

## ***Esporotricosis linfangítica***

Por el Dr. J. ALFONSO-ARMENTEROS(8)

La esporotricosis es una infección granulomatosa crónica de la piel, tejido celular subcutáneo, sistema linfático y ocasionalmente, de los órganos. Es producida por el *Sporotrichum Schenckii*.

### ***Distribución geográfica:***

Se ha comprobado la existencia de la esporotricosis en todos los continentes, aunque con variable incidencia, que condicionan el particular estado endémico de cada región, y asimismo, las condiciones climáticas especiales relacionadas con altos valores de relativa humedad y calor. Con extraordinaria frecuencia se ha observado la afección en Francia; en Africa del Sur se reportó un intenso brote epidémico que afectó a millares de nativos. En América, es muy común en Brasil (Almeida<sup>2</sup>) y Colombia (Silva<sup>11</sup>); en Venezuela (Borelli<sup>3</sup>) y México (G. Oclioa<sup>7</sup>), la esporotricosis es la micosis profunda más común en esos países.

En Cuba es una afección que se observa con escasa frecuencia; calculamos que a lo sumo una veintena de casos ha sido estudiada y comprobada por el examen micológico. En el antiguo "Hospital Mercedes"—actualmente Hospital "Comdte. Fajardo"—nunca llegamos a observar personalmente ningún caso, por lo menos, durante 40 años; sin embargo, ya en marzo de 1965 aparece el

primer enfermo; en abril del propio año se observa el segundo y en enero del año actual comprobamos el tercero.

### ***Etiología:***

La esporotricosis afecta a todas las razas; se ha observado en las distintas edades, aunque es mayor su incidencia entre 20 y 40 años. Pese a que suele verse en ambos sexos, predomina en el masculino.

La ocupación constituye un factor de singular importancia, pues esta micosis se ve con frecuencia entre los que realizan labores agropecuarias; asimismo, afecta a los obreros de las minas, como ocurrió en la conocida epidemia de las minas de Witwatersrand, Africa del Sur, donde se infectaron 2,825 nativos,<sup>3,4</sup> de igual modo, muchos de los que manipulan ciertos productos agrícolas padecen de esta afección. En estas últimas circunstancias, la esporotricosis es considerada como una ***enfermedad profesional***.

La contaminación también ocurre ocasionalmente en el personal de laboratorio a cargo de los cultivos y animales infectados, o cuando de modo accidental sucede alguna herida en el acto operatorio de un animal infectado, o bien, por mordeduras de éste. La contaminación directa de hombre a hombre es rara; algunos autores no la reconocen.<sup>1</sup>

El *S. Schenckii* vive en forma saprofita en la Naturaleza, habiendo sido ais-

---

8 Del Servicio dermatológico, Hospital "Comdte.

M. Fajardo". D y Zapata, Vedado, Habana, Cuba.

lado del suelo, plantas y maderos; muchos animales padecen espontáneamente esta afección, como los perros, gatos, ratas, ratones y caballos. En términos generales, esta es la fuente de **infección exógena** para el hombre. El hongo vive también en el ser humano en forma saprofita, sin llegar a afectar al huésped en muchas ocasiones; empero, en determinadas condiciones dicho hongo llega a invadir al organismo en que reside merced a la acción combinada de factores predisponentes que se relacionan con el terreno, la exaltación de la virulencia del germen y la hipersensibilidad tisular a las secreciones del mencionado germen. Es la fuente de **infección endógena**.

#### **Sintom otología:**

Partiendo de los trabajos de **Beurmann** y **Gougerot**,\* la sintomatología de la esporotricosis se acostumbra a describir estableciendo distintas formas clínicas, las cuales se ordenan actualmente en concordancia con las clasificaciones propuestas por los diferentes autores. Trátase de una afección polimorfa que puede invadir, además de la piel, a otros tejidos, tal como consta en los fundamentos de la definición.

La denominada **esporotricosis linfangítica o forma linfangítica o forma cutánea regional centripeta** es la más común y característica de las formas clínicas de esta afección, y por tal circunstancia ocupa un destacado lugar en las diversas clasificaciones; a la vez sus autores realizan una prolija descripción del proceso cutáneo-linfático. En este aspecto, todas las clasificaciones tienen gran semejanza entre sí; sólo se diferencian, fundamentalmente, en los vocablos empleados para la denominación del tipo clínico.

La **esporotricosis linfangítica** se caracteriza por presentar, tras un período de incubación de 1 a 4 semanas (en ocasiones varios meses), una lesión inicial o **chancro esporotricósico** en el sitio por donde penetró en el organismo el hongo patógeno. Esta lesión está situada, por lo común, en las manos o pies, aunque también se lia observado en la cara, el cuello y otras regiones.

