

La Esporotricosis en Costa Rica

A la Memoria del Doctor Carlos Luis Valverde Vega
Distinguido y eminente Médico, habilísimo Cirujano y ciudadano ejemplar

Por el Doctor Arturo Romero

La esporotricosis es una infección crónica producida por un hongo —*Sporotrichum Schenckii*— *Sporotrichum Beurmani*— y caracterizada por lesiones nodulares de la piel y tejido subcutáneo o de los cordones linfáticos, que evolucionando, dan lugar a la formación de úlceras indoloras.

Esta enfermedad es conocida desde 1898 por los trabajos de Shenk (1) sobre 1 caso en que se demostró la presencia del hongo causante.

De Beurman y Ramond (2) De Beurman y Gougerot (3) estudiaron nuevos casos en Francia y ya en 1912 (4) estos dos últimos autores publicaron un estudio completo sobre la enfermedad, enfocando detalladamente los aspectos epidemiológicos, bacteriológicos, histológicos, clínicos y experimentales, al grado que muy poco nuevo ha podido agregarse a tal publicación.

En distintos países de todos los continentes se han publicado numerosísimos casos y actualmente puede decirse que la distribución geográfica de la esporotricosis es universal.

ETIOLOGIA:

El *Sporotrichum* vive como saprófito en la naturaleza sobre vegetales vivos o muertos y en animales (5); ha sido encontrado en la espiga del trigo (Sartory) (6); en las papas (Dominici y Duval) (7); en la lechuga (De Beurmann y Gaston Brodier) (7); en frutas (de Beurmann) (7); en espinas (de Beurmann y Saint Girons) (7); Ha sido encontrado en la tierra (Gougerot y Paul Blