanate, without improvement. Laboratory studies were requested and we concluded the diagnosis of a fixed facial sporotrichosis, with atypical clinical appearance. Treatment was initiated with clindamycin and sulfated powders for impetigo and itraconazole at dose of 5 mg/kg/day for sporotrichosis during three months, with clinical and mycological resolution. We concluded that in cases of atypical sporotrichosis the appropriate tests must be performed in order to establish the correct diagnosis and treatment.*

***KEYWORDS:*** *atypical facial sporotrichosis; itraconazole;* Sporothrix schenckii

[1] Residente de Dermatología pediátrica.
[2] Dermatólogo pediatra.
[3] Jefe del Centro de Referencia en Micología (CEREMI).
Instituto Dermatológico de Jalisco Dr. José Barba Rubio, Zapopan, Jalisco, México.

**Recibido:** agosto 2016

**Aceptado:** octubre 2016

**Correspondencia**
Dr. Jorge Mayorga Rodríguez
jormayo64@yahoo.com.mx

**Este artículo debe citarse como**
Arce-Cano M, Azuara-Castillo G, García-Vargas A, Mayorga-Rodríguez J. Esporotricosis facial en un paciente pediátrico. Dermatol Rev Mex. 2017 julio;61(4):303-307.

## ANTECEDENTES

La esporotricosis es una micosis subcutánea crónica causada por un complejo de hongos dimórficos denominados *Sporothrix schenckii,* que se han aislado del suelo, vegetación en degradación, plantas, heno y otros materiales de origen vegetal.[1]

Es la micosis granulomatosa subcutánea más frecuente en el mundo, la mayoría de los casos reportados proviene de Australia, India, México, Perú y Brasil.[2]

Se manifiesta con más frecuencia en niños y adultos jóvenes, afecta a uno y otro sexo por igual y todos los grupos de edad,[3] con dos picos de incidencia: en escolares (30%) y adultos jóvenes (50%). En niños, la frecuencia varía de 3 a 60%. En México, se reporta frecuencia de 25 a 33% de pacientes pediátricos.[2]

Las formas clínicas más reportadas son lesiones linfocutáneas o cutáneas fijas según el estado de inmunidad celular. Los sitios más afectados son las extremidades superiores y la cara, esta última es la localización más frecuente en población pediátrica, con afectación linfocutánea facial.[4-6] Por el contrario, las formas cutáneas superficiales y diseminadas con o sin afectación visceral son menos comunes y afectan a pacientes con alteraciones de la inmunidad.[7]

La esporotricosis puede causar cuadros clínicos atípicos de difícil diagnóstico, ya que existen formas clínicas mixtas, como tipo granuloma anular, abscedada, placas verrugosas, lesiones tipo herpes, quísticas, entre otras, pero éstas son raras.[8]

Otras infecciones a las que puede imitar son micobacteriosis atípicas, nocardiosis, cromoblastomicosis, leishmaniosis cutánea, tularemia, tuberculosis verrugosa e incluso algunos casos tipo micetomatoide.[7]

En América Latina, el tratamiento más prescrito en los casos fijos o linfangíticos es el yoduro de potasio, otros medicamentos son: itraconazol y terbinafina administrados tres a cinco meses.[2,9]

La manifestación tegumentaria fija con elementos verrugosos, nodulares, gomosos o fistulizantes, solitarios en la cabeza representa una verdadera dificultad diagnóstica,[2] motivo por el cual comunicamos este caso.

## CASO CLÍNICO

Paciente masculino de siete años de edad, originario de Guadalajara y residente de Zapopan, Jalisco, que acudió a consulta por padecer una dermatosis que afectaba la cabeza, en la cara, localizada en el mentón, constituida por una placa eritematosa de aspecto verrugoso, con costras hemáticas y melicéricas, con diámetro de 3x3cm, de bordes definidos y evolución aparentemente crónica (**Figura 1**).

