

Esporotricosis infantil: comunicación de un caso con excelente respuesta clínica al yoduro de potasio

Sporotrichosis infantile: Report of a case with excellent clinical response to potassium iodide.

Kenneth Salazar-Madrigal,¹ Nereyda María Araujo-Rodríguez,¹ Juan José Mansilla-Arévalo,² Edgar Leonel Pérez-Chavarría,³ Grabiñe Riley⁴

Resumen

La esporotricosis es una enfermedad ocupacional que afecta principalmente a adultos de sexo masculino entre 15 y 35 años de edad. Se comunica el caso de un lactante tratado con yoduro de potasio con excelente respuesta clínica. Se sugiere incluir esta enfermedad entre los diagnósticos diferenciales de las dermatosis faciales crónicas en niños por su polimorfismo y por sus formas inusuales de manifestación. Es importante el alto índice de sospecha clínica para establecer el diagnóstico temprano e iniciar el tratamiento adecuado.

PALABRAS CLAVE: Esporotricosis; yoduro de potasio.

Abstract

Sporotrichosis is an occupational disease that mainly affects male adults between 15-35 years of age. We present the case of an infant treated with potassium iodide with excellent clinical response. It is suggested to include this entity among the differential diagnoses of chronic facial dermatoses in children both for their polymorphism and for their unusual forms of presentation. A high index of clinical suspicion is important to establish the early diagnosis and initiate the appropriate therapy.

KEYWORDS: *Sporotrichosis; Potassium iodide.*

¹ Residente de tercer año de Dermatología y Cirugía de Piel.

² Jefe del Servicio de Dermatopatología.

³ Dermatólogo pediatra.

⁴ Jefe de Unidad de Docencia e Investigación.

Instituto de Dermatología y Cirugía de Piel INDERMA, Guatemala.

Recibido: julio 2017

Aceptado: octubre 2017

Correspondencia

Kenneth Salazar Madrigal
kenneth_salazarm@mail.ee

Este artículo debe citarse como

Salazar-Madrigal K, Araujo-Rodríguez NM, Mansilla-Arévalo JJ, Pérez-Chavarría EL, Riley G. Esporotricosis infantil: comunicación de un caso con excelente respuesta clínica al yoduro de potasio. *Dermatol Rev Mex*. 2018 mayo-junio;62(3):247-251.

ANTECEDENTES

La esporotricosis es la micosis profunda de mayor prevalencia en todo el mundo. Es considerada una zoonosis y su principal causa es la inoculación directa de microorganismos del complejo *Sporothrix* spp.^{1,2}

Esta enfermedad suele afectar con mayor prevalencia a los habitantes de áreas tropicales y subtropicales a pesar de ser cosmopolita. El pico máximo de incidencia reportado es en adultos jóvenes entre 16 y 30 años de edad. Igualmente afecta a niños en edad preescolar. Hace poco se informó el incremento de epidemias domésticas tras mordedura de gatos en Brasil.^{1,3}

Suele considerársele una enfermedad ocupacional que afecta principalmente campesinos, cazadores, carpinteros, jardineros y pescadores, entre otros. En términos clínicos puede evolucionar a curación espontánea o desarrollar lesiones úlcero-gomosas que siguen trayectos linfáticos. Al iniciar el tratamiento adecuado el alivio dejará diferentes grados de complicaciones que van desde secuelas cosméticas, como en el caso de cicatrices cutáneas, hasta diversos grados de discapacidad, como la elefantiasis por linfedema u otras secuelas deformantes de la enfermedad.¹⁻³

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de ocho meses de edad, procedente de El Tumbador, departamento de San Marcos, Guatemala, que tenía un "pique" en la mejilla derecha, de tres meses de evolución, que había ido creciendo sin síntomas asociados. Fue tratado con amoxicilina, clavulanato, diclofenaco y clotrimazol tópico sin mejoría. Carecía de antecedentes personales patológicos. Antecedentes perinatales: madre sin complicaciones durante el embarazo. Control prenatal incompleto, parto vía vaginal, a término y sin complicaciones. Vacunación completa para la edad.

A la exploración física se observó una dermatosis crónica localizada en la mejilla derecha, caracterizada por placa única de aproximadamente 1 x 2 cm de diámetro, ovalada, eritematosa, superficie ulcerada y con costra serohemática, bordes elevados irregulares mal definidos sobre piel sana (**Figura 1**).

