



Casos Clínicos

Dra Beatriz Pi

Postgrado Enfermedades Infecciosas

Facultad de Medicina



Historia Clínica

- Sexo masculino, 56 años
- Epiléptico en tratamiento con DFH.
- Procedente del interior del país (Maldonado). Vive en área urbana. Inspector de tránsito.
- Realiza tareas de jardinería en su domicilio.
- No otros antecedentes epidemiológicos. No viajes al exterior
- Consulta por aparición de lesiones de piel en MMSS Derecho de forma espontanea, no recuerda traumatismos.
- Cronología de las lesiones:
 - Lesión inicial: Lesión tipo pápula que se convierte en nódulo ulcerado exudativo en base de la uña del 3er dedo de mano derecha, 1x1 cm de diámetro.
 - Lesión de similares características en dorso de mano derecha





- En la evolución (7-10 días posteriores a la primer lesión) aparición de iguales lesiones a nivel de antebrazo y brazo derecho siguiendo una distribución lineal que recuerda el trayecto linfático .
- No lesiones en otros territorios.
- Lesiones no pruriginosas, no dolorosas.
- Paciente con buen estado general, sin estigmas de inmunodepresión. No elementos toxi-infecciosos.





- **En suma:**

- » Lesiones nodulares ulcerativas
- » MMSS Unilateral
- » Evolución progresiva
- » Siguen trayecto linfático
- » Paciente inmunocompetente

PLANTEOS:

- Esporotricosis linfocutanea
- Nocardiosis
- Otras micosis o actinomicosis (*Streptomyces, Fusarium, etc.)*
- Leishmaniasis cutanea: No planteable en Uruguay(no existen casos notificados autóctonos)



Paraclínica

- Estudio micológico N°1
 - Directo: no se observan levaduras ni filamentos
 - Cultivo: Macroscopicamente colonias blancas y cremosas. Microscopicamente levaduras 5 micras diámetro con gemaciones. Compatible con *Candida spp.*
 - Desconocemos si se buscaron cuerpos asteroides en el fresco

Se solicita repetir el estudio dado:

→ informe incompleto : que no se encuentra tipificado la especie de *Candida*

→ Resultado no concluyente dado que clínicamente lesiones no son compatibles con infección por *Candida spp.*



Paraclínica

- Estudio micológico N°2
- (Realizado luego de 20 días de tratamiento con Itraconazol 100 mg/12 hs)
- Levaduras de 5 micras con gemaciones compatible con *Candida spp*
- No filamentos ni pseudofilamentos
- Lesiones clínicamente compatibles con Esporotricosis.



Paraclinica

- Bacteriologico: Directo y cultivos (-)

LABORATORIO	
Hb	15
PQT	205
Linfocitos	6600 pred NTF
Funcion renal	Normal
BT	0.23
TGP-TGO	13-14
FA	245
VIH	Neg



Tratamiento

- Se inició empíricamente Itraconazol 100 mg/12 hs luego de primer toma de estudio micológico.
- Lesiones en leve remisión a 50 días de tratamiento. No exudativas.

Evolución

www.infectologia.edu.uy





MARCO TEORICO

- Micosis profunda primaria.
- Subaguda-crónica
- Afección principal :PIEL en sus 3 capas celular subcutáneo
- Lesión más frecuente es chancro cutáneo con lesiones secundarias que siguen un trayecto linfático palpable
- De carácter benigno.
- Frecuente en América Latina.
- Agente etiológico: *Sporothrix spp.*
- Afecta al Hombre y animales (caballos, ratas, perros, armadillos, gatos)



- Agente: *Sporothrix spp.*
- Hongo dimorfo.
 - Forma saprofita: fase filamentosa.
 - Forma parasitaria: fase levaduriforme en forma de habano
- Reservorio en sustratos vegetales, materia en descomposición, leña, musgos, vegetales, cuevas de animales etc.
- Sobrevive en climas templados húmedos.
- cosmopolita



- Mecanismos de infección

- Contacto: Inoculación traumática en piel o tejido celular subcutáneo con espinas, restos de vegetales en descomposición, etc.
- Trasmisión zoonótica por arañazo de mulitas.
- Inhalatoria (rara), con posterior diseminación hematogena generando formas extracutáneas.

