



Esporotricosis transmitida por gato doméstico: a propósito de un caso

María L. Iacovone Basílico^a, María N. Mantero^a, Laura Caristia^a, Patricia Della Giovanna^b ,
Carmen T. Alfaro^c

RESUMEN

La esporotricosis es una micosis subcutánea de evolución subaguda-crónica causada por hongos dimórficos del complejo *Sporothrix* spp.

Es considerada la micosis subcutánea más frecuente en Latinoamérica y predomina en zonas tropicales. La prevalencia en Argentina se estima entre el 0,01 % y el 0,02 %. En la mitad de los pacientes, se manifiesta como una esporotricosis linfocutánea.

La infección es consecuencia de la inoculación del agente en la piel o mucosas a partir un trauma con plantas contaminadas. Existen también casos de transmisión zoonótica por contacto con animales como armadillos, aves, ratas, caballos, peces, mosquitos y felinos.

Presentamos el caso de una paciente de 14 años, que consultó por síndrome linfangítico nodular de dos meses de evolución y, ante la falta de respuesta a múltiples esquemas antimicrobianos, se decidió realizar biopsia y cultivo de la lesión, que confirmó el diagnóstico de esporotricosis linfocutánea.

Palabras clave: *Sporothrix schenckii*; linfangitis; esporotricosis.

doi (español): <http://dx.doi.org/10.5546/aap.2023-10169>

doi (inglés): <http://dx.doi.org/10.5546/aap.2023-10169.eng>

Cómo citar: Iacovone Basílico ML, Mantero MN, Caristia L, Della Giovanna P, Alfaro CT. Esporotricosis transmitida por gato doméstico: a propósito de un caso. Arch Argent Pediatr. 2024;122(6):e202310169.

^a Servicio de Dermatología Infantil; ^b Servicio de Dermatología; ^c Servicio de Anatomía Patológica; Hospital Nacional Profesor Alejandro Posadas, El Palomar, Argentina.

Correspondencia para María L. Iacovone Basílico: iacovonemarialaura7@gmail.com

Financiamiento: Ninguno.

Conflicto de intereses: Ninguno que declarar.

Recibido: 17-8-2023

Aceptado: 7-3-2024



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Atribución-No Comercial-Sin Obra Derivada 4.0 Internacional. Atribución — Permite copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra. A cambio se debe reconocer y citar al autor original. No Comercial — Esta obra no puede ser utilizada con finalidades comerciales, a menos que se obtenga el permiso. Sin Obra Derivada — Si remezcla, transforma o crea a partir del material, no puede difundir el material modificado.

INTRODUCCIÓN

La esporotricosis es una infección subaguda o crónica causada por hongos termodimórficos del género *Sporothrix*. Es una enfermedad cosmopolita, que se presenta preferentemente en regiones tropicales y subtropicales, y se considera la micosis subcutánea más frecuente en Latinoamérica.¹

Durante mucho tiempo, se conoció como la “micosis del rosal” o la “micosis del jardinero”, dado que la infección generalmente resultaba de la inoculación del agente en la piel o mucosas como consecuencia de una lesión provocada por materia vegetal contaminada. Sin embargo, durante los últimos años se ha reportado la transmisión zoonótica a través de arañazos o mordeduras de gato, y se aisló *S. brasiliensis* en la mayoría de los casos, la especie con mayor virulencia conocida.²

Los pacientes afectados presentan un compromiso cutáneo y subcutáneo, aunque ocasionalmente puede haber formas diseminadas.³

La esporotricosis puede presentarse a cualquier edad, sin embargo, es más común en pacientes pediátricos y adultos jóvenes, debido a que estos grupos suelen tener contacto directo con estos animales.

Se expone el caso de una paciente de 14 años que presentó síndrome linfangítico nodular a partir de la mordedura de su mascota (gato doméstico); se confirmó el diagnóstico de esporotricosis linfocutánea con cultivos positivos.

CASO CLÍNICO

Paciente de sexo femenino de 14 años, previamente sana, consultó por dermatosis de dos meses de evolución, localizada en miembro superior derecho. Como antecedente, había permanecido internada en otra institución, donde recibió múltiples esquemas antibióticos sin mejoría.

La paciente refirió que dicha dermatosis comenzó con un nódulo eritematocostroso en cara interna de brazo derecho, y se desarrollaron lesiones de similares características que se extendían con distribución lineal hacia axila (Figuras 1 y 2).

FIGURA 1. Esporotricosis linfangítica en extremidad superior, constituida por nódulos en diferentes estadios evolutivos, que siguen un trayecto lineal característico (patrón esporotricóide) en dirección a la axila



FIGURA 2. Lesión inicial costrosa en antebrazo con ulceración central



Dentro de los estudios complementarios, el hemograma mostró ligera leucocitosis; los hemocultivos fueron negativos y las serologías para el virus de la inmunodeficiencia humana (HIV), el virus de la hepatitis B (VHB), toxoplasmosis, VDRL, *Bartonella henselae*, el virus de Epstein-Barr (VEB) y el citomegalovirus (CMV) fueron negativas. Se realizó también la prueba cutánea de PPD y una radiografía de tórax, ambas sin particularidades.

