

INVESTIGACION ORIGINAL

ESPOROTRICOSIS - BASES ANATOMICAS Y CLINICAS DE SU POLIMORFISMO

Uribe Jaramillo, Fabio
Franco, Liliana
Gómez, Ignacio
Robledo, Mary Ann
Restrepo, Angela

RESUMEN

El estudio de las lesiones elementales, nódulo y tubérculo esporotricósicos, permite caracterizar las formas linfangíticas y fijas de la entidad. En la linfangítica, las lesiones metastásicas, su distribución a lo largo de los canales linfáticos y su evolución, dan bases para clasificar las variedades morfológicas de tal forma.

En la esporotricosis fija, la conversión del tubérculo esporotricósico en lesiones secundarias de aspecto muy variado, es la clave de las distintas formas clínicas.

La leishmaniasis cutánea puede simular las dos formas y es en nuestro medio el mayor problema para un diagnóstico diferencial.

Palabra Clave: Esporotricosis.

INTRODUCCION

ESPOROTRICOSIS: MICOSIS MULTIFORME

En su presentación más frecuente la esporotricosis es una enfermedad infecciosa crónica, granulomatosa y supurativa,¹ producida por el *Sporothrix schenckii*, hongo dimórfico térmico, ampliamente difundido en la naturaleza, donde crece como saprofito de vegetales y de sus desechos. Los esporos infectantes penetran al organismo a través de la piel por traumas hechos con material contaminado y, más raramente, también por inhalación. La micosis ataca a personas de ambos sexos y se presenta en todas las edades. Dentro de las zonas

de alta endemia existen condiciones de humedad y de temperatura que favorecen su desarrollo en la naturaleza,^{2,3,4} pero, hecho importante para nuestro estudio, el aspecto morfológico de las lesiones y su frecuencia son muy variables según las regiones y las épocas.^{2,5}

En EE.UU. donde Schenck en 1898 describiera la micosis por primera vez, la incidencia actual es menor que en el resto del continente.² En Francia, donde fue muy frecuente a principios del siglo, el primer caso fue descrito en 1902 por De Beurman y Ramon⁶ y luego De Beurman y Gougerot la estudiaron a partir de 1903,⁷ y llegaron a publicar cerca de 200 casos entre 1903 y 1920.⁸ Sin embargo, la esporotricosis es hoy en día una entidad tan rara, que en 10 años, a partir de 1964, solamente se revelaron 6 casos.

Durante al epidemia de las minas de Witwatersrand (Africa) en 1925, se observaron cerca de 3000 casos,^{5,10,11} después del tratamiento con fungicidas de los maderos que sostenían las excavaciones, la enfermedad prácticamente desapareció.^{9,11} Al presente, la esporotricosis no se observa en estas minas y en la población general se diagnostican tan solo 15 a 20 casos por año.⁴ Es posible que la aplicación de modernos fungicidas en diversos cultivos explique la actual disminución de la incidencia en algunas regiones.

En el Japón esta micosis fue una enfermedad muy rara antes de la Segunda Guerra Mundial (1945), cuando sólo se publicaron 22 casos;⁹ al presente sin embargo, se diagnostican 1.500 casos anuales.⁴

En nuestro continente, el mayor número de casos se observa en Méjico, Centro América y Colombia.² En un trabajo de esporotricosis en Colombia publicado en 1952, se calculó una incidencia equivalente a un caso por semana.¹³ Estudios posteriores (1956) en Antioquia mostraron, cómo de 150 casos, 39.3% correspondían a formas linfangíticas, 45.3% a formas fijas y 15.4% a otras formas.¹⁴

Es sabido que las diferencias morfológicas de la esporotricosis no obedecen a causas fortuitas, puesto que las lesiones micro

Fabio Uribe Jaramillo MD
Liliana Franco MD
Ignacio Gómez MD
Mary Ann Robledo MD
Angela Restrepo M PhD
Corporación para Investigaciones Biológicas CIB
Hospital Pablo Tobón Uribe
Medellín, Colombia.

y macroscópicas son elementos bien definidos que explican el polimorfismo lesional^{2,17}; además, las lesiones elementales primarias tienen un significado tanto anatomopatológico como clínico. Quisimos estudiar en un grupo de 46 pacientes las lesiones primarias elementales y secundarias, con el objeto de aportar datos que permitieran definir las múltiples formas clínicas o sospechar su naturaleza micótica.