La madre refirió que inició hacía diez semanas con "piquete" (no especificado) en el mentón, por lo que decidió automedicar con preparado tópico de betametasona, clotrimazol y gentamicina y planta de arlomo sin que el paciente tuviera mejoría. Acudió posteriormente con un

**Figura 1.** Dermatosis que afecta el mentón, constituida por una placa eritematosa de aspecto verrugoso, con costras hemáticas y melicéricas.

médico general quien prescribió mupirocina y betametasona, clotrimazol y gentamicina durante siete días, observando aumento del tamaño de la lesión, por lo que consultó a un dermatólogo, quien indicó gentamicina intramuscular durante seis días y amoxicilina/ácido clavulánico durante tres semanas sin mejoría.

Finalmente, acudió al Departamento de Dermatología Pediátrica del Instituto Dermatológico de Jalisco Dr. José Barba Rubio, y a la exploración clínica se sospechó una tuberculosis cutánea verrugosa con impétigo secundario *vs* esporotricosis cutánea fija.

Se solicitaron estudios de gabinete que incluyeron: tinciones de Gram, Ziehl-Neelsen, cultivos micológicos (agar dextrosa de Sabouraud simple y modificado) a temperatura entre 25 y 28°C, además, cultivos en Lowenstein-Jensen para micobacterias a 35°C.

Los cultivos micológicos desarrollaron a los siete días colonias blancas con vellosidades en la periferia que se tornaron plegadas y de color negro a los 15 días; se realizó microcultivo, en el que se observaron filamentos cortos con simpoduloconidios, que desde el punto de vista macro y microscópico correspondieron a *Sporothrix schenckii* (**Figura 2**).

El diagnóstico integral fue de esporotricosis fija facial, con aspecto clínico atípico. Se inició administración de clindamicina y polvos sulfatados para tratamiento del impétigo. Contra la esporotricosis se prescribió itraconazol a dosis de 5 mg/kg/día, con curación clínica y micológica a los tres meses (**Figura 3**).

## DISCUSIÓN

En la edad pediátrica, el diagnóstico clínico de la esporotricosis cutánea variedad linfática es relativamente sencillo; sin embargo, la presentación

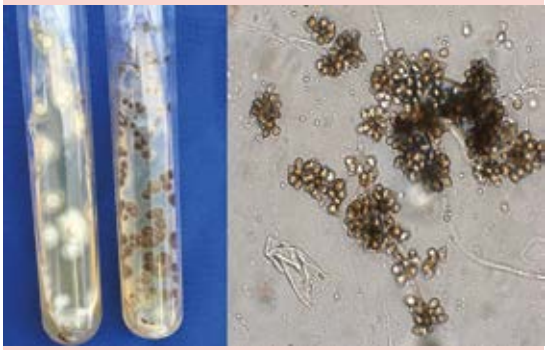

**Figura 2**. Cultivos que muestran colonias blancas con vellosidades en la periferia, plegadas y color negro; al microcultivo se observan filamentos con simpoduloconidios y raduloconidios de *Sporothrix schenckii*.

**Figura 3**. Lesiones cicatriciales después de tres meses de tratamiento.

fija tiende a ser más polimorfa y puede imitar otras infecciones que nos lleven a diagnósticos erróneos.[7]

Pérez-Elizondo y colaboradores describieron el caso de un niño de nueve años, campesino, del Estado de México, que padecía una dermatosis localizada en la región submentoniana, constituida por una neoformación sobreelevada, oval y limitada, erosivo-eritematosa, cubierta por costras adherentes de tres meses de evolución, sin antecedente de traumatismo. Inicialmente se consideraron los diagnósticos diferenciales de granuloma a cuerpo extraño, actinomicosis

cervicofacial y esporotricosis cutánea fija. La biopsia por escisión evidenció una reacción inflamatoria y con la aplicación de esporotricina (reactor positivo) se confirmó el diagnóstico de esporotricosis cutánea fija. Se trató con terbinafina a dosis de 500 mg/día, durante tres meses, con curación clínica y micológica. Los autores comentan que la manifestación tegumentaria fija con elementos nodulares o gomosos fistulizantes solitarios en la cabeza o las extremidades representa una verdadera dificultad diagnóstica.[2] Nuestro caso coincide en edad, topografía y manifestación clínica inusual, mientras que el tratamiento fue diferente.