- Población más frecuentemente afectada:
 - adultos jóvenes
 - sexo masculino.
 - Ocupaciones más expuestas: jardineros, floristas, horticultores, etc
 - Cazadores de armadillo





Formas Clínicas





Esporotricosis linfocutánea o linfangítica nodular

- Forma más común.
- Aparición de lesiones en áreas distales de una extremidad (zonas más frías), sobre todo en la mano 2-3 semanas después de la inoculación del hongo.

Chancro de inoculación

- Lesiones tipo pápula eritematosa ulcerada con supuración poco abundante, hasta de 2 cm diámetro.
- En la evolución progresa con lesiones secundarias nodulares que siguen el trayecto de los vasos linfáticos.
En gral unilateral, indoloras.
Lesiones bilaterales sugieren múltiples puntos de inoculación.



Esporotricosis linfocutanea

Uruguay:

85% forma linfangítica

90% localización MMSS

Diagnosticos diferenciales:

-Nocardiosis *Nocardia brasiliensis*

-Leishmaniasis cutanea

-Infección por micobacterias:

-*M .tuberculosis*

-*M .marinum*

-*M . kansasii*

-*M. leprae*



Esporotricosis cutanea fija

- Esporotricosis cutanea fija o localizada
 - Lesiones dermo-epidermicas unicas
 - Granulomatosas
 - No linfangitis



Esporotricosis extracutánea

(Poco Frecuente)

- Esporotricosis pulmonar
- Esporotricosis mucosa
- Esporotricosis osteoarticular
(muñecas, codos, tobillos, y rodillas respeta cadera y columna vertebral)
- Esporotricosis SNC
- Esporotricosis ocular

- Esporotricosis diseminada multivisceral
 - Raro
 - En inmunodeficiencias



Laboratorio

- Estudio micológico:

- muestras de piel, pus, LCR, sangre, líquido sinovial
- Toma adecuada de la muestra aumenta la sensibilidad
- Micológico directo S 60-70%

Observa los cuerpos asteroides → levaduras esféricas rodeadas de estructuras radiadas denominadas clavas (que representan depósitos de inmunocomplejos)

Estos hallazgos habilitan a iniciar el tratamiento sin esperar el cultivo.



Laboratorio

- Cultivos:
 - * Forma Filamentosa : sembrados a temperatura ambiente en medios habituales (Sabouraud)
Colonias inicialmente blancas, con los días adquieren un color amarronado por la pigmentación de conidias.
 - * En medios enriquecidos (agar infusión cerebro-corazón, agar sangre) incubadas a 37 °C: Colonias cremosas blancas rugosas . Levaduras en gemación o en forma de habano.

Crecimiento en medios enriquecidos . Tiempo aproximado mínimo 1 semana.



Tratamiento

- Esporotricosis linfocutanea
 - Itraconazol 200 mg/día v/o
 - Fin del tratamiento 2-4 semanas posterior a la remisión de las lesiones
 - Tiempo aproximado de tratamiento de 4 a 6 meses.
 - ALTERNATIVAS : Itraconazol 200mg/12 hs
Terbinafina 500 mg/12 hs
yoduro de potasio

Embarazada: termoterapia



Tratamiento

- Esporotricosis extracutanea
 - OSTEOARTICULAR → Itraconazol 200 mg/12 hs 12 meses
 - PULMONAR
 - DISEMINADA
 - MENINGEA
- } Anfotericina B inicial luego continua con Itraconazol 200 mg/12hs total 12 meses.



Bibliografía

- Conti I. Micología Medica FEFMUR **2009** Montevideo
- Conti I. Esporotricosis. *Rev Med Urug* **1987**;3: 137.147
- Conti I. La termoterapia local como tratamiento de la esporotricosis cutanea. *Rev Med Urug* **2011** ; 27:50-55
- Kauffman C., et al. IDSA guidelines .Clinical practice guidelines for de managment of Sporotrichosis. *CID* **2007**; 45. 1255-1265
- Ramos M., et al. Sporotrichosis. *Clinics in Dermatology* **2007**; 25: 181-187
- Rex J., et al. Sporothrix schenckii En: Mandell, Douglas y Bennett Enfermedades infecciosas principios y practica 7ª ed. España. Elsevier. **2012**
- Rubio G., et al. Esporotricosis: prevalencia, perfil clínico y epidemiológico en un centro de referencia en Colombia. *Rev Iberoam Micol.* **2010**; 27(2): 75-79