MATERIALES Y METODOS

Seleccionamos las historias clínicas y el material iconográfico de 46 enfermos, atendidos y diagnosticados por el aislamiento de *S. schenckii* en cultivo en el Laboratorio de Micología de la CIB, durante un período de 8 años, (Marzo de 1984 - Diciembre de 1991). El grupo estaba compuesto por pacientes con edades muy variadas, entre 10 y 76 años, con un promedio de 39 años. Había 31 hombres (67.39%) y 15 mujeres (32.61%); un buen número de pacientes (45.0%) eran agricultores o vivían en el campo, 9% eran estudiantes de área rural y los restantes tenían oficios diversos.

Consideramos como lesiones linfangíticas clásicas las de las extremidades, en aquellos casos en que la lesión inicial (chancro de inoculación) estaba acompañada por lesiones secundarias nodulares lineales, y, atípicas, cuando tales nódulos seguían un trayecto no lineal. En cuanto a la forma fija, clasificamos aquellas que no afectaron los linfáticos ni se pagaron por ellos.

RESULTADOS

1. Evolución de la afección

Al momento del diagnóstico de esporotricosis, la enfermedad había estado presente por períodos variables, entre 2 meses y 18 años, con un promedio de 13.3 meses.

2. Diagnóstico de remisión

La mayoría de los pacientes (65%) llegaron al laboratorio sin impresión diagnóstica; casi una cuarta parte (20%) habían sido atendidos previamente en un centro hospitalario o dermatológico y de allí, remitidos a la CIB con el diagnóstico correcto. En los casos restantes (15%), los diagnósticos de remisión habían sido leishmaniasis, cromoblastomicosis, tuberculosis y otras entidades microbianas.

3. Antecedentes traumáticos

En 40 de los 46 pacientes en los que este dato fue explorado, solo 10 (25%) recordaban haber sufrido un trauma; 3 (7.5%) mencionaban picadura de insectos; en los restantes 27 (67.5%), no existía el recuerdo de trauma previo al inicio de la lesión.

4. Tratamientos previos

La mayoría de los pacientes (87.5%), habían recibido antibióticos antes de su remisión al laboratorio; un 2.5% había sido tratado con esteroides mientras que los restantes (10%), no tenían ningún tipo de terapia.

5. Localización de las lesiones

5.1 Lesión primaria en miembros superiores

En 24 pacientes (52.2%), se afectaron los miembros superiores. La lesión primaria ocurrió con mayor frecuencia (6 casos) en el dorso de la mano y luego con igual frecuencia en dedos y antebrazo (5 casos cada uno); en 4 casos, el chancro de inoculación estuvo en los brazos; 2 personas tuvieron tal chancro en muñeca o en codo.

Todos estos enfermos presentaron lesiones satélites nodulares; la clásica forma linfangítica de la enfermedad se observó en 23 (95.8%); en el paciente restante, tales lesiones fueron atípicas (no lineales).

5.2 Lesión primaria en miembros inferiores

El compromiso de los miembros inferiores se observó en 14 individuos (30.4%); la lesión primaria estuvo localizada en rodilla, en 8 casos (57.1%), en pierna en 3, en pie en 2 y en espacios interdigitales en un caso. En este grupo de pacientes con formas linfangíticas las lesiones satélites se presentaron en 10 oportunidades (71.4%); de tales casos, 7 exhibían un cuadro típico mientras que en los restantes 4, el aspecto no era el lineal característico.

En 4 personas (28.6%) con compromiso de miembros inferiores, la lesión primaria fue única y no se acompañó de lesiones secundarias, (Formas fijas).

5.3 Lesión primaria fuera de las extremidades

La lesión primaria de la esporotricosis por fuera de las extremidades, se observó en 8 pacientes (17.4%); 6 de ellos con lesiones satélites (75%), o formas linfangíticas y 2 (25%) sin ellas (formas fijas).

En resumen, (Tabla 1) de los 46 casos, 40 (86.95%) presentaron compromiso linfangítico, mientras que en los 6 restantes (13.05%) tal compromiso estuvo ausente (formas fijas).

De las 6 formas fijas, la lesión se presentó 4 veces en las extremidades (66.7%) y 2 por fuera de ellas (33.3%).