De igual forma, Carrada-Bravo reportó cinco casos de esporotricosis en niños residentes del estado de Guanajuato, con edades entre 15 meses y 13 años, con lesiones faciales, manifestaciones ulceradas, verrugosas y granulomatosas.[10] Nuestro caso coincidió con la descripción verrugosa, que concuerda que en la cara puede observarse esta morfología en este grupo etario.

Arvizu-Ramírez y su grupo[11] establecieron que los casos que se comportan en forma fija o vegetativa tienen mejor estado inmunológico, seguidos de los linfangíticos y, por último, los cutáneos diseminados o de diseminación hematógena en los que seguramente el paciente está inmunodeprimido, lo que coincide con nuestro paciente, quien no tenía antecedente de déficit inmunológico.

Kauffman y colaboradores[12] describieron en 2007 las guías clínicas y de tratamiento de la esporotricosis; en las formas cutáneas y linfocutáneas recomiendan la administración de itraconazol a dosis de 200 mg/día por vía oral durante tres a seis meses y recomiendan continuar dos a cuatro semanas después de que todas las lesiones hayan desaparecido, con grado de evidencia clínica A-II. En los pacientes que no respondan debe incrementarse la dosis de itraconazol a 200 mg/dos veces al día o terbinafina 500 mg dos veces al día o solución saturada de yoduro de potasio iniciando 5 gotas tres veces al día, según tolerancia, hasta 40 a 50 gotas tres veces al día (A-II). Debe prescribirse fluconazol a dosis de 400 a 800 mg/día solamente si el paciente no tolera los medicamentos anteriores (B-II).

La hipertermia local puede usarse para el tratamiento de esporotricosis cutánea fija en mujeres embarazadas o lactantes, que no pueden recibir alguno de los tratamientos descritos por intolerancia o seguridad (B-III).[12]

## CONCLUSIONES

La esporotricosis cutánea es una enfermedad cuyo diagnóstico clínico en zonas endémicas es relativamente sencillo para los especialistas, pero existen casos atípicos en los que debe sospecharse y comprobar por medio de exámenes adecuados para establecer el diagnóstico y tratamiento correctos.

En los pacientes pediátricos es habitual que el antecedente de traumatismo pase inadvertido, por lo que es importante considerar este diagnóstico.

## REFERENCIAS

1. Bonifaz A, Saúl A, Paredes-Solis V, Fierro L, et al. Sporotrichosis in childhood: Clinical and therapeutic experience in 25 patients. Pediatr Dermatol 2007;24(4):369-72.
2. Pérez-Elizondo AD, Pineda-Pineda JA, Sánchez-Castillo JL, López-Valentín E. Esporotricosis en niños: presentación de dos casos y revisión bibliográfica. Arch Inv Mat Inf 2012;1:48-51.
3. García-Vargas A, Mayorga J, Soto-Ortiz A, Barba-Gómez JF. Esporotricosis en niños. Estudio de 133 casos en el Instituto Dermatológico de Jalisco "Dr. José Barba Rubio". Med Cutan Ibero Lat Am 2008;36(1):18-22.
4. Takenaka M, Yoshizaki A, Utani A, Nishimoto K. A survey of 165 sporotrichosis cases examined in Nagasaki prefecture from 1951 to 2012. Mycoses 2014;5:294-8.
5. Timaná-Palacios D, Valverde-López J, Rojas-Plasencia P, Vicuña-Ríos D y col. Esporotricosis facial en niños: un desafío diagnóstico. Dermatol Peru 2014;2:123-7.

6. Ramírez Soto MC. Sporotrichosis: The story of an endemic region in Peru over 28 years (1985 to 2012). PLoS ONE 2005;6:e0127924. doi:10.1371/journal.pone.0127924.
7. Ramírez-Soto M, Lizárraga-Trujillo J. Esporotricosis granulomatosa: presentación de dos casos inusuales. Rev Chil Infectología 2013;30(5):548-53.
8. Zhang Y, Wang Y, Cong L, Yang H, Cong X. Eyelid sporotrichosis: Unique clinical findings in 72 patients. Australas J Dermatol 2016;57(1):44-7.
9. Song Y, Yao L, Zhong SX, Tian YP, Liu YY, Li SS. Infant sporotrichosis in northeast China: A report of 15 cases. Int J Dermatol 2011;50(5):522-9.
10. Carrada-Bravo T. Esporotricosis facial en los niños: diagnóstico clínico y de laboratorio, tratamiento y revisión. Bol Med Hosp Infant Mex 2005;62:207-13.
11. Arvizu-Ramírez F, Valencia-Herrera A, Toledo-Bahena M, Altamirano-Barrera A y col. Esporotricosis cutánea fija en un adolescente causada por *Sporothrix schenckii* (sensu stricto) y revisión comparativa de la bibliografía. Dermatol Rev Mex 2010;54(5):295-299.
12. 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;1255-65.