Ante la falta de respuesta clínica, concurrió a nuestro servicio. Al examen dermatológico, se constató síndrome linfangítico nodular, acompañado con adenopatías regionales no dolorosas, pequeñas, móviles y no adheridas a planos profundos.

Durante el interrogatorio, surgió la información de que la paciente tenía un gato como mascota doméstica y que era frecuente que la rasguñara y mordiera al jugar.

Se realizó biopsia para anatomía patología y cultivos para gérmenes comunes, micobacterias y hongos.

El material obtenido se sembró en agar de Sabouraud a 28 °C y 37 °C con resultado positivo para *S. shenkii*. A 37 °C, se obtuvo el desarrollo de la forma parasitaria levaduriforme, mientras que a 28 °C se evidenció la fase saprofitica caracterizada por hifas hialinas ramificadas y conidios globosos.

No hay disponibles en forma rutinaria ni serología ni métodos de biología molecular para el diagnóstico.

La histología evidenció sección cutánea con proceso inflamatorio linfoplasmocitario e histiocitario de disposición perivascular, perianexial superficial y profundo.

Se derivó el gato a Zoonosis de la Facultad de Ciencias Veterinarias y se le encontraron lesiones en el hocico y las patas traseras. También se confirmó el diagnóstico de *S. shenkii* (Figura 3).

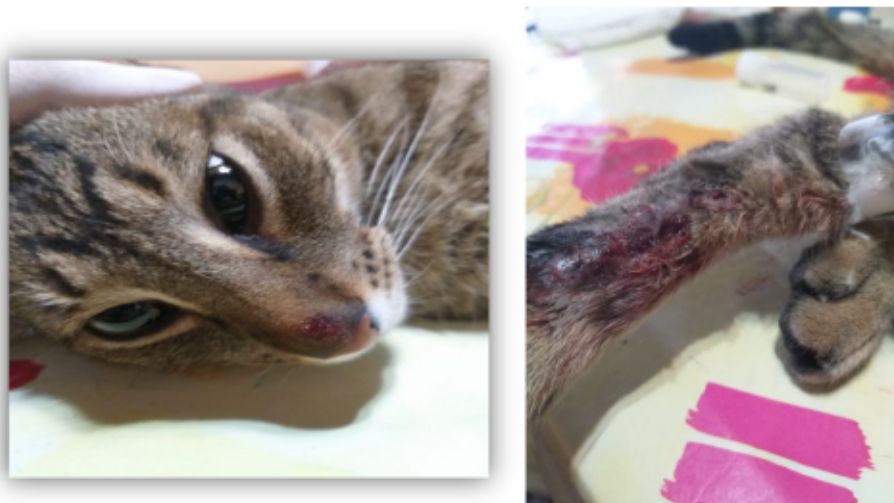
Con diagnóstico confirmado de esporotricosis transmitida por gato doméstico, se inició el tratamiento con itraconazol 200 mg/día durante 6 meses con evolución favorable. Se constató una respuesta clínica a los 2 meses del inicio del tratamiento. Se realizó hepatograma al mes, a los 3 meses y al finalizar tratamiento, todos sin particularidades. Al momento de la publicación, la paciente se encuentra en tratamiento por cicatrices hipertróficas residuales con buena respuesta.

DISCUSIÓN

Las diferentes especies que definen al complejo *Sporothrix* spp. difieren en su distribución geográfica y sus características microbiológicas; *S. brasiliensis* y *S. shenkii* son las de mayor virulencia.² Se encuentran ampliamente distribuidas en el mundo, especialmente en suelos ricos en celulosa de las áreas tropicales y subtropicales.

Algunos autores sugieren que los felinos presentan una susceptibilidad especial para adquirir infecciones por esta especie.³ En estos casos, la infección de los humanos se produce

FIGURA 3. Lesiones ulceradas, costrosas, en la cara y la pata del gato



tras el contacto con lesiones, mordeduras o rasguños de felinos enfermos.³

Las manifestaciones clínicas dependen de la respuesta inmunitaria del huésped, la virulencia de la cepa y del tamaño del inóculo. Se dividen en cutáneas y extracutáneas^{2,3} sin embargo, se han propuesto nuevos sistemas de clasificación (Tabla 1).

Las formas clínicas más frecuentes son las siguientes:

Esporotricosis linfocutánea o linfangítica: representa más del 75 % de los casos; se desarrolla en piel expuesta, como manos, cara y pies. El período de incubación es de 15 a 30 días; aparece en el sitio de inoculación un nódulo eritematoso o violáceo, no doloroso, que posteriormente se ulcera (chancro esporotricósico). Se produce linfangitis acompañada de nódulos secundarios que también pueden ulcerarse, lo que se conoce como patrón esporotricóide o linfangitis nodular. Sin afección del estado general.

Esporotricosis fija o dermoepidérmica: (el 10-30 % de los casos) solo existe una lesión. La infección es limitada y se manifiesta generalmente como una placa verrucosa de lento crecimiento y menos progresiva, con mínimo o sin compromiso linfático.