DISCUSION

En este grupo de pacientes se hizo aparente la dificultad para establecer prontamente el diagnóstico de esporotricosis; en efecto, no solamente las órdenes de remisión no mostraban que el médico tuviese una sospecha diagnóstica adecuada (65% sin diagnóstico), sino que tal sospecha demoró más de un año (13.3 meses) en ser confirmada. Ello puede obedecer a las deficiencias en la atención médica existentes en el área rural ya que la mayoría de los pacientes eran agricultores, estudiantes o amas de casa residentes en la zona rural.

En el grupo de 24 enfermos (52.1%) que presentaban lesiones en miembros superiores, se notó la presencia de un chancro de inoculación seguido de lesiones nodulares satélites; éstas últimas aparecían escalonadas en forma lineal en 23 ocasiones (95.8%); solamente un paciente (4.17%), mostró lesiones distribuidas atípicamente.

En los 14 pacientes (25.88%) con lesiones localizadas en los miembros inferiores, 10 (71.43%) tenían lesiones satélites, 7 (70%) con distribución lineal y 3, (30%) no lineal. En este subgrupo, aparecieron ya 4 casos (28.5%) en los que la lesión primaria fue única y no se acompañó de diseminación linfagógica secundaria (formas fijas).

Las múltiples presentaciones clínicas de la esporotricosis ameritan una discusión de su fisiopatogenia. Por ello y a continuación, presentamos las historias de algunos pacientes que ilustran la gama de manifestaciones clínicas de la micosis.

A. Formas linfagógicas de las extremidades

A.1 Forma linfagógica clásica

L.A. (Historia 3101-1-2), campesina de 40 años quien, sin antecedentes traumáticos, presentó en el segundo espacio interdigital del pie izquierdo (Fig. No. 1), un intertrigo, con base infiltrada inflamatoria y pequeñas ulceraciones cubiertas por costras serohemáticas que daban la impresión de una dermatofitosis con infección bacteriana secundaria, pero que en realidad, correspondía al chancro de inoculación. La paciente no mejoró con los antibióticos sino que, dos semanas más tarde, comenzó a presentar nódulos escalonados, lesiones satélites (Fig. No. 2), las cuales evolucionaron hasta presentar el mismo aspecto del chancro de inoculación.

De formas linfagógicas como la anterior encontramos 9 casos más en miembros inferiores y 23 en miembros superiores, para un total de 33 pacientes (71%).

Comentarios

Las lesiones linfagógicas suceden generalmente después de un traumatismo; los primeros síntomas pueden aparecer tempranamente (5 días), aunque el período de incubación puede extenderse por semanas o meses.² El primer signo es la aparición de un pequeño nódulo del canal linfático en el sitio de inoculación.^{2,4,5,12,18} El nódulo esporotricósico no es doloroso; en un principio se mueve libremente pues no está adherido a los planos superficiales; luego se adhiere a la superficie dermoepidérmica la que adquiere entonces un tinte purpúrico o negruzco; la lesión crece en superficie, se necrosa y se úlceras, dando lugar al chancro de inoculación.^{2,5,18} Después de unos cuantos días o semanas, en los linfáticos que drenan la lesión primaria aparecen nódulos escalonados que siguen el eje longitudinal del miembro; al evolucionar, las lesiones secundarias adoptan las mismas características de la lesión inicial. En el canal linfático se palpa un cordón duro entre nódulos vecinos. En las extremidades las imágenes clínicas son clásicas pero el laboratorio debe confirmar el diagnóstico ya que otras infecciones, como las causadas por micobacterias, pueden producir un síndrome similar.

La distribución no lineal de los nódulos linfáticos secundarios da lugar a ciertas variedades morfológicas, como se describe a continuación.

A.2 Esporotricosis linfagógica de tipo pioderma-gangrenoso

M.A.M. (Historia 4824-4-03), campesina de 56 años, quien desde hace un año presenta una lesión en la pierna izquierda

(Fig. No. 3), tercio inferior del área pretibial, que se inició como un "forúnculo" para el cual recibió antibióticos sin mejoría, antes bien, aparecieron múltiples lesiones similares; al evolucionar se reblandecieron y ulceraron, con producción de abundante secreción purulenta. Las úlceras mostraron bordes excavados, desprendidos y rodeados por un halo inflamatorio; tales lesiones eran de unos 4 cms de diámetro, profundas, y con un fondo granulomatoso sucio. Una vez descartadas las lesiones de origen venoso, arterial y linfático, se practicaron pruebas intradérmicas de Montenegro y esporotriquina, la primera de las cuales fue negativa y la segunda dio 20 mm de induración. El cultivo fue positivo para *S. schenckii*.

