

TRABAJOS ORIGINALES

Características clínicas e incidencia de la esporotricosis palpebral: comunicación de 16 casos nuevos

Clinical profile and incidence of palpebral sporotrichosis: 16 new cases

Hernán Miranda¹

RESUMEN

El objetivo de este trabajo es presentar gráficamente un conjunto de doce nuevos pacientes con esporotricosis palpebral, forma clínica rara vez mencionada en publicaciones. Los pacientes procedían de áreas en las que se demostró que la esporotricosis es endémica, entre las que figuran Otuzco y Cajamarca, localidades andinas del norte del Perú. El proceso afectó párpados superiores o inferiores adoptando una apariencia granulomatosa que se continuaba con lesiones cordales que conducían a colecciones con contenido fluido en cara. A los casos comunicados se suman cuatro sin fotografías, más cuatro publicados anteriormente, lo que hace un total de 20 casos en un conjunto de 55 pacientes con diagnóstico de esporotricosis. La edad de los pacientes estuvo por debajo de los diez años. Se considera que el mecanismo de la infección es por rascado ante estímulos variados como picaduras de insectos, con uñas cargadas de tierra contaminada con esporas de hongos.

Palabras clave: Esporotricosis palpebral; Niños; Micosis profunda; Endemia.

SUMMARY

The aim of this study is to present graphically a set of twelve new patients with palpebral sporotrichosis, a rare clinical form. The patients came from sporotrichosis endemic areas, as Otuzco and Cajamarca (andean localities of the north of Peru). The process affected upper or lower eyelids adopting a granulomatose appearance that continued with cords that led to collections with fluid content in face. To the reported cases, four are added without photographs, and with four published previously, it does a total of 20 cases in a set of 55 patients with diagnosis of sporotrichosis. The patients were ten years old or younger. It is supposed that the mechanism of the infection is by scratching with nails loaded with land contaminated with spores of fungi.

Key words: Palpebral sporotrichosis; Children; Mycosis; Endemic.

¹ *Profesor Emérito y Director del Instituto de Medicina Tropical e Infectología,
Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Trujillo.
Correo electrónico: meditropic@hotmail.com*

INTRODUCCIÓN

La esporotricosis es la micosis profunda que se observa con mayor frecuencia en Lima y en Trujillo tomando como referencia la atención médica en consultorios de hospitales públicos¹⁻⁴. El interés por su mejor conocimiento se inició con el estudio de ciertas áreas en las que se comprobó que la esporotricosis es endémica, en base al índice de reactivos a la esporotriquina que llegó hasta en 20% en algunas zonas, en contraste con reacciones negativas en lugares de la costa en las que se practicó la prueba, a manera de control. El lugar inicial fue Otuzco, localizado en la sierra andina a 70km de Trujillo. La existencia de reactivos y la detección de pacientes con enfermedad activa permitieron considerar esta zona como endémica de esporotricosis. A este trabajo que fue publicado en una revista europea⁵ siguieron otros estudios bajo la forma de tesis de bachillerato que fueron encomendados por el autor como parte de un programa. Las tesis de Pérez Esquerre⁶, Sernaqué⁷, Espejo⁸ y de Miranda Troncoso⁹, que trabajaron en Santiago de Chuco, Huamachuco, Callancas y Cajamarca, contribuyeron a demostrar que la esporotricosis es endémica en extensas zonas de la sierra peruana. Los estudios posteriores de Beatriz Bustamante en Abancay¹⁰ dan idea cabal de la alta frecuencia de esta enfermedad en localidades de la sierra central. Antes de estos trabajos el autor publicó el estudio de dos casos de esporotricosis palpebral¹¹; los pacientes procedían de Otuzco. Las edades eran de cinco y de nueve años (**Fotografías 1 y 2**).

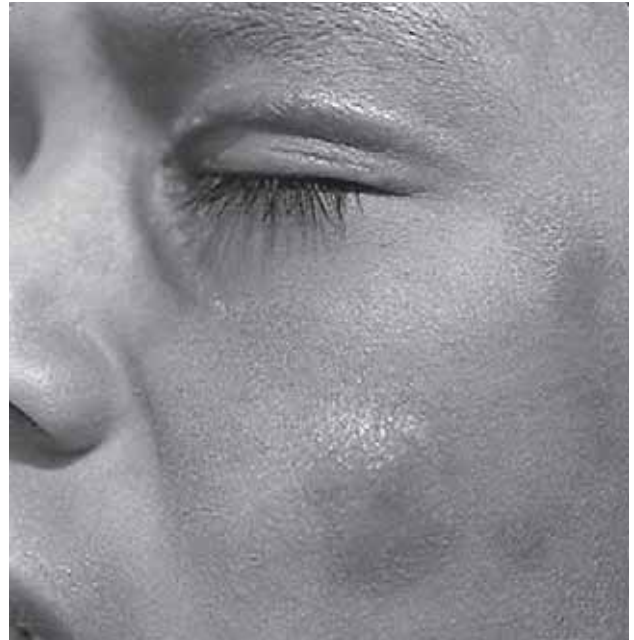


Fotografía 1. Esporotricosis palpebral en niño de 5 años procedente de la provincia de Otuzco - La Libertad.