Entre los diagnósticos diferenciales, se encuentran las infecciones por micobacterias, *Nocardia* spp., *Leishmania braziliensis*, *Coccidioides immitis*, *Coccidioides posadasii*, *Blastomyces dermatitidis*, *Staphylococcus aureus* e *Histoplasma capsulatum*.

El estándar de oro para arribar el diagnóstico de esporotricosis es el aislamiento y la identificación de especies de *Sporothrix* en biopsias de lesiones cutáneas y otros tejidos afectados.² El diagnóstico definitivo requiere la conversión de la fase micelial a la fase de levadura, que se logra mediante el subcultivo en medios enriquecidos a temperaturas de 28 °C y 37 °C. En su estado saprofita (25-28 °C), crece en su forma filamentosa, la que al examen microscópico muestra la presencia de hifas hialinas septadas delgadas. Los conidióforos son largos y finos, y de ellos nacen conidios simples, hialinos, ovalados o alargados dispuestos en flor. Macroscópicamente, se presenta como una colonia blanco-cremosa que, con el tiempo, se vuelve más oscura en medios como agar de Sabouraud, y requiere al menos de 5 a 7 días para su desarrollo. La forma levaduriforme se obtiene mediante el cultivo en medios enriquecidos a 35-37 °C tanto en su forma filamentosa como levaduriforme.⁴

La esporotricosis no remite en forma espontánea y el tratamiento de elección es itraconazol en dosis de 3-5 mg/kg/día durante 3 a 6 meses con buena tolerancia y baja tasa de recaídas (tiempo de respuesta clínica: 2-3 meses).

El itraconazol es un fármaco fungistático que actúa inhibiendo la síntesis de ergosterol en la pared celular del hongo. Puede ser utilizado en pacientes sanos con lesiones limitadas, así como también en pacientes inmunodeprimidos y en forma sistémica, pero no en casos potencialmente mortales de diseminación/sepsis. Se presenta en

TABLA 1. Clasificación clínica de esporotricosis¹

Cutánea	Linfocutánea Cutánea fija Inoculación múltiple
Mucosa	Ocular Nasal Otras
Sistémica	Osteoarticular Cutánea diseminada Pulmonar Neurológica Otras localizaciones/sepsis
Inmunorreactiva	Eritema nodoso Eritema multiforme Síndrome de Sweet Artritis reactiva
Regresión espontánea	-

capsulas de 100 mg y debe administrarse lejos de las comidas.

Los principales efectos adversos informados son cefalea, trastornos gastrointestinales, y fotosensibilidad. Es hepatotóxico, teratogénico y embriotóxico. No puede usarse en pacientes con enfermedades hepáticas ni en mujeres embarazadas. Se debe realizar hepatograma antes del tratamiento y luego de 3-4 semanas. Si los niveles séricos están dentro de los rangos normales, las pruebas solo deben repetirse al final del tratamiento.

Para aquellos pacientes con contraindicaciones para el itraconazol, el tratamiento indicado es una solución saturada de yoduro de potasio, 1-2 g/día (mezclada en leche o jugos) y debe administrarse 3 veces al día. Las lesiones suelen remitir en 2 a 4 semanas.⁵

En casos graves, se utiliza anfotericina B desoxicolato o preferentemente liposomal, en dosis de 0,025-1 mg/kg/día, hasta lograr mejoría clínica y luego se rota a itraconazol.

La esporotricosis debe considerarse en la actualidad como una patología zoonótica emergente y debe sospecharse en todo huésped

sano ante la presencia de nódulos cutáneos ulcerados, indoloros, con secreción no purulenta y retardo en la cicatrización. La topografía con diseminación linfática y el antecedente de exposición ambiental o portación de mascotas, especialmente felinos, son elementos cruciales para encauzar el diagnóstico certero. ■

REFERENCIAS

1. Orofino-Costa R, de Macedo PM, Rodrigues AM, Bernardes-Engemann AR. Sporotrichosis: an update on epidemiology, etiopathogenesis, laboratory and clinical therapeutics. *An Bras Dermatol*. 2017;92(5):606-20.
2. Silva-Astorga M, Mena-Vergara L, Giacaman P, Zapata S. Esporotricosis, una realidad aún presente en Chile: a propósito de un caso. *Rev Méd Clín Condes*. 2021;32(2):240-5.
3. Aldama Caballero AB, Correa Martínez J, Rivelli V, Aparicio R, Mendoza G. Esporotricosis en niños comunicación de tres casos con localización facial. *Pediatr (Asunción)*. 2000;27(2):32-6.
4. Picollo M, Epelbaum C, Bustos AC, Carnovale S, Rosanova MT. Esporotricosis linfocutánea en un paciente pediátrico, a propósito de un caso. *Rev Chil Infectol*. 2021;38(6):811-5.
5. Rezende HD, Madia ACT, Mateus AD, do Bern Filho EA, et al. Itraconazole versus potassium iodide for cutaneous sporotrichosis: weighing up the pros and cons. *Rev Assoc Med Bras (1992)*. 2021;67(11):1529-30.