Esta es una forma poco frecuente observada en sólo un caso de nuestra serie (2.1%).

Comentarios

Entre las entidades con nódulos subagudos que evolucionan hacia el reblandecimiento y la supuración, están la TBC, la sífilis terciaria y la esporotricosis. En oportunidades y generalmente en una de las extremidades, los linfáticos afectados no siguen el trayecto según el eje del miembro, sino que se agrupan formando placas localizadas;^{15,16,17} es así como se produce la variedad de esporotricosis linfagógica de tipo pioderma gangrenoso. Esta forma tiene importancia histórica porque fue la forma más común en Francia a principios del siglo^{2,6} cuando fuera descrita por Gougerot con el nombre de esporotricosis "gomosa".^{2,7,21} Varios nódulos vecinos de la zona afectada evolucionan hacia la supuración, eliminándose no solo los planos superficiales que los cubren sino todo el tejido que los rodea. Es así como se forman úlceras grandes, tan profundas que pueden afectar fascias y huesos. Los bordes libres y excavados muestran un halo violáceo, que semeja el pioderma gangrenoso, con el que suele confundirse.^{2,11} Si bien esta forma se adquiere por inoculación directa a través de la piel, se han descrito también formas por diseminación de focos a distancia.²¹

A.3 Forma linfagógica tipo piodermatitis

J.A.B. (Historia 2050-04), hombre de 52 años quien vive de la caridad pública y presenta desde hace 18 años y como consecuencia de un traumatismo, extensas ulceraciones de la pierna derecha, (Fig. No. 4).

Al examen se encuentra un paciente en buen estado general. En la cara anterior de la pierna derecha existe una placa de 10.5 cms por 4 cms, de fondo eritematoso-violáceo, con múltiples ulceraciones rezumantes, cubiertas por costras; se observa, además, una placa similar en la parte posterior de la pierna de 8 por 4 cms. En conjunto, estas placas tienen el aspecto de una piodermatitis, mezcla de impétigo y ectima.

Solo observamos 2 pacientes (4.3%) con este tipo de esporotricosis.

Comentarios

Existe una forma clínica de esporotricosis en la que los nódulos se agrupan de manera análoga aquellos que dan origen al pioderma gangrenoso; sin embargo, la evolución es menos ruidosa y las lesiones menos profundas y destructivas; parece establecerse un cierto equilibrio entre huésped y parásito, lo que permite que las lesiones se estacionen y persistan sin

cambios por largo tiempo. Se han descrito casos de 26 años de duración²² y uno de ambas manos, de 8 años.²³

A.4 Esporotricosis linfangítica tipo verrugas vulgares

J.E.D. (Historia 35505), agricultor de 55 años quien hace 4 meses después de un traumatismo, presentó una lesión verrucosa de base infiltrada en el dorso del pulgar derecho. Poco después aparecieron a su alrededor otras lesiones de aspecto similar (Fig. No. 5). El tratamiento con antibióticos no trajo mejoría alguna. Las lesiones satélites, así como la inicial, evolucionaron para dar lugar a papilomatosis cubierta por escamas gruesas; el aspecto de tales lesiones así como su tamaño y forma simulaban verrugas vulgares; sin embargo, la esporotriquina y el cultivo positivo para *S. schenckii* permitieron el diagnóstico de una forma poco usual de esporotricosis.

Este tipo es realmente poco frecuente y sólo tuvimos este paciente (2.1%).

Comentarios

En oportunidades y como lo ilustra el caso anterior, los nódulos esporotricósicos y las lesiones satélites, evolucionan para dar lesiones secundarias de tipo verrucoso, que simulan las verrugas vulgares.

A.5 Formas linfangíticas por fuera de las extremidades

I.Z. (Historia 1740-06), mujer de 25 años quien desde hace dos y medio años vio aparecer una lesión de aspecto infiltrativo nodular de la mejilla derecha (Fig. No. 6), sin traumatismo previo. Luego, la paciente notó dos elementos satélites similares. Al momento de la consulta, todas las lesiones están cubiertas por costras. El cultivo confirmó el diagnóstico de esporotricosis linfangítica facial.

