

# El caso más temprano de esporotricosis pediátrica en el Perú

## *The earliest case of pediatric sporotrichosis in Peru*

Roy García<sup>1</sup>, Yuri Figueroa<sup>2</sup>, Gloria Ugarte<sup>3</sup>.

### RESUMEN

La esporotricosis es endémica en el Perú y los casos pediátricos están en aumento. Reportamos el caso más temprano en la literatura médica peruana, iniciado en la etapa neonatal, bajo la forma de esporotricosis fija y presentación úlcero-costrosa, que afecta la cara. El tratamiento con yoduro de potasio oral fue exitoso y bien tolerado.

**Palabras clave:** Esporotricosis; Niños; Perú.

### SUMMARY

Sporotrichosis is endemic in Peru and there is an increasing number of cases in children. We report the youngest case of sporotrichosis in Peru. The beginning of the disease was in the neonatal period. The face was the affected site, with an ulcerated plaque of the localized cutaneous type. Treatment with oral potassium iodide led to complete cure and it was well tolerated.

**Key words:** Sporotrichosis; Children; Peru.

### INTRODUCCIÓN

La esporotricosis es una infección fúngica causada por *Sporothrix schenckii*, que afecta preponderantemente la piel y raras veces órganos internos<sup>(1)</sup>. El hongo tiene su hábitat en la tierra, vegetales viables o descompuestos y fáneras de algunos animales<sup>(2)</sup>. Ingresa a la piel generalmente por inoculación accidental, recordada o no por los pacientes. Es prevalente en lugares con temperatura entre 15 a 30 °C y con épocas de lluvia. En la piel los cuadros más descritos son linfocutáneo y fijo<sup>(3)</sup>. Suele comportarse como enfermedad crónica. El mejor medio para diagnóstico es el cultivo. Los mayores reportes son de

adultos, aunque hay creciente frecuencia en niños. Los casos neonatales prácticamente son inexistentes. El Perú es país endémico de esta enfermedad<sup>(4-7)</sup>.

### CASO CLÍNICO

**Relato:** niño de 6 meses de edad, nacido en Cusco, Perú, procedente de zona peri-urbana. Inicia enfermedad a las 3 semanas de vida, con pápula eritematosa en el pómulo izquierdo que luego se ulcera y crece exoctrínicamente de manera progresiva. El interrogatorio dirigido a la madre permitió obtener el dato de pinchazo con espina de rosal

1 Médico Dermatólogo Hospital EsSalud Cusco, Doctor en Medicina, ex Profesor Principal de la Facultad de Medicina de la Univ. Nac. San Antonio Abad - Cusco, Perú.

2 Médico Dermatólogo, Jefe de la Unidad de Dermatología del Hospital EsSalud - Cusco, Perú.

3 Médico Radióloga, ex Jefe de Radiología del Hospital EsSalud - Cusco, Perú.

Correo electrónico: roygarciaacu@hotmail.com

en la cara del paciente. Fue atendido en varios centros desde las 5 semanas de edad y tratado con dicloxacilina oral, oxacilina, amikacina parenteral y aciclovir tópico, sin mejoría.

Antecedentes perinatales no contributorios, hijo único y buena salud de sus padres.

**Al examen físico:** se observó un niño en buen estado general, quien presentaba una placa eritematosa infiltrada úlcero-costrosa serohemática y con algunas pápulas satélites que comprometía pómulo y mejilla izquierda ( **fotografía 1** ). No se encontraron adenopatías en el cuello.