Fotografía 2. Esporotricosis palpebral en niño de 9 años procedente de la provincia de Otuzco - La Libertad.

En el estudio de la localidad de Otuzco se detectaron dos nuevos casos de esporotricosis palpebral, también en niños (**Fotografías 3 y 4**).



Fotografía 3. Lesiones palpebrales linfonodulares de esporotricosis.



Fotografía 4. Lesiones palpebrales y linfonodulares de esporotricosis.

Este informe tiene como objetivo ofrecer una imagen gráfica de los pacientes que presentaban esporotricosis palpebral y resaltar el mecanismo probable de instalación de las micosis en párpados.

MATERIAL Y MÉTODOS

Los pacientes que fueron sometidos a estudio para investigación de esporotricosis presentaban lesiones linfonodulares

con historia de haber sufrido lesiones con partículas de madera (dato no siempre presente). Las muestras ideales fueron las obtenidas por punción con aguja 21. El examen directo no fue de ayuda; en cambio, el cultivo en agar sangre y en Sabouraud fue positivo a partir de las 70 horas en los casos más precoces.

El estudio de reactores se practicó en áreas supuestamente endémicas y en localidades de la costa elegidas para fines de control. El antígeno utilizado fue obsequiado por J. Schneidau de la Universidad de Tulane. El tratamiento consistió en la administración de solución saturada de yoduro de potasio en cantidades ajustadas al peso. En niños menores de cinco años se utilizó itraconazol. El tiempo de tratamiento varió de un mes a mes y medio, con resultados excelentes.

En el aspecto micológico se observó que los cultivos eran glabros, sin excepción, sea cual fuere la temperatura de incubación.

El total de pacientes nuevos que integran este informe asciende a 12 con fotografías incluidas. No se incluyen cuatro pacientes nuevos de esporotricosis palpebral por defectos de las ilustraciones. Si se suman las cuatro fotografías aparecidas en publicaciones anteriores se acumulan las fotografías de 16 pacientes, lo que hace un total de 20 pacientes de esporotricosis palpebral registrados.

RESULTADOS

En el Instituto de Medicina Tropical e Infectología de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Trujillo, se atendió un número considerable de pacientes con esporotricosis que en su mayoría eran de tipo linfonodular (**Fotografía 5**) y asentaban en brazos. La forma gomosa (**Fotografía 6**) se observó en brazos de dos pacientes. La forma verrucosa se encontró en tres, con lesiones crónicas en miembros inferiores (**Fotografía 7**).



Fotografía 5. Esporotricosis linfonodular en brazos.



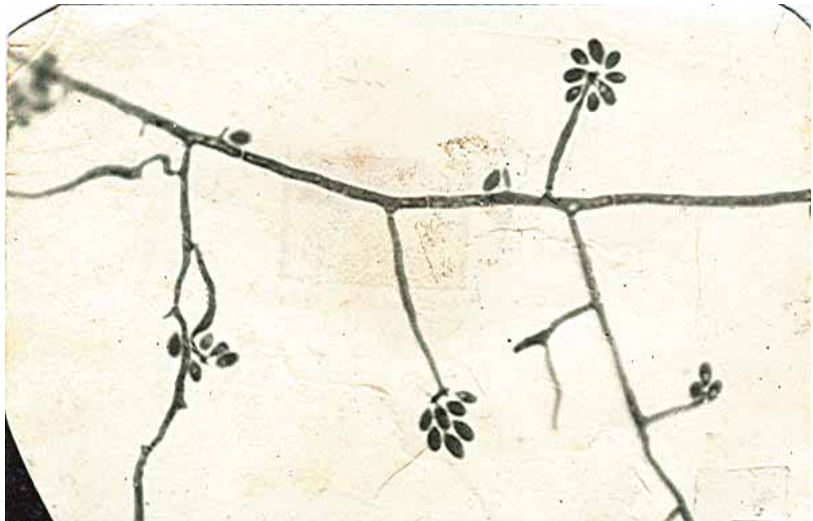
Fotografía 6. Esporotricosis gomosa en brazos.



Fotografía 7. Esporotricosis verrucosa en miembros inferiores.

Los pacientes con esporotricosis palpebral sumaron un total de 16, de ellos sólo 12 fotos se muestran en este trabajo (**fotografías 8 a 19**). Las lesiones asentaban en párpados inferior o superior y tenían un carácter granulomatoso en el estudio histopatológico que, por lo demás, no permitió observar el hongo. El compromiso palpebral en la mayoría de casos se continuaba con lesiones cordonales que se extendían a la cara, no siendo rara la presencia de una colección que contenía material fluido ideal para cultivos.

