

Esporotricosis en un Paciente Adolescente Sporotrichosis in an Adolescent Patient.

Rina Medina* , Jandy Flores* , Marco Tulio Luque** 

* Pediatría, Hospital General San Felipe.

** Infectología Pediátrica, Hospital Escuela.



Paciente masculino de 14 años, procedente de área suburbana, con ocupación ocasional en la agricultura y juego al aire libre, sin antecedente de trauma y mordedura de roedores o mamíferos. Acude a la emergencia de pediatría, con cuadro clínico caracterizado por dolor en rodilla derecha de cuatro semanas de evolución, acompañada de una placa circular bien definida, eritemato-descamativa, con centro erosivo, ulcerado, cubierto por elementos costosos necróticos, además, con dos lesiones nodulares violáceas que siguen trayecto linfático del mismo tiempo de evolución, afirma fiebre no cuantificada subjetivamente alta de una semana

de evolución. Se ingresa a la observación de pediatría con diagnóstico de celulitis tratada con antibióticos sistémicos. En su evolución sin mejoría por lo que fue evaluado por el servicio de infectología pediátrica sugiriendo abordaje por Esporotricosis y enviar cultivo por hongos. El resultado del cultivo por hongos fue positivo para *Sporothrix schenckii*.

El *Sporothrix schenckii* es un hongo dimórfico, que habita en lugares templados con temperatura entre 20-28°C y con alta humedad, se encuentra en la tierra, materia vegetal y madera (1,2,4). Se ha identificado seis especies: *S. schenckii*, *S. brasiliensis*, *S. globosa*, *S. luriei*, *S. mexicana* y *S. albicans* (2,3). Infecta al humano por inoculación directa, pérdida de solución de continuidad y rara vez por inhalación (4). Es la micosis subcutánea más frecuente en el mundo, en México se reporta una frecuencia del 25-33% en la población pediátrica sin diferencia de género (1,5). Tiene tres formas clínico-morfológicas de

presentación: cutáneo-linfangítica, tegumentaria fija y excepcionalmente la diseminada (especialmente en pacientes inmunodeprimidos)(1,4). *S. schenkii* asociada a la presentación linfocutánea y la *S. globosa* a la presentación cutánea. El diagnóstico se realiza mediante cultivo (4). El tratamiento de elección es el yoduro de potasio, y como segunda opción los imidazoles, en la mayoría de los reportes de caso se utilizó itraconazol (2,5).

Bibliografía

1. Pérez A, Pineda J, Sánchez J, López E. Esporotricosis en niños: presentación de dos casos y revisión bibliográfica, Arch Inv Mat Inf 2012; IV (1):48-51
2. Ramírez M, Sporotrichosis: The Story of an Endemic Region in Peru over 28 Years (1985-2012), PLoS ONE 10(6): e0127924. doi: 10.1371/journal.pone.0127924
3. Caus A, Zanoti R, Faccini A, Vicentini G, Falqueto A, Epidemiological and Clinical Aspects of Sporotrichosis in Espírito Santo State, Southeast Brazil: A Study of Three Decades (1982–2012), Am. J. Trop. Med. Hyg., 100(3), 2019, pp. 706–713 doi:10.4269/ajtmh.18-0667
4. Queiroz F, Buccheri R, Bernard G, Sporotrichosis In Immunocompromised Hosts, J. Fungi 2019, 5, 8; doi: 10.3390 / jof5010008
5. Palacios D, López J, Rojas P, Vicuña D, Ramírez A, et al, Esporotricosis facial en niños: un desafío diagnóstico, DERMATOL PERU 2014; vol 24 (2)