

<https://doi.org/10.24245/dermatolrevmex.v70i3.11228>

Esporotricosis cutánea fija: una manifestación inusual

Fixed cutaneous sporotrichosis: An unusual manifestation.

Natalia Sánchez Olivo,¹ Alexandra De Osio Cortez,² José Francisco Ruiz González,² Luz de María Castanedo Lara³

Estimado editor:

La esporotricosis es una enfermedad infecciosa subaguda o crónica causada por el hongo dimórfico *Sporothrix schenckii*. Tradicionalmente se ha asociado con actividades ocupacionales, como jardinería y agricultura; sin embargo, en las últimas décadas ha emergido como un problema de salud pública en zonas tropicales y subtropicales de América Latina.¹

Su adquisición ocurre, principalmente, por inoculación traumática mediante espinas, astillas, paja u otros fómites, así como por mordeduras o rasguños de animales, en especial gatos.^{2,3} El espectro clínico incluye formas cutáneas, pulmonares y diseminadas; la forma cutánea es la más frecuente, con tres variantes: fija, linfangítica y sistémica.^{1,4} La forma fija, no tan común, se caracteriza por una lesión única localizada en el sitio de inoculación, sin diseminación linfática, lo que refleja una respuesta inmunitaria competente. Puede manifestarse como pápula, pústula, placa o nódulo que evoluciona lentamente a úlcera o absceso.⁵ El diagnóstico se basa en cultivo micológico, aunque la histopatología y las tinciones especiales pueden apoyar la identificación del hongo. El itraconazol permanece como el tratamiento de primera línea para la esporotricosis cutánea fija. La duración promedio depende de la respuesta clínica.^{4,6,7}

Se trata de un paciente masculino de 81 años de edad, originario de Río Verde, San Luis Potosí, quien acudió a consulta dermatológica privada

¹ Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de San Luis Potosí, San Luis Potosí, México.

² Dermatólogo, consulta privada.

³ Residente de tercer año de pediatría, Hospital Regional de Alta Especialidad Dr. Morones Prieto, San Luis Potosí, México.

ORCID

<https://orcid.org/0009-0000-8266-4211>

Recibido: noviembre 2025

Aceptado: abril 2026

Correspondencia

José Francisco Ruiz González
joseruiz@dermont.mx

Este artículo debe citarse como:

Sánchez-Olivo N, De Osio-Cortez A, Ruiz-González JF, Castanedo-Lara LM. Esporotricosis cutánea fija: una manifestación inusual. Dermatol Rev Mex 2026; 70 (3): 469-472.

por padecer una lesión de un año de evolución sin cicatrización y crecimiento progresivo lento. Al interrogatorio dirigido no se mencionó alguna causa de la lesión. A la exploración física se observó una dermatosis en el tercio lateral de la ceja izquierda de 2.5 x 1.5 cm, de bordes irregulares y evolución aparente. **Figura 1**

Se consideró el diagnóstico de un probable carcinoma espinocelular o queratosis actínica. El estudio de la biopsia fue negativo para carcinoma o displasia; mostró hiperplasia pseudoepiteliomatosa, dermatitis aguda, crónica y granulomatosa intensa con abundantes células plasmáticas. A la tinción de Gram se observaron



Figura 1. Dermatosis en el tercio lateral de la ceja izquierda de 2.5 x 1.5 cm de bordes irregulares y evolución aparente.

levaduras grampositivas, alargadas, de 2 a 4 micras en forma de puro (**Figura 2**), compatibles con *Sporothrix spp* (*Sporothrix schenckii* complex), polimorfonucleares y células epiteliales, por lo que se estableció el diagnóstico de esporotricosis cutánea fija. Se indicó tratamiento con itraconazol a dosis de 200 mg al día durante seis semanas, con el que se notó una buena evolución sin recidiva de las lesiones. **Figura 3**

La esporotricosis es la micosis subcutánea más frecuente en México y está causada por el complejo *Sporothrix schenckii*, un grupo de hongos dimórficos ampliamente distribuidos en materia orgánica en descomposición. Su adquisición es predominantemente ocupacional, relacionada con la implantación traumática mediante espinas, astillas de madera, tierra contaminada, paja o musgo.^{1,2,3} No obstante, en los últimos años se ha observado un incremento de casos secundarios a transmisión zoonótica, especialmente por mordeduras o rasguños de gatos, perros, loros, insectos y roedores, atribuible, principalmente, a *S. brasiliensis*, especie responsable de brotes importantes en diversos países latinoamericanos.