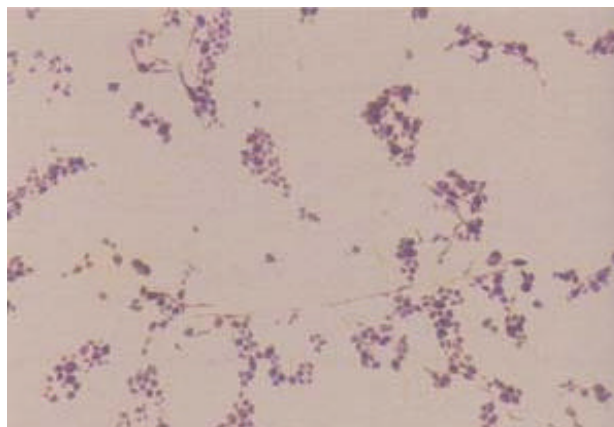


Fotografía 1. Esporotricosis fija. Placa eritematosa infiltrada úlcero-costrosa.

**Exámenes auxiliares:** hemograma, bioquímica renal y hepática normales. Examen directo teñido con Giemsa negativo para leishmania, BK de secreción de úlcera negativo. VDRL no reactivo. Radiografías de cráneo y tórax normales. El cultivo en agar Sabouraud a temperatura ambiente (15 °C) permitió aislar *S. schenckii* a partir del cuarto día de la siembra ( **fotografías 2 y 3** ).



Fotografía 2. Aspecto macroscópico de colonia de *S. schenckii*, a los 10 días de siembra. Agar Sabouraud. Cultivo a medio ambiente 15% C.



Fotografía 3. *S. schenckii*. Microscopía de la fase filamentososa 100 X. Cultivo de 10 días. Coloración azul de metileno. Se observa filamentos primarios y secundarios con conidios redondos.

No se hizo biopsia de piel, porque los padres del niño no lo consintieron.

**Evolución:** se hizo tratamiento con yoduro de potasio (KI) en solución saturada por vía oral, en gotas, en esquema creciente llegándose hasta 20 gotas, 3 veces por día, con buena tolerancia. Se evidenció cicatrización de la lesión al mes. El control a los 3 meses post tratamiento permitió ver curación completa con discretas cicatrices queloidiformes ( **fotografía 4** ).



Fotografía 4. Control a los 3 meses post tratamiento. Curación con cicatrices discretamente queloidiformes.

## DISCUSIÓN

Desde 1986 estamos viendo casos de esporotricosis en Cusco y esta zona es definitivamente endémica en nuestro país<sup>(6,8)</sup>. Los casos pediátricos tienden a aumen-

tar en nuestros registros nacionales y en los internacionales<sup>(9)</sup>; afectan principalmente la cara y las extremidades superiores<sup>(5)</sup>. Se requiere una sostenida difusión de esta patología, ya que con frecuencia se demora su diagnóstico y las secuelas se acentúan.

Los diagnósticos diferenciales en este caso son piodermatitis, leishmaniasis, cromicosis, tuberculosis y sífilis, entre otros<sup>(10,11)</sup>.

En los niños las formas fijas de esporotricosis cutánea tienden a equipararse o prevalecer sobre las linfangíticas<sup>(5,9)</sup>.

¿Cómo es que los niños adquieren la infección? Ellos generalmente al jugar se traumatizan por caídas, cortes, rasgaduras o pinchazos con espinos, carrizos, maderas viejas, entre otros, y suelen tener las lesiones en la cara (por su estatura) o en los miembros superiores<sup>(3,12)</sup>.

En nuestra serranía existe la práctica de "q'uepicusha guaguata guasampi", vocablos quechua que hacen referencia al cuidado de los bebés con una manta en la espalda de sus madres. La madre del niño de este reporte solía arreglar su jardín de rosales e indicó que al agacharse expuso la cara del bebé a espinas. Este modo de cuidar a nuestros niños probablemente proporciona calor materno y abrigo, pero puede exponer al niño, por ejemplo, a la radiación solar o a traumatismos accidentales, en la medida que la madre haga diversas tareas teniendo a su hijo en el dorso del tórax.

Es importante conocer las ocupaciones, costumbres, prácticas o contacto con animales, en las diferentes zonas endémicas de esporotricosis para orientar la posible forma de adquisición o introducción del hongo<sup>(11,13)</sup>.

