

APUNTES SOBRE ESPOROTRICOSIS

A PROPOSITO DE UN CASO TRATADO CON ANFOTERICIN B

Por FABIO LONDOÑO *

No hemos podido explicarnos el por qué algunas micosis profundas, de extraordinaria difusión en nuestro país, son tan poco conocidas por el médico práctico. Así lo expresamos a propósito de nuestro trabajo "La Blastomycosis Sudamericana en Colombia" (1), y lo repetimos hoy con motivo de la publicación de este caso. Ello nos ha estimulado a hacer conocer de los lectores de la REVISTA DE LA FACULTAD DE MEDICINA algunos aspectos sobre Esporotricosis, aun sin que ellos encierren gran importancia científica.

No es improbable que la escasa difusión de los conocimientos sobre micosis profundas sea debida a la relativa novedad de este grupo nosológico. En cuanto a la Esporotricosis se refiere, el primer caso publicado lo fue por Schenck en 1898 (2), pero sólo hasta 1905 y 1906, con los excelentes y documentados trabajos de Beurman y Gougerot (3-4) se les dio carta de ciudadanía a los "Abscesos subcutáneos, rebeldes, causados por hongos posiblemente relacionados a la Sporotricha", título del trabajo original de Schenck. Hasta ese

entonces los casos de Esporotricosis eran confundidos en su totalidad con la sífilis y la tuberculosis, constituyendo formas clínicas, la mayoría de las veces incurables, de estas enfermedades. La confusión aumentaba cuando algunos de estos casos curaban merced a la frecuente asociación de los mercuriales con el Iodo, terapéutica esta empleada, por ese entonces, en el tratamiento de la lúes. No sería justo, ya que nos dejamos llevar por el resumen histórico de la Esporotricosis, olvidar los nombres de Heakton y Perkins (5), quienes en 1900 publicaron el segundo caso y dieron el nombre de *Sporothrix schenckii* al agente productor de la enfermedad.

A raíz de las publicaciones de los autores franceses citados se desató una ola de trabajos sobre la materia, no siendo ajeno nuestro país a la difusión de los conocimientos sobre la nueva entidad. En efecto: en 1908 Alfonso Castro (Manizales) (6) comunicó a la Sociedad Médica de aquella ciudad 2 casos, posiblemente los primeros diagnosticados en Colombia. Con posterioridad a esta comunicación aparecieron nuevos trabajos (7-8-9-10), de los cuales el más difundido es el del Profesor Manuel José

* Asistente de Cátedra de la Clínica Dermatológica. Instructor de Dermatología.

Silva (10), en el que destaca la inusitada frecuencia de la enfermedad entre nosotros, su carácter epidémico en ocasiones, y en el que describe, por primera vez, la variedad acneiforme de la dolencia.

Pasamos por alto las otras publicaciones nacionales, ya que no es nuestro propósito hacer la revisión bibliográfica del tema sino destacar que la ignorancia sobre la enfermedad no es fruto de la falta de fuentes de información.

Debemos sí hacer notar que todos los trabajos publicados se refieren a formas cutáneas y subcutáneas. Es de presumir, sin embargo, que existan las formas óseas y viscerales descritas en otras latitudes y que la falta de hallazgos entre nosotros se deba a que nunca pensamos en esa posibilidad. Pero es también posible que estas formas sean de extraordinaria rareza, ya que en 3.000 casos recopilados y estudiados en la Unión Sudafricana (11) no se halló ninguna localización ósea o visceral.

Para dar una idea del poliformismo lesional de la Esporotricosis transcribiremos la clasificación de Ramos e Silva y Padilla Gonçalves (12):

1) *Formas sistémicas.* (Por diseminación hematógena).

2) *Formas del aparato locomotor.*

3) *Formas viscerales.*

4) *Formas paracutáneas.* (Mucosas. Ganglios linfáticos. Glándulas mamarias).

5) *Formas cutáneas, subcutáneas y de los vasos linfáticos.*

a) Esporotricoma Inicial.

b) Linfangitis Centrípeta (troncular, nodular).

c) Lesiones Gomosas, Ulcerosas o Ulcero-vegetantes (aisladas o múltiples).

d) Verrugosa.

e) Elefantíasis.

f) En Placa.

g) Mínima (dermoepidermitis circums-crita; acneiforme; lesiones papulosas superficiales).

Los cuatro primeros renglones de esta clasificación son prácticamente desconocidos entre nosotros. En cuanto a las formas cutáneas encontramos una neta prevalencia de las sub-formas de Linfangitis Centrípeta. No habíamos tenido la oportunidad de observar, aun cuando sí lo habían hecho, en épocas anteriores y con relativa frecuencia, los médicos del Servicio de Dermatología, la forma Verrugosa, por lo que en presencia de un caso hicimos el diagnóstico clínico de Cromomicosis, entidad de la cual consideramos clínicamente indiferenciable esta modalidad. Sólo el estudio micológico y la reacción a la Esporotriquina, de la cual nos estamos valiendo para el diagnóstico, con excelentes resultados, nos permitieron arribar a un diagnóstico correcto. Ya en posesión de los datos que hicieron irrefutable el diagnóstico de Esporotricosis Verrugosa, decidimos ensayar el tratamiento con Anfotericin B, no obstante que la terapia yodurada, específica en el tratamiento de esta dolencia, es de extraordinaria efectividad. Lo hicimos con carácter experimental y teniendo en cuenta que no conocemos ningún trabajo en este sentido. Por otra parte la Esporotricosis puede atacar tuberculosos y enfermos de lepra en los cuales podría estar, al menos teóricamente, contraindicada la terapéutica con yoduros. Además, aun cuando no es frecuente la intolerancia absoluta a los yoduros, hasta el punto que ni Reyes García (13) ni nosotros la hemos observado, cabe esa posibilidad, por lo que creemos conveniente contar con una terapéutica que en caso dado substituya al yodo en el tratamiento de la Esporotricosis.

Presentación del caso: Luis Hernando V. H. C. 214741 del Hospital de San

Juan de Dios. 16 años de edad, masculino, soltero.

Originario y procedente de El Peñón, Cundinamarca. (Clima medio).

Profesión: agricultor.

Antecedentes familiares: sin importancia para el caso.

Antecedentes personales: sin importancia para el caso.

Antecedentes de enfermedad actual: años antes del ingreso sufrió herida punzante en la región maleolar externa derecha, con la espina de una planta llamada "Cachipay". A ese nivel se constituyó una zona inflamatoria que se hizo renitente y drenó de manera espontánea, dando salida a un líquido purulento. La lesión ulcerosa así constituida comenzó a vegetar en su fondo y a crecer, muy lentamente, en superficie hasta el estado actual. La lesión nunca ha sido espontáneamente dolorosa.

Examen clínico general: sin particularidades.

Examen dermatológico: en la región maleolar externa derecha se aprecia elemento ovoide, de eje mayor paralelo al eje del pie, de 10 cms. de longitud por 6 cms. de altura. El elemento está constituido por la confluencia de vegetaciones agminadas, pero separadas por surcos profundos a través de los cuales mana, a la expresión, escaso pus blanco, bien ligado y de un olor "sui generis". Estas formaciones papilomatosas están recubiertas de una delgada masa córnea, macerada en parte por la humedad subyacente. Los bordes del elemento son nítidos y la piel que rodea la lesión es completamente normal.

Examen anatómo-patológico: (4487-59): Los cortes muestran piel cuya epidermis presenta hiperplasia, hiperqueratosis y paraqueratosis. En la dermis, neoformación capilar, congestión hemorrágica, micro-abscesos e infiltrado difuso por linfocitos, monocitos, plasmocitos y

leucocitos polimorfo-nucleares. Una minuciosa búsqueda no permitió encontrar micro-organismos.

Diagnóstico: Proceso inflamatorio crónico de piel.

Los exámenes de laboratorio practicados (Cuadro Hemático, Serología, Uroanálisis y Coproanálisis) fueron negativos, con excepción de este último, que indicó un poliparasitismo intestinal.

La Abreugrafía fue negativa.

Reacciones biológicas:

Montenegro (—).

Esporotriquina (+++).

Cultivo en Medio de Sabouraud: positivo para *Sporotrichum*.

En estas condiciones se inició tratamiento con Anfotericin B. Conocedores de las desagradables reacciones que experimenta el enfermo durante la perfusión endovenosa del antibiótico, pero también de la manera de evitarlas (14), resolvimos administrar 4 mgs. de Triamcinolona media hora antes del comienzo de la perfusión, y otros 4 mgs. a las dos horas de iniciado el goteo. Para tantear la tolerancia iniciamos el tratamiento con 17 mgs. diarios en 500 c. c. de suero dextrosado al 5% en agua. Esta dosificación se mantuvo por el término de tres días, al cabo de los cuales aumentamos a 25 mgs. diarios, dosis con la cual continuamos hasta finalizar el tratamiento. La dosis total empleada fue de 1.100 grs.

La involución del elemento fue lenta pero continua. A los pocos días había perdido su carácter húmedo, y poco después las vegetaciones fueron tornándose cada vez más escasas hasta quedar totalmente substituídas por una cicatriz atrófica, completamente lisa. (Figuras 1 y 2).

En dos oportunidades intentamos suspender la administración preventiva de la Triamcinolona, y en las dos se produjeron fuertes escalofríos.



Fig. 1: La lesión descrita, antes del tratamiento. Nótese el carácter vegetante del elemento y su relieve sobre la piel que lo circunda.