Las formas linfangíticas por fuera de las extremidades fueron observadas en 6 pacientes (13.0%) de esta serie.

Comentarios

Las formas linfangíticas que ocurren por fuera de las extremidades constituyen una variedad morfológica ya que difieren un tanto de la forma clásica de las extremidades. Es así como las lesiones satélites no se distribuyen en forma lineal, sino que siguen el trayecto de los linfáticos regionales que drenan la zona afectada (cara, cuello, espalda, tórax, etc.)^{2,12,18} En estos cuadros es muy importante buscar los signos, no siempre presentes, del ataque linfático regional, tales como un cordón linfático indurado o un nódulo satélite.

B. Esporotricosis fija

La causa más importante del polimorfismo en la esporotricosis es la existencia de dos lesiones elementales primarias, diferentes al inicio de la entidad.²

En las formas linfáticas, la lesión elemental primaria es el nódulo esporotricósico, lesión del sistema linfático a través del cual crece y se propaga el agente causal; esta lesión evoluciona hacia el reblandecimiento y la supuración.²

La lesión inicial de la forma fija es más superficial, respeta la hipodermis pero infiltra todo el espesor de la dermis, dermis

papilar y profunda. Por su origen infeccioso es un tubérculo, en el sentido dermatológico de la palabra, tubérculo que evoluciona como el nódulo, destruyendo o modificando la epidermis y dando origen a lesiones secundarias.

En este caso, sin embargo, el hongo no compromete los linfáticos ni se propaga por ellos sino que permanece restringido al sitio de inoculación, dando lugar a la forma "fija".^{1,3,12,18}

Las lesiones elementales primarias tienen simultáneamente, un sentido clínico e histológico.¹⁵ Ambas evolucionan modificando o destruyendo la epidermis, dando lesiones secundarias muy variadas (escamas, costras, erosiones, ulceraciones, papilomas, verrucosidades cicatrices, etc.) que solas o combinadas, producen las diferentes y muy variadas formas clínicas, tanto en la variedad linfangítica como en la fija.

B.1 Esporotricosis fija tipo verrucoso

Buen ejemplo de esporotricosis verrucosa es la de J.B. (Historia 4440-07), agricultor de 30 años, quien desde hacía 6 meses presentaba, sin antecedentes traumáticos, dos lesiones circinadas, secas, verrucosas, que rodeaban la región rotuliana derecha (Fig. No. 7). Las lesiones descansaban sobre una base eritematosa, 2 casos en la presente serie.

La esporotricosis fija tipo verrucoso es una de las formas mejor caracterizadas de la esporotricosis fija. En la esporotricosis, como en todas las micosis con granuloma mixto y eliminación transepidérmica, la epidermis toma parte activa en la constitución de las lesiones,²⁴ dando lugar a papilomatosis y a hiperplasia de la epidermis. Estas están presentes en proporción mayor (80%) en las formas fijas que en las linfangíticas;²⁴ los elementos primarios pueden entonces convertirse en papilomas o en vegetaciones que, cuando están recubiertos por una capa córnea gruesa, se denominan lesiones verrucosas.^{15,16,17} Se forman así lesiones redondas, ovales o circinadas, secas o con escasa secreción purulenta. Estas se encuentran con gran frecuencia en la rodilla. Helm y Berman,¹⁰ quienes estudiaron la epidemia de las minas de Witwatersrand, encontraron estas formas predominantemente en la frente y rodillas de los mineros por lo que suponen que aquellas se deben a la poca profundidad de la inoculación gracias a la protección ofrecida por el casco y ropa de los mineros. En nuestros casos, la mitad de las formas fijas ocurrió también en las rodillas.