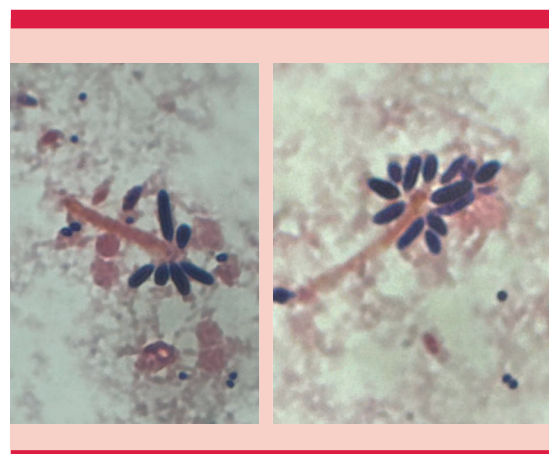


Figura 2. Levaduras grampositivas, alargadas, de 2 a 4 micras en forma de puro compatibles con *Sporothrix spp* (*Sporothrix schenckii* complex), polimorfonucleares y células epiteliales.



Figura 3. Evolución de la lesión sin recidiva a las seis semanas de tratamiento con itraconazol.

Aunque se ha descrito la vía inhalatoria, esta forma de adquisición es excepcional.³

El paciente del caso no tenía exposición ocupacional conocida ni antecedentes de traumatismos, lo que, en un inicio, orientó hacia diagnósticos alternativos, como carcinoma espinocelular o queratosis actínica. No obstante, la evolución crónica, el lento crecimiento y la morfología vegetante de la lesión obligaron a considerar afecciones infecciosas profundas.

La forma cutánea es la variante clínica más frecuente de la esporotricosis, y se subdivide en fija, linfangítica, superficial y sistémica.^{1,3,8} La forma linfangítica constituye, incluso, el 75% de los

casos y se caracteriza por nódulos ascendentes a lo largo de los trayectos linfáticos. La esporotricosis fija representa una menor cantidad de casos y suele limitarse al sitio de inoculación; se manifiesta como una única lesión en la cara, el cuello, el tronco o las extremidades, con aspecto de placa vegetante o verrugosa, ocasionalmente con costras hemáticas bien delimitadas.⁹

En el paciente del caso, la lesión coincidía clínicamente con una placa vegetante, aunque con bordes irregulares, y tenía un curso lento, característico de la forma fija.²

La histopatología mostró hiperplasia pseudoepiteliomatosa y un infiltrado granulomatoso intenso con abundantes células plasmáticas, hallazgos compatibles con esporotricosis, aunque no patognomónicos. La visualización directa de levaduras en forma de cigarro –típicas de *Sporothrix spp*– es infrecuente debido a la baja carga fúngica, lo que suele dificultar el diagnóstico. En el paciente del caso, la tinción de Gram permitió observar estructuras alargadas de 2 a 4 micras compatibles con el hongo, que reforzó el diagnóstico en ausencia de cultivo. Si bien el cultivo en agar Sabouraud continúa siendo el método de referencia, las técnicas complementarias, como PCR y secuenciación, han demostrado utilidad para la identificación de especies emergentes, particularmente *S. brasiliensis*, pero su disponibilidad es limitada en muchos centros.^{2,9}

El diagnóstico diferencial de la esporotricosis fija es amplio e incluye enfermedades infecciosas, inflamatorias y neoplásicas. Entre las principales destacan: nocardiosis, leishmaniasis, micetoma, blastomicosis, paracoccidioidomicosis, cromoblastomicosis, tuberculosis cutánea, prurigo nodular, psoriasis, lupus vulgar, pioderma gangrenoso, carcinoma basocelular y carcinoma espinocelular.^{2,9}

Respecto del tratamiento, el itraconazol continúa siendo la terapia de primera línea para la forma

fija y la linfangítica, con dosis recomendadas de 100 a 200 mg por día durante un periodo de tres a seis meses.⁹ En el paciente del caso seis semanas de tratamiento fueron suficientes para lograr el alivio completo sin recidiva.