Se realizó estudio histopatológico en el que secciones seriadas de piel teñidas con hematoxilina y eosina mostraron epidermis delgada y parcialmente ulcerada. Dermis con infiltración densa de células mononucleares que incluían histiocitos y células gigantes rodeadas por linfocitos formando un granuloma tipo infeccioso con microabscesos de neutrófilos. El cultivo reveló *Sporothrix schenckii*, de esta manera se estableció el diagnóstico de esporotricosis cutánea fija (**Figuras 2 y 3**).

El paciente fue tratado con yoduro de potasio saturado a dosis de cinco gotas tres veces al día



Figura 1. Esporotricosis infantil (basal).

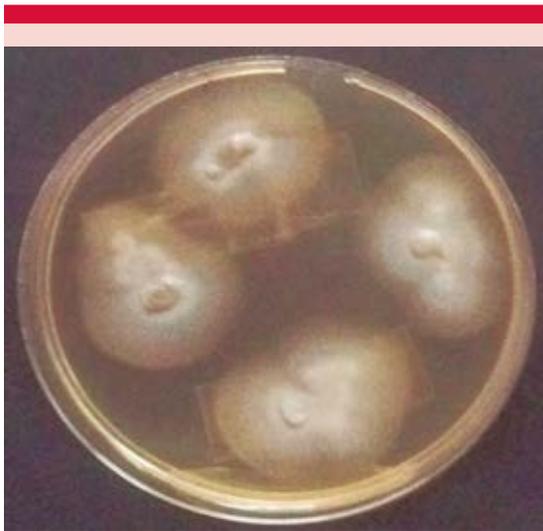


Figura 2. Cultivo de *Sporothrix schenckii*.



Figura 3. Examen directo del cultivo: microconidios simpudólicos (azul de algodón 10x).

durante dos meses, sin padecer ningún efecto secundario y con curación clínica completa.

DISCUSIÓN

La esporotricosis es una micosis subcutánea o profunda de curso subagudo o crónico que

afecta la piel, los ganglios linfáticos y ocasionalmente los huesos, las articulaciones, los pulmones u otros órganos. Es una enfermedad ocupacional que afecta principalmente a adultos de sexo masculino entre 15 y 35 años de edad, es oportunista y zoonosis producida por hongos del complejo *Sporothrix schenckii*.¹⁻³

El reservorio de las especies *Sporothrix* es el suelo, materiales inorgánicos, plantas y vegetales, entre otros. La inoculación ocurre de manera accidental en el ser humano. En áreas endémicas puede ocurrir inhalación del hongo que reproduce una afección clínica que simula la tuberculosis pulmonar.^{1,4}

Las micosis profundas son poco frecuentes en la edad pediátrica, de éstas, la esporotricosis es la más frecuente en este grupo etario. El caso más temprano que se ha comunicado es el de un niño de dos días de nacido que fue mordido por una rata y el caso de menor edad que se ha publicado fue el de un niño de seis meses en Perú.^{1,4}

En términos clínicos, la forma cutánea se subdivide en fija, linfangítica, superficial y sistémica, la variedad linfangítica fue la más frecuente (70%). Suele afectar con mayor frecuencia a pacientes con algún grado de inmunosupresión, como los que se encuentran en los extremos de la vida, los que padecen enfermedades debilitantes, desnutridos y alcohólicos, entre otros.^{3,5}

La variante cutánea fija corresponde a 25% de los pacientes y afecta el sitio de inoculación, generalmente la cara o las extremidades. En términos clínicos se manifiesta con lesión única tipo placa vegetante o verrugosa que suele mostrar una costra hemática en su superficie, de borde regular y bien definido con un halo eritematoso en la periferia (chancro esporotricósico). Evoluciona a la curación espontánea y el daño de mucosas es excepcional.^{3,6}

El método diagnóstico por excelencia es el cultivo, que se realiza en medio agar Sabouraud con y sin antibiótico. Las colonias suelen crecer con rapidez, tienen aspecto radiado, de color blanquecino con cúmulo de micelios en el centro.¹⁻³

La microscopía directa tiene poca utilidad, se pueden apreciar microconidias con aspecto de flor de margarita. El estudio histopatológico no es característico y pueden apreciarse microabscesos de polimorfonucleares, cuerpos asteroides (fenómeno de Splendore-Hoeppli), formación de granulomas, en especial de tipo tuberculoide conformado por células epitelioides a cuerpo extraño y células gigantes tipo Langhans.^{3,7}

El diagnóstico diferencial de la esporotricosis debe realizarse principalmente con enfermedades infecciosas, como la leishmaniasis, la tuberculosis verrugosa, nocardiosis, micobacterias atípicas o lepra tuberculoide.^{3,6}