Entre nosotros, la forma verrucosa simula muy frecuentemente la cromoblastomicosis, y es con ella que debe hacerse el diagnóstico diferencial, si bien otras entidades como ciertas infecciones virales, la TBC verrucosa y la blastomicosis (*Blastomyces dermatitidis*), pueden también simularla.^{15,16,17,20,25,26}

B.2 Esporotricosis fija de tipo psoriasiforme

E.N.M. (Historia 4500-08), campesina de 45 años, sin antecedente traumático, quien presenta desde hace 8 meses, lesiones en la rodilla derecha; se trata de un grupo de aproximadamente 20 lesiones de tamaño variable (3.5 y 0.5 cms); tienen base eritematosa y las más grandes aparecen cubiertas por escamas plateadas (Fig. No. 8). La localización restringida a rodilla, área de predilección de la esporotricosis fija, orientó el diagnóstico, el cual fue comprobado por cultivo. De este tipo de esporotricosis sólo observamos un caso.

Las lesiones secundarias en las que se transforma el infiltrado dérmico (tubérculo) que inicia la esporotricosis fija, pueden

dar lugar a la formación de escamas paraqueratóticas blanquecinas que, cuando están sobre una base eritematosa, como en este caso, simulan la psoriasis.¹⁵

B.3 Otras formas menos frecuentes

Se han descrito formas ulcerosas, úlcero-vegetantes, celulitis, forunculoides, acneiformes, en querion, fistulosas, pianiformes y otras.

Estos cambios morfológicos son el resultado de la evolución de la lesión primaria, la cual no se configura ni se propaga por el sistema linfático sino que por el contrario, permanece fija debido a factores locales, a cambios de virulencia del germen y muy probablemente también, a la inoculación más superficial del hongo en la piel.^{2,3,4,19,20}

Como caso aparte y dada la frecuencia de la leishmaniasis en los países latinoamericanos, parece importante tratar de diferenciarla de la esporotricosis, tanto de la forma linfagítica como de la fija.

B.4 Esporotricosis tipo leishmaniasis

a. D.H. (Historia 4015-09), paciente de 15 años en quien la enfermedad se inició hace 2 meses después de "una picadura de insecto". La lesión estaba localizada en la punta de la nariz y se presentaba como una pápulo-pústula acneiforme, la cual fue aumentando de tamaño y se acompañaba de prurito (Fig. No. 9); 15 días más tarde, apareció un cordón linfático doloroso y luego una serie de lesiones satélites que se extendieron hacia la mejilla izquierda. Una reacción a la esporotriquina de 35 mm a las 24 horas y el cultivo confirmaron el diagnóstico.

b. A.P. (Historia 3600-10), campesino de 40 años quien presenta lesión en la mejilla derecha (Fig. No. 10), la cual se inició también "como una picadura de insecto", seguida de una placa infiltrativa que luego se ulceró. La úlcera tenía bordes levantados y base inflamatoria a su alrededor. Los exámenes confirmaron el diagnóstico de esporotricosis fija.

El tropismo orgánico de las diferentes especies de *Leishmanias* es la base de la clasificación de la enfermedad en visceral, mucosa y cutánea; esta última forma constituye el mayor problema diagnóstico con la esporotricosis en nuestro medio, si el enfermo proviene de zonas donde ambas entidades son endémicas. Frecuentemente también el paciente refiere "una picadura de insecto al inicio de su problema, lo que confunde aún más el verdadero diagnóstico.

Las formas cutáneas por *L. brasiliensis panamensis* y *L. brasiliensis guayanensis* muestran regularmente diseminación linfática.²⁷ Además, la leishmaniasis, como la esporotricosis, tiene lesiones polimorfas para las cuales se ha establecido una nomenclatura similar a la de la esporotricosis, con formas cromoblastomicoides, piodermoides, esporotricoides, tuberculoideas.²⁸ Los linfáticos, también se palpan como cordones duros, con nódulos intercalados, que pueden ulcerarse. Todo esto dificulta el diagnóstico por lo que es indispensable recurrir al laboratorio para identificar el germen correspondiente.

Es tal la similitud entre las 2 entidades que clínicamente hay esporotricosis leishmanioides y leishmaniasis esporotricoides^{27,28} y muchas veces, el diagnóstico clínico es imposible siendo necesario recurrir a las pruebas intradérmicas y a los cultivos para un diagnóstico final.