Para fines de mayor información se incluye las fotografías ya publicadas en *Mycopathologia y Mycology Aplicata de los dos casos iniciales de esporotricosis palpebral*¹¹ (Fotografías 1 y 2) y los publicados por Geldres, Miranda, y cols.⁵; se incluye también la fotografía obtenida por Miranda Troncoso en Cajamarca (Fotografías 3 y 4). Los registros fotográficos de casos no publicados con anterioridad suman doce. Las fotografías de cuatro casos adicionales no se incluyen.



Fotografía 20. Conidióforos típicos.

DISCUSIÓN

De un total aproximado de 55 pacientes con diagnóstico de esporotricosis, 20 presentaron compromiso palpebral, lo que representa una cifra de carácter excepcional. Es llamativo que de los tres pacientes con enfermedad activa estudiados por Geldres, Miranda, y cols.⁵ dos presentaron compromiso palpebral. La interpretación del origen recayó en el papel probable de insectos cuya picadura podría dar origen al proceso. Durante el estudio conducido en Cajamarca por Miranda Troncoso⁹ este autor planteó una interpretación más lógica: un proceso irritativo de diversa naturaleza da lugar a rascado del área palpebral con uñas cargadas de tierra probablemente contaminada en áreas endémicas, con esporas del hongo. De esta manera una maniobra usual significaría la inoculación de *Sporotrix* en área palpebral. Esta idea explica la alta frecuencia en niños que son más desatentos y más expuestos a tener las uñas cargadas por jugar frecuentemente con tierra. Como la niña de máxima edad tenía diez años había que considerar lo delicado de la piel en la infancia como factor favorable para la instalación del hongo.

Un estudio complementario consistiría en el aislamiento del hongo del material obtenido de las uñas cargadas de tierra en niños que viven en áreas endémicas de esporotricosis.

En cuanto al agente etiológico, los conidióforos son típicos (**fotografía 20**); lo que llama la atención es el as-



Fotografía 21.

pecto glabro de las colonias a 37°C o al ambiente (de 20 a 24°C) (**fotografía 21**). En algunos pacientes estudiados en Lima se obtuvo colonias con micelio aéreo abundante. No se descarta la posibilidad de la existencia de dos variedades diferentes. Queda por hacer el estudio pertinente.

Ya que se ha hecho referencia a la forma verrucosa es preciso destacar su ubicación: siempre en miembros inferiores y con evolución mayor de diez años. En algunos casos el componente linfonodular ascendente curó en tres a cuatro años espontáneamente dejando cicatrices a lo largo de la pierna y el muslo, con persistencia de la lesión verrucosa.

CASOS NUEVOS DE ESPOROTRICOSIS PALPEBRAL



Fotografía 8.



Fotografía 9.



Fotografía 10.



Fotografía 11.



Fotografía 12.



Fotografía 13.

CASOS NUEVOS DE ESPOROTRICOSIS PALPEBRAL



Fotografía 14.



Fotografía 15.



Fotografía 16.



Fotografía 17.



Fotografía 18.



Fotografía 19.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BURSTEIN Z, ROMERO O. Contribución al estudio de las micosis profundas en el Perú; acerca de tres casos de sporotrichosis. *Rev Soc Per Derm.* 1967;1(1):61-77.
2. BURSTEIN Z, UGAZ H. Nuevas Contribuciones al Conocimiento de la Esporotricosis en el Perú. *Rev Soc Per Der.* 1967;1(2):147-155.
3. NICHU A. Contribución al estudio de las Micosis Profundas en el Perú. *Arch Per Pat Clín.* 1948;II:4.
4. WEISS P, AGUILAR P. Casos de Micosis Profundas encontrados en el Perú. *Rev Méd Per.* 1947;X:227.
5. GELDRES J, MIRANDA H, TINCOPA L, SUÁREZ S. Esporotricosis: Determinación de un área endémica en el Norte del Perú. *Mycopath Micol Appl.* 1973;51(1):33-51.
6. PÉREZ J. Esporotricosis: Estudio epidemiológico en Santiago de Chuco, La Libertad – Perú. Tesis de Bachillerato en Medicina. 1973. Universidad Nacional de Trujillo, Trujillo.
7. SERNAQUÉ R. Esporotricosis: Estudio epidemiológico en Huamachuco, La Libertad – Perú. Tesis de Bachillerato en Medicina. 1973. Universidad Nacional de Trujillo, Trujillo.
8. ESPEJO J. Reactividad a la Esporotricosis en escolares y obreros de Callancas, Acash – Perú. Tesis de Bachillerato en Medicina. 1967. Universidad Nacional de Trujillo, Trujillo.
9. MIRANDA TRONCOSO H. Esporotricosis. Estudio epidemiológico en Cajamarca- Perú. Tesis de Bachillerato en Medicina. 1981. Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima.
10. BUSTAMANTE B. Esporotricosis. Estudio Clínico y Epidemiológico en Abancay, Departamento de Apurímac – Perú. 1998. Conferencia Científica.
11. MIRANDA H, FERNÁNDEZ W, GOLDEN A, SUÁREZ G. Dos casos de Esporotricosis palpebral procedentes de la Provincia de Otuzco, La Libertad. *Mycopath Mycol Appl.* 1967;31(2):177-84.