El yoduro de potasio se ha indicado históricamente como primera línea por su bajo costo y eficacia; sin embargo, sus efectos adversos, que incluyen alteraciones gastrointestinales, hipersalivación y riesgo de hipertiroidismo congénito en embarazadas, limitan su uso.¹⁰ La anfotericina B se reserva para pacientes inmunosuprimidos, con enfermedad diseminada o pulmonar, debido a su perfil de toxicidad y a que se requiere hospitalización para su administración. En los últimos años se han explorado terapias complementarias, como terbinafina, fotobiomodulación y terapia fotodinámica, particularmente en infecciones por *S. brasiliensis* que muestran respuesta lenta o requieren esquemas prolongados, aunque la evidencia sigue siendo limitada.¹¹

CONCLUSIONES

Este caso resalta que la esporotricosis fija puede afectar, incluso, a individuos sin factores de riesgo aparentes, lo que subraya la importancia de considerar esta afección en lesiones crónicas o de morfología vegetante, especialmente en regiones endémicas. La integración clínica, histopatológica y microbiológica es decisiva para establecer un diagnóstico preciso y garantizar un tratamiento oportuno, que generalmente conlleva un pronóstico favorable.

REFERENCIAS

1. Syed HA, Talati R. Sporotrichosis. 2025. In: StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025.
2. Flores VL, Latorre K, Ardizzoli K, et al. Esporotricosis fija cutánea. *Dermatol Argent* 2022; 28 (3): 132-134.
3. Alcocer-Salas M, Torres-Calderón MF, Rodríguez-Mena AC, Sánchez-Márquez AP, González GM, Montoya A, Mayorga Rodríguez J. Esporotricosis cutánea fija transmitida por un gato, segundo caso reportado en México. *Dermatol Rev Mex* 2025; 69 (1): 99-104. <https://doi.org/10.24245/dermatolrevmex.v69i1.10319>
4. Rodrigues AM, Gonçalves SS, Carvalho JA, et al. Current progress on epidemiology, diagnosis, and treatment of sporotrichosis and their future trends. *J Fungi* 2022; 8 (8): 776. <https://doi.org/10.3390/jof8080776>
5. Kothari R, Varghese J, Bhatnagar A, et al. Dermoscopy of fixed cutaneous sporotrichosis with a follow-up till cure: A case report. *Cureus* 2024; 16 (3): e55960. <https://doi.org/10.7759/cureus.55960>
6. Rodrigues Da Silva W, Vieira M, Gominho L, et al. Photodynamic therapy in the coadjuvant treatment of disseminated sporotrichosis in a renal transplant patient. *Spect Care Dentist* 2024; 44 (2): 486-490. <https://doi.org.10.1111/scd.1290>
7. Ribeiro DSC, Machado LJ, Pereira JG, et al. Laser therapy in the treatment of feline sporotrichosis: A case series. *Braz J Vet Med* 2023; 45: e005822.
8. Gremião IDF, da Silva da Rocha EM, Montenegro H, et al. Guideline for the management of feline sporotrichosis caused by *Sporothrix brasiliensis* and literature revision. *Braz J Microbiol* 2020; 52 (1): 107-124. <https://doi.org/10.1007/s42770-020-00365-3>
9. Mahlberg MJ, Patel R, Rosenman K, et al. Fixed cutaneous sporotrichosis. *Dermatol Online J* 2009; 15 (8): 5.
10. Salazar-Madrigal K, Araujo-Rodríguez NM, Mansilla-Arévalo JJ, et al. Esporotricosis infantil: comunicación de un caso con excelente respuesta clínica al yoduro de potasio. *Dermatol Rev Mex* 2018; 62 (3): 247-251.
11. Mahajan VK, Mehta KS, Chauhan PS, et al. Fixed cutaneous sporotrichosis treated with topical amphotericin B in an immune suppressed patient. *Med Mycol Case Rep* 2015; 7: 23-5. <https://doi.org/10.1016/j.mmcr.2015.01.002>