Tabla 1. Localización primaria de la Esporotricosis en 46 pacientes y presencia de lesiones satélites			
LOCALIZACION	ESPOROTRICOSIS		
	No. PACIENTES (%)	FORMAS	
		LINEANGITICA (No. y %)	FIJA (No. y %)
MIEMBROS SUPERIORES			
Dorso manos	6	6	0
Dedos	5	5	0
Antebrazo	5	4	0
Brazos	4	4	0
Muñeca	2	2	0
Codo	2	2	0
Subtotal	24 (52.17)	24 (52.17)	0
MIEMBROS INFERIORES			
Rodilla	8	5	3
Pierna	3	3	0
Pie	2	1	1
Espacios interdigitales	1	1	0
Subtotal	14 (30.4)	10 (71.4)	4 (8.70)
OTRAS LOCALIZACIONES			
Cara			
Subtotal	8 (17.40)	6 (13.4)	2
TOTALES	46 (100)	40 (86.95)	6 (13.05)



Fig. No. 1. Forma linfagítica de las extremidades. Se observa el chancro de inoculación.



Fig. No. 2. Similitud entre el aspecto del chancro y las lesiones secundarias en la paciente anterior.



Fig. No. 3. Esporotricosis tipo pioderma gangrenoso.



Fig. No. 4. Esporotricosis tipo piodermatitis.

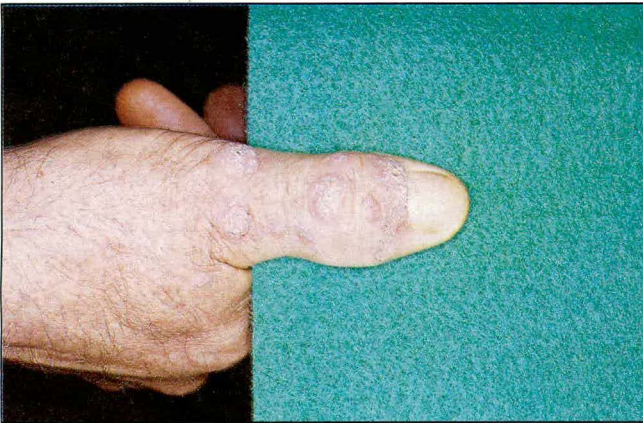


Fig. No. 5. Esporotricosis que imita verrugas vulgares.



Fig. No. 6. Fuera de las extremidades, las lesiones secundarias de la esporotricosis, no tienen distribución lineal.



Fig. No. 7. En la esporotricosis fija tipo verrucoso, el diagnóstico diferencial con otras entidades como TBC verrucosa, cromoblastomicosis y otras es difícil de establecer clínicamente.



Fig. No. 8. Esporotricosis fija de tipo psoriasiforme.



Fig. No. 9. Esporotricosis que sugiere una leishmaniasis linfangítica.



Fig. No. 10. Esporotricosis fija que sugiere una leishmaniasis.

SUMMARY

In sporotrichosis the study of the elemental lesions, the nodule and the sporotrichotic tubercle, allows appropriate characterization of the lymphocutaneous and fixed forms of this mycosis. In the lymphocutaneous form the secondary lesions, their distribution along the lymphatic channels as well as their evolutions, allow distinction of the various morphological varieties of this form. In the fixed form, on the other hand, the transformation of the tubercle into the secondary lesions -variable as they are- is the clue to the proper distinction of the various clinical forms.

Cutaneous leishmaniasis may simulate either form of sporotrichosis; in our surroundings, differential diagnosis between the two entities is often difficult and the assistance of the laboratory is required.

Key Word: Sporotrichosis.

BIBLIOGRAFIA

1. Merhegan, A.H. Pinkus. Guide to Dermatohistopathology. 4th. Ed. Appleton Century Crofts. Connecticut, 1986, pp. 287-289.
2. Rippon, J.W. Medical Mycology. 3rd. Ed. W. Saunders Co. Philadelphia, 1968, pp. 328-331.
3. Belknap, J.S. Sporotrichosis. In: Systemic Mycoses and Parasitic Diseases. Dermatologic Clinics. W.B. Saunders Co., Philadelphia, 7 No. 2 1989, pp. 193-202.
4. Lacaz, C.S.; Costa Martin, J.E.C. Micología Médica. Sarvier Editores, Sao Paulo, 1991, pp. 233-245.
5. De Graciansky, P.; Bouille, S. Sporotrichose. Atlas de Dermatologie. Maloine Ed. Paris, Tome IX, 1952, pp. 1-8.
6. De Beurman, L.; Ramon, L. Abscès Sous cutanèe multiple d'origine Mycosique. Ann. Derm. Syphilog. 1903, 4: 678-685.