## Programa de actividades académicas 2017 de la Sociedad Mexicana de Dermatología, AC

sociedad@smdac.org.mx
Hotel Crowne Plaza WTC
Sesiones del primer jueves del mes, 16:00 horas

**Julio 6**
**Prurigo actínico: actualización**
*Dra. Ma. Elisa Vega Memije*
**Fotoprotección en niños**
*Ponente por confirmar, Italmex*

**Agosto 3**
**Morfea: nuevos conceptos sobre una vieja enfermedad**
*Dra. Ma. Teresa García*
**Diego: arte y rebeldía: ¿Lo conocemos? ¿Lo valoramos?**
*Lic. Eduardo Rueda*

**Septiembre 7**
**Dermatoscopía**
*Dr. Rodrigo Roldán*
**Cumplimiento (*compliance*): lo que usted quería saber**
*Dr. Jesus M Ruiz Rosillo*

**Septiembre 21**
**Sesión conjunta SMD-Sociedad de Dermatología de Ciudad Juárez, Chihuahua**

**Octubre 5**
**Acné: controversias**
*Dra. Julieta Ruiz Esmenjaud*
**Acné: experiencia personal**
*Dra. Isabel Arias, por confirmar*

**Noviembre 2**
**No hay sesión (Día de muertos)**

**Diciembre 7**
**Sesión cultural: *Saccharomyces cerevisiae* y la cerveza**
*Lic. Edgardo Arenas*
**Varias arias. Mini-concierto**
*Prof. Vladimir Rueda*
*Convivencia navideña*

# GRANUDOXY®
## *Doxiciclina*

**FORMA FARMACÉUTICA:**
Tableta
**CADA TABLETA CONTIENE:**
Doxiciclina Monohidratada equivalente a 100 mg de Doxiciclina
Excipiente, cbp.....1 tableta