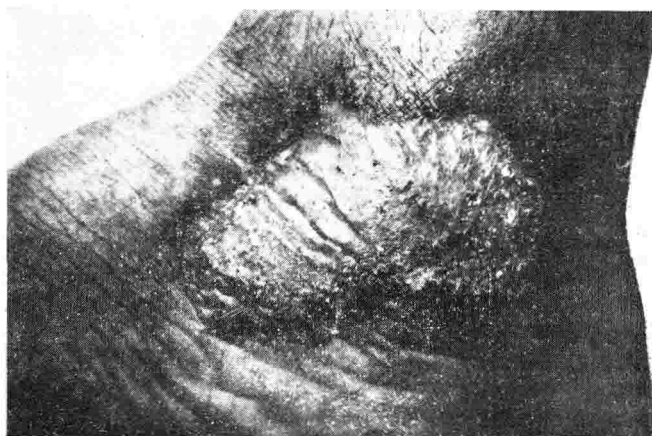


Fig. 2: Aspecto que presentaba la lesión al terminar el tratamiento con Anfotericin B. La lesión ha quedado representada por una cicatriz atrófica.

RESUMEN

- 1) Se hace una breve reseña histórica de las primeras comunicaciones sobre Esporotricosis.
- 2) Se destaca la amplia difusión de la enfermedad en nuestro país.
- 3) Se hace notar la no existencia de datos bibliográficos sobre formas extra-cutáneas.
- 4) Se llama la atención sobre la eficaz ayuda de la intradermo-reacción con Esporotriquina en el diagnóstico de la enfermedad.
- 5) Se comunica un caso de Esporotricosis Verrugosa tratado con Anfoterin B, con excelentes resultados.

SUMMARY

1. A brief historical review is incorporated of the early literature on Sporotrichosis.
2. The fact that Sporotrichosis is widely disseminated in Colombia is emphasized.
3. The lack of bibliographical data is noted on extra-cutaneous forms of Sporotrichosis.
4. The intracutaneous reaction with "Esporotriquina" is of great assistance in arriving at a diagnosis of this disease.
5. A case is reported of Verrucose Sporotrichosis treated with Anfoterin B with excellent results.

BIBLIOGRAFIA

- (1) LONDOÑO GONZÁLEZ, F.: "La Blastomycosis Sudamericana en Colombia". *Rev. Fac. de Med.* 25:101-118. (Marzo-abril), 1957.
- (2) SCHENCK, B. R.: "On refractory subcutaneous abscesses caused by a fungus possibly related to the Sporotricha". *Bull. Johns Hopkins Hosp.*, 9: 286, 1898.
- (3) BEURMANN, L., ET GOUGEROT, E.: "Sporotrichose. Présentation de cultures, pièces humaines et expérimentales". *Bull. et Mem. de la Soc. Franç. de Dermat. et de Syph.* 3. Janvier, 1905.
- (4) BEURMANN, L., ET GOUGEROT, E.: "Sporotrichoses Hypodermiques". *An. de Dermat. et Syph.* Oct., Nov., Dec., 1906. P. 837, 914, 994.
- (5) HEKTOEN, L., AND PERKINS, C. F.: "Refractory subcutaneous abscess caused by Sporotrix schenckii; a new pathogenic fungus". *Tr. A. Am. Physicians*, 15:502, 1900.
- (6) CASTRO, ALFONSO: "Dos observaciones comunicadas a la Sociedad Médica de Manizales". 1908.
- (7) POSADA BERRÍO, L.: "Estudio Clínico de la Esporotricosis". Presentado al Segundo Congreso Médico Nacional. *Repertorio de Medicina y Cirugía de Bogotá*. Vol. IV, Nº 47, agosto de 1913.
- (8) TORO VILLA, G.: "Monografía sobre Esporotricosis". Presentada al Congreso Médico Nacional. *Repertorio de Medicina y Cirugía de Bogotá*, Vol. IV, Nº 47, agosto de 1913.
- (9) RESTREPO, A.; JARAMILLO, A.; CORRREA A.: *Boletín Clínico de Antioquia*. Serie I, Nº 9; febrero de 1934.
- (10) SILVA, M. J.: "Sporotrichosis in Colombia". *Arch. Dermat. and Syph.*, 65:335, 1952.
- (11) *Encycl. Méd. Chir. Dermat.* 12022, G. 10; 1954.
- (12) RAMOS E SILVA, J.; PADILLA GONÇALVES, A.: "Sobre las formas clínicas de Esporotricose". *O Hospital*; 45:155-158, 1954.
- (13) REYES GARCÍA, G.: "Úlceras de los Miembros Inferiores", s. f. Editorial ABC, Bogotá.
- (14) LONDOÑO GONZÁLEZ, F.: "Tratamiento de la Cromoblastomycosis con Anfoterin B." (En vía de publicación).