7. De Beurman, L.; Gougerot, H. Les Sporotrichoses. Felix Alcon Ed. 1912.
8. Honayoun, A. Sporotrichosis. A Historical Approach. Int J Dermatol 1986; 25: 203-205.
9. Basset, A.; Maleville, J. Dermatoses Végétales Exotiques. Encyclopédie Médico Chirurgicale. Tome 2, Section 12-580, A-10, 1974, pp. 1-16.
10. Helm, M.A. and Berman, C. Sporotrichosis on Mines of Witwatersrand. Symposium. The Transvaal Chamber of Mines, Johannesburg, 1947. pp. 59-67.
11. Brown, R.; Weintraub, D. and Simpson, M.W. Timber as Source of Sporotrichosis infection on the Mines of Witwatersrand. A symposium. The Transvaal Chamber of Mines, 1947, pp. 5-33.
12. Urabe, H. Sporotrichosis. Int J Dermatol 1986; 25: 255-257.
13. Silva, M.J. Sporotrichosis in Colombia. A.M.A. Arch. Dermatology, 1946; 65: 355-356.
14. Velásquez, J.P., Restrepo-Moreno, A., Calle-Vélez, G. Experiencia de 12 años con la Esporotricosis. Polimorfismo Clínico de la Entidad. Antioquia Médica. 1976; 26: 153-169.
15. Desaux, A. Traitement des Dermatoses Communes. Diagnostic d'après les lésiones. Schemes patogeniques topographie. Mason et Cie, Paris, 1948, pp. 34-73.
16. Darier, J. Compendio de Dermatología. Salvat Ed. S.A. Barcelona 1946, pp. 286-302.
17. Noussitou, F.; Cordero, A.; Mon, A. Compendio de Dermatofisiología. Lopez y Echengoyen, (Ed.) Buenos Aires, 1949, pp. 12-24.
18. Moschella, S.L.; Hurley, H.J. The Subcutaneous Mycoses-Sporotrichosis. Dermatology 2nd. Ed., W.B. Saunders Co., Philadelphia, 1985, pp. 775-779.
19. Salfelder, K.; Liscano, T.R. and Sauerling, E. Sporotrichosis. Atlas of Fungal Pathology. Kluwer Acad. Publishers, Boston, MA. 1990, pp. 127-133.
20. Wilson, J.W. Clinical and Immunologic Aspects of Fungous Diseases. Charles C. Thomas Publishers, Springfield, Ill. USA. 1957, pp. 76-106.
21. Stroud, J.D. Sporotrichosis presenting as Pyoderma Gangrenosum Arch. Derm. 1986, 97: 667-670.
22. Villaca-Neto, C.M.; Rossetti, R.B.; Fishman Gompertz, O. and Paschoal, L.H.C. Localized Cutaneous Verrucous Sporotrichosis of 26 years duration. Mycoses, 1988, 31:353-355.
23. Hernandez-Pérez R, Borregales-Torres E, Garcia de Mendes, M. et al. Symmetrical Deforming Cutaneous Sporotrichosis of long duration Mycoses, 1992, 35: 322-323.
24. Uribe, F.; Zuluaga, A.I.; León, W.; Restrepo, A. Aspectos Histopatológicos de la Esporotricosis y Búsqueda del Agente Etiológico por Métodos Inmunoenzimáticos. Acta Med. Colombiana, 1985, 10: 65-74.
25. Carr, D.R.; Storkan, M.A.; Wilson, J.W. Swater, F.E. Extensive Verrucous Sporotrichosis of long duration. Report of a Case Resembling Cutaneous Blastomycosis. Arch. Derm. 1964, 89: 124-130.
26. Smith, L.M., Garret, H.D. Verrucous Sporotrichosis. Arch. Derm. Syph. 1947, 56: 532-533.
27. Ray Kubba, M.B.B.S., El_Hassan, A.M. Al-Gindan, Y., Omer, A.H.S., Kutty, M.K. and Mahmoud, B.M. Dissemination in Cutaneous Leishmaniasis. Subcutaneous Nodules. Int. J. Dermatology, 1987, 26: 300-304.
28. Kerdel-Vegas, F. American Leishmaniasis, Int. J. Dermatol. 1982, 21: 291-303.