En su evolución, el **chancro** presenta varios estadios bien diferenciados:

**Primer estadio:** Es un nódulo de tamaño variable, comúnmente de 1 o más centímetros; hemisférico, elástico, no adherido a los planos profundos ni a la piel que lo cubre; no es doloroso.

**Segundo estadio:** Después de transcurridas 4 o 6 semanas, el chancro se adhiere a la piel, tomando ésta un color rojo al mismo tiempo que se engruesa (signo de la **piel de naranja**, indicio de invasión cutánea).

y **Tercer estadio:** Cuando la piel se ulcera.

No siempre la lesión inicial cumple todos los estadios evolutivos; algunas involucionan espontáneamente; también es posible que el chancro no llegue a aparecer jamás (**variedad decapitada** de la esporotricosis linfangítica) que, en nuestra opinión personal, es probable que esta variedad esté relacionada con el mecanismo de inoculación del germen. A veces la referida lesión inicial no adopta la apariencia nodular característica con los distintos estadios ya conocidos, sino aparece en forma de placa polimorfa de **tipo verrugoso, acneiforme, eritematoescamosa, eritematopapulosa y ulcerosa** (de Beurmann y **Gougerot**,<sup>6</sup> **Borelli**<sup>3</sup> y **G. Ochoa**.”

Después de algunos días o semanas, el proceso invade los vasos linfáticos re-

gionales, los cuales suelen endurecerse, pudiendo palpase como duros cordones. A lo largo de los mismo va apareciendo una serie de nodulos que, llevando una dirección centrípeta, se dispone escalonadamente hasta alcanzar el tercio medio del brazo o del muslo. Estos nodulos secundarios tienen una evolución por estadios en forma análoga a la de la lesión *princeps*.

Los ganglios linfáticos axilares e inguinales no se encuentran afectados en todos los casos; con relativa frecuencia se hallan indemnes aún cuando exista una marcada linfangitis troncular.

La ordenada distribución de las lesiones que constituyen el complejo cutáneolinfático de los miembros, por lo común, no se observa cuando la afección está situada en la cara; los elementos eruptivos secundarios tienden a disponerse irregularmente, sin orientarse en el sentido de los vasos linfáticos, aunque según *Ramírez*,<sup>12</sup> en el chancro de la nariz, muy frecuente en México, las referidas lesiones secundarias adoptan la forma de una V invertida, dirigiendo sus ramas hacia los ganglios regionales.

La esporotricosis linfangítica de los miembros presenta algunas variedades, según apuntan de *Beurmann* y *Gougerot*,<sup>6</sup> y son las siguientes: chancro y nodulos escalonados sin cordón linfático; chancro y adenitis sin nodulos ni cordón linfático y, finalmente, nodulos sin cordón linfático ni chancro.

#### REPORTE DE TRES CASOS:

**Caso No. 1.**—E.B., raza blanca, masculino, de 43 años, campesino. Trabaja en la granja "Mártires del Moneada", Jagüey Grande, Matanzas.

Recibió un traumatismo mientras manipulaba la caña; a los 20 días, cuando concurre al Hospital, se observa una lesión

nodular con ulceración central, de un centímetro y medio de diámetro aproximadamente, que aparece en el sitio del traumatismo, es decir, en el dorso de la mano derecha, hacia la articulación metacarpo falángica del dedo índice. Existe un cordón linfático duro, de unos 3 milímetros de diámetro, que asciende por el borde radial del antebrazo y al llegar a la flexura del codo ocupa el centro de ésta, para continuar ascendiendo por la cara anterior del brazo hasta llegar a la unión del tercio medio con el superior de esta región. A lo largo del referido cordón se hallan escalonadamente 6 nodulos en el antebrazo y 7 en el brazo, de los cuales, algunos son duros y otros fluctuantes. No se comprueba adenopatía axilar. La lesión inicial es ligeramente pruriginosa.

**Caso No. 2.**—E.D., raza blanca, de 14 años, masculino. Procede de las minas de Matahambre, Pinar del Río.

No recuerda haber recibido traumatismo. La afección comenzó en el dorso del dedo índice izquierdo dos meses antes, como una lesión dura, del tamaño de un garbanzo, con una vesícula central; posteriormente esta lesión se ulceró en su centro. A los 15 días del inicio van presentándose algunos nodulos en la cara posterior del antebrazo, los cuales se disponen irregularmente, aunque al aparecer llevan una dirección ascendente o centrípeta, orientada hacia el ganglio epitroclear, que se encuentra ligeramente aumentado, movable e indoloro a la palpación. Estas lesiones nodulares se encuentran ulceradas; algunas de ellas están cubiertas por costras.

**Caso No. 3.**—J.A.A., raza blanca, 37 años de edad; masculino. Procede de las minas de Matahambre, Pinar del Río, donde trabajó durante 12 años como minero; desde hace algunos meses es dependiente de ferretería en el propio lugar.