No tuvimos problemas para tratar a este lactante con KI. Al respecto, la experiencia en niños de corta edad es pobre; sin embargo, KI e itraconazol pueden ser de elección en las esporotricosis cutáneas en lactantes<sup>(3,14)</sup>. La industria farmacéutica está llamada a proporcionarnos drogas seguras y satisfactorias para los niños, ya que en la actualidad lo que se ofrece para el tratamiento de micosis superficiales y profundas es aún insuficiente.

Este es el reporte más temprano de esporotricosis infantil en la literatura médica peruana, con inicio en la etapa neonatal. Corresponde a la variedad fija con presentación ulcerada. Cusco es una zona endémica de esta patología (Tabla I) y los casos pediátricos son frecuentes.

Tabla I. Principales zonas endémicas en Perú (según publicaciones).

Apurímac	Ayacucho
Cusco	Madre de Dios
La Libertad	Arequipa
Cajamarca	Junín

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- 1 KHABIE N, BOYCE T, ROBERTS G, THOMPSON D. Laryngeal sporotrichosis causing stridor in a young child. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2003;17(1):819-823.
- 2 ARENAS R. *Micología* 2003, 2da.ed;129-137.
- 3 ALDAMA A, CORREA J, RIVELLI V, APARICIO R, MENDOZA G. Esporotricosis en niños. *Rev Pediatr Soc. Paraguaya*. 2000;27(2).
- 4 GARCIA M, URQUIAGA M, LOPEZ N. Esporotricosis cutánea en el Hospital Regional de Cajamarca. *Dermatol Perú*. 2001;11(2):87-91.
- 5 FLORES A, INDAOCOCHA S, DE LA FUENTE J, BUSTAMANTE B, HOLGADO W. Esporotricosis en Abancay, Perú. *Rev Per Epidemiol*. 1991; 4 (1): 5-10.
- 6 PAPPAS PG, TELLEZ I, DEEP AE, NOLASCO D, HOLGADO W, BUSTAMANTE B. Sporotrichosis in Peru description of an area of hyperendemicity. *Clin Infect Dis*. 2000; 30(1):65-70.
- 7 GARCIA R. Esporotricosis en la altura del Cusco-Perú. Nueva zona endémica. Experiencia de 11 años. *Folia Dermatol Per*. 1998;9(1-2):59-61.
- 8 GARCIA R, VIDOTTO V, BRUATTO M. Sporotrichosis in the metropolitan area of Cusco, Peru, and its region. *Mycoses*. 1990; 33(5) 231-240.
- 9 KUSUHARA M, HACHISUKA H, SASAI Y. Statistical survey of 150 cases with sporotrichosis. *Mycopathologia* 1988;102(2):129-133.
- 10 GENE A, ALAYETO J, JUNCOSA T, GONZALEZ A. Lesión cutánea en un lactante. *Enfer Infecc Microbiol Clin*.1966;14:391-392.
- 11 PROSE N, MILBURN PB, PAPAYANOPULOS DM. Facial sporotrichosis in children. *Pediatr Dermatol*.1986;3(4):311-314.
- 12 PEREIRO M, CHACHARRON JM, FERNANDEZ JA, NOGUEIRA C, PEREIRO MM. Esporotricosis cutánea localizada en tres hermanos. *Rev Iber Micol*. 1985;2:127-132.
- 13 BARROS MB, SCHUBACH O, DO VALLE AC, GUTIERREZ MC, CONCEICAO-SILVA F, SCHUBACH TM, et al. Cat-transmitted sporotrichosis in Rio de Janeiro, Brazil. *Clin Infect Dis*. 2004;38(4):529-535.
- 14 KAUFFMAN CA, HAJJE R, CHAPMAN SW. Practice guidelines for the management of patients with sporotrichosis. *Clin Infect Dis*. 2000; 30 (4):684-687.