Entre las complicaciones están la sobreinfección, la afección generalizada (pulmonar, osteoarticular) y en enfermedad crónica puede aparecer carcinoma epinocelular y estasis linfática que puede llevar a elefantiasis.^{3,8}

Los tratamientos de elección son el yoduro de potasio y el itraconazol. El yoduro de potasio se prescribe a dosis de 1 a 3 g al día iniciando con 0.5 g durante cinco meses. Es de bajo costo, tiene excelente eficacia y es fácil de administrar. En el embarazo está clasificado como categoría D; puede generar hipertiroidismo congénito.^{1,8,9}

Previo al inicio del yoduro de potasio es obligatorio realizar un hemograma completo, pruebas de función tiroidea, electrocardiograma y determinar las concentraciones de sodio y potasio en sangre. Se recomienda repetir las pruebas de función tiroidea en el primer mes de tratamiento y al año del mismo (en casos de tratamiento prolongado). Entre sus efectos secun-

darios se describen urticaria, salivación, coriza, reducción de las concentraciones de hormona tiroidea por la ingestión de yodo (fenómeno de Wolff-Chaikoff), irritación ocular y con la administración crónica, iododerma.¹⁰⁻¹²

El yoduro de potasio está contraindicado ante hipersensibilidad previa a productos iodados, enfermedad renal, cardíaca, hipotiroidismo, enfermedad de Addison e hipercalcemia. Tiene efecto paradójico con el eritema multiforme, el eritema nodoso y el pioderma gangrenoso, pudiendo desencadenar estas enfermedades. De igual manera, puede exacerbar la psoriasis pustular y la dermatitis herpetiforme, por lo que tampoco debe prescribirse en tales casos.¹⁰⁻¹²

El itraconazol también es de primera elección, especialmente en los casos diseminados de la enfermedad. Se prescribe a dosis de 100-200 mg al día. La crioterapia podrá prescribirse únicamente en los pacientes que hayan recibido y estén recibiendo antimicóticos, como el itraconazol, por riesgo de diseminación linfática de la enfermedad.^{1,11,13}

Otra buena alternativa terapéutica en niños es la terbinafina a dosis de 125-250 mg al día. Otras opciones terapéuticas son la griseofulvina, trimetoprim-sulfametoxazol, anfotericina B, calor local, entre otros.^{1,10,13}

REFERENCIAS

1. Tirado A, Bonifaz A. Sporotrichosis in children: an update. *Curr Fungal Infect Rep* 2016;10(3):107-116.
2. Bonifaz A, Vázquez D. Diagnosis and treatment of lymphocutaneous sporotrichosis: what are the options? *Curr Fungal Infect Rep* 2013;7(3): 252-259.
3. Arenas R. *Micología Médica Ilustrada*. 4ª ed. McGraw-Hill: México; 2014.
4. Carrada T. Esporotricosis pulmonar cavitada: diagnóstico y tratamiento. *Med Int Mex* 2006;22:457-461.
5. García R, Figueroa Y, Ugarte G. El caso más temprano de esporotricosis pediátrica en el Perú. *Folia Dermatol* 2004;15(2):105-107.

6. Poletti E, Michel J, Arenas R, Martínez L, Arce F. esporotricosis infantil: otro simulador clínico. Informe de 4 casos. *Dermatología Rev Mex* 2004;48(2):101-105.
7. García M, Urquiaga T, López N, Urquiaga J. Esporotricosis cutánea en niños en un hospital regional del Perú. *Dermatol Peru* 2004;14(2):104-109.
8. Vásquez-del-Mercado E, Arenas R, Padilla-Desgarenes C. Sporotrichosis. *Clin Dermatol* 2012;30(4):437-43.
9. Padilla M, Orozco J. Cuerpos asteroides en el examen directo de un paciente con esporotricosis linfangítica. *Rev Cent Dermatol Pascua* 2000;9 (2):105-108.
10. Wolverton S. *Comprehensive Dermatologic Drug Therapy*. Atlanta: Saunders 2012.
11. Heymann W. Potassium iodide and the Wolff-Chaikoff effect: Relevance for the dermatologist. *J Am Acad Dermatol* 2000;42(3):490-492.
12. Sterling B, Warren H. Potassium iodide in dermatology: A 19th century drug for the 21st century-uses, pharmacology, adverse effects, and contraindications. *J Am Acad Dermatol* 2000;43(4):691-697.
13. Bargman H. Successful treatment of cutaneous Sporotrichosis with liquid nitrogen: report of three cases. *Mycoses* 1995;38(1):285-287.