**INDICACIONES TERAPÉUTICAS:** ACNÉ INFLAMATORIO MODERADO O SEVERO: Componente inflamatorio de los acnés mixtos. Manifestaciones cutáneas y oculares de la rosácea. **DOSIS Y VÍA DE ADMINISTRACIÓN:** Dosis Diaria: 1 tableta/día (100 mg/día) por 3 meses en adultos. Con alimentos y un vaso de agua (100ml), por lo menos 1 h antes de dormir.Tableta fácil de deglutir. **CONTRAINDICACIONES EN:** Hipersensibilidad a cualquiera de las tetraciclinas. Niños menores de 8 años por el riesgo de una decoloración permanente de los dientes y una hipoplasia del esmalte.
En asociación con retinoides administrados por la vía sistémica. Mujeres embarazadas y/o en periodo de lactancia. **REACCIONES SECUNDARIAS:** TRANSTORNOS GASTROINTESTINALES; Decoloración de los dientes ó hipoplasia del esmalte de los dientes en niños menores de 8 años. Náuseas, dolor epigástrico, pérdida del apetito, inflamación de la lengua (glositis), infecciones anogenitales causadas por hongos. Posible aparición de disfagia, esofagitis y ulceraciones esofágicas, relacionadas con una ingesta insuficiente de agua o cuando se tiene una posición recumbente en el momento de la administración. TRANSTORNOS DEL SISTEMA NERVIOSO; Durante la terapia con tetraciclina se ha reportado en adultos hipertensión intracraneal benigna. Por lo tanto, el tratamiento debe interrumpirse si se sospecha o se observa un aumento de la presión intracraneal, durante el tratamiento con Granudoxy®. TRANSTORNOS DEL SISTEMA INMUNE; Reacciones alérgicas (urticaria, rash, prurito, edema de Quincke, reacción anafilactica, púrpura reumatoide, pericarditis, exacerbación de un lupus eritematoso previamente existente). TRANSTORNOS SANGUÍNEOS Y DEL SISTEMA LINFÁTICO; Discrasias sanguíneas han sido descritas durante el tratamiento con las tetraciclinas (anemia hemolítica, trombocitopenia, neutropenia y eosinofilia). TRANSTORNOS DE LA PIEL Y TEJIDO SUBCUTÁNEO; Reacción de fotosensibilidad, rashes y muy rara vez eritrodermia. Frecuencia no conocida: foto-onicólisis. **INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS Y OTRAS:** Retinoides (todos por vía sistémica): riesgo de hipertensión intracraneal. Anticonvulsivos con inducción de enzimas, disminuyen las concentraciones plasmáticas de doxiciclina debido a un aumento de su metabolismo hepático. Vigilancia clínica y posiblemente un ajuste del régimen terapéutico de doxiciclina. Didanosina: disminución de la absorción digestiva de las ciclinas debido al aumento en el pH gástrico (una tableta de DD) contiene antiácido. La Didanosina no debe ser tomada simultáneamente con las ciclinas (de ser posible con más de 2 horas de separación).Hierro (sales), administración oral: disminuye la absorción digestiva de las ciclinas (de ser posible con más de 2 horas de separación). Preparación gastrointestinales tópicas (sales, óxidos, hidróxidos de calcio, aluminio y calcio): disminuye la absorción digestiva de las ciclinas. Las precauciones gastrointestinales tópicas no deben ser tomadas simultáneamente con las cilcinas (de ser posible con más de 2 horas de separación). Anticoagulantes orales: aumento del efecto anticoagulante oral y del riesgo hemorrágico. La actividad de la protombina debe ser controlada mas frecuentemente y el INR vigilado. Puede llegar a requerirse un ajuste de la dosis oral del anticoagulante durante el tratamiento de la ciclina y después de su interrupción. Muchos casos del aumento del efecto del anticoagulante oral han sido observados en pacientes tratados con antibióticos . Los siguientes son considerados como factores de riesgo: infección o inflamación marcada, edad y condición general. Bajo estas circunstancias, es difícil asegurar el papel respectivo de la condición infecciosa y su tratamiento en la etiología de una INR desequilibrada . Sin embargo, ciertas clases de antibióticos son más responsables de ello, en particular, las fluoroquinolonas, macrólidos, ciclinas, cotrimoxazol y ciertas cefalosporinas. Sales de Zinc: disminución de la absorción digestiva de las ciclinas. Las sales de zinc no debe ser tomada simultáneamente con las ciclinas ( de ser posible con más de 2 horas de separación ). **MANIFESTACIONES Y MANEJOS DE LA SOBREDOSIFICACIÓN O INGESTA ACCIDENTAL:** No se ha reportado ninguna sobredosis. Es muy poco probable que la sobredosis de otras tetraciclinas como resultado de insuficiencia renal ( toxicidad hepática, hiperzotemia, hiperfosfotemia ) suceda tras la administración de doxiciclina porque los niveles sanguíneos no cambian de manera correlacionada con la condición funcional del riñón. **PARA UNA INFORMACIÓN MÁS AMPLIA O CASOS DE FARMACOVIGILANCIA:** Para sus preguntas de orden general sobre Granudoxy® informedica.mx.cam@pierre-fabre.com. **DATOS DE CONTACTO PARA REPORTAR CUALQUIER EVENTO ADVERSO O EFECTO INDESEABLE (24/7, LOS 365 DÍAS DEL AÑO):** Teléfono móvil: (+52)1 55 5409 4610. Tel: (01) 55 5350 8254. **CORREOS ELECTRÓNICOS:** farmacovigilancia@cofepris.gob.mx / farmacovigilanciamxcam@pierre-fabre.com.

*Caja con 15 y 28 tabletas*

Reg. San: 672M2005SSAIV

Hace más por la dermatología

Pierre Fabre
DERMATOLOGIE