La afección comenzó 2 meses y medio antes de concurrir al Hospital, en forma de una lesión forunculoide (*vello enconado*, manifiesta en sus palabras). No refiere traumatismo inicial, aunque posteriormente el trauma ocurre en forma de rasguño en dos ocasiones, primero con un clavo y después con la uña. En el momento del examen, el chancro tiene el diámetro aproximado de una pulgada; es escamo-costroso, con sus bordes algo elevados; asienta en el tercio medio de la cara posterior del antebrazo derecho. También se observan a lo largo del borde cubital de dicho antebrazo pequeños nodulos abscedados; algunos de ellos están ulcerados; se disponen en forma lineal en dirección al ganglio epitroclear. En el tercio medio de la cara interna del brazo se observa una lesión solitaria de tipo nodular. Existen ganglios pequeños, móviles e indoloros a la palpación. No se observa cordón linfático.

En los tres enfermos se comprobó el *Sporotrichum Schenckii* en el pus de las lesiones cerradas o abiertas. Asimismo, se empleó en ellos una terapéutica a base de yoduro de potasio, con el que se obtuvo la curación completa de los casos 1 y 2 en sólo algunas semanas; el caso número 3 se encuentra todavía bajo tratamiento, pero a las tres semanas las lesiones se encontraban secas y aplanadas.

#### COMENTARIOS

Aún cuando la esporotricosis es hasta el presente una afección poco común en Cuba, creemos interesante subrayar el hecho de que durante el dilatado lapso de más de 40 años, por lo menos, no se hubiera observado

ningún caso de esta afección en el Servicio Dermatológico del antiguo Hospital Mercedes ni en el actual Hospital "Cmdte. M. Fajardo" (sucesor de aquel), cuando en otros servicios dermatológicos de la Habana la hubieran reportado en varias ocasiones, a pesar de tener un número de con sultas aproximadamente igual al de los anteriores. Salvo imputarlo a circunstancias casuales no concebimos ningún razonamiento que explique el hecho singular que estamos refiriendo; en tal virtud, este trabajo tiene por objeto reportar los tres primeros casos de esporotricosis linfangítica observados en el Servicio Dermatológico a que pertenecemos; pero con esta limitada casuística no podemos llegar a conclusiones definitivas, especialmente en lo que concierne a los aspectos clínico, micológico y epidemiológico. Esto será posible, en función del tiempo, con la observación de mayor número de casos.

#### RESUMEN

El autor hace una revisión de la distribución geográfica de la esporotricosis, señalando al mismo tiempo la poca frecuencia con que se observa en Cuba. En el antiguo Hospital Mercedes —actualmente Hospital "Cmdte. Fajardo"— no se ha visto ningún caso de esta afección en 40 años, por lo menos. Realiza después una breve exposición relacionada con la sintomatología de la esporotricosis linfangítica, y finalmente, reporta tres casos de esta micosis, que son los primeros observados en la institución hospitalaria antes mencionada.

R. C. M.  
JUNIO 30, 1966

#### BIBLIOGRAFIA

1. —*Alfonso-Armenteros*, Micología Médica. Min. Salud Pública, ed., pág. 217, 1965.
2. *Almeida, F., Sampaio, S. A., Silva Lacaz, C. y Castro Fernández, J.*: Statistical Data on Sporotrichosis. En Year Book, pág. 325, 1955-1956.
3. —*Borelli, D.*: Esporotricosis. Derm. Venezolana, IV: 89, Dic., 1963, Jul., 1964.
4. —*Conant, N. F., Smith, D. T., Baker, R. D., Callauai, J. L. y Martin, D. S.*: Manual of Clinical Mycology. Second Ed. Saunder, W. B. ed. Phil. London, 1954.
5. —*Connant, N. F.*: Bacterial and Mycotic Infections of Man. Dubos R. J. ed., pág. 614, 1948.
6. *De Beurmann y Gougerot*: Les Sporotrichoses. Alean, F., París, 1912.
7. —*González Ochoa, R.*: Sporotrichosis. Medical Mycology, Simons ed., Armsterdam, 1954.
8. —*Lavalle, P.*: Esporotricosis en México. Algunas Peculiaridades Clínicas y Síntesis Patogénica. Memorias del III Congreso Ib. Lat. Amer. de Derm. (Reimpreso).
9. —*Mikkelsen, W. M.; Brandt, R. L. y Harrell, E. R.*: Sporotrichosis: Report of 12 cases including two with Skeletal involvement. Ann. Int. Med., 47: 435, 1957.
10. —*Oteiza, A., Ramírez Corría, F. y Armas, R.*: Las Micosis en Cuba. Inf. Med. IV: 81, 1940.
11. —*Silva, M.*: Sporotrichosis in Colombia. A.M.A. Arch. Derm. Syph. 65: 355, 1952.
12. —*Ramírez, La* Esporotricosis. Dermatología, México, IV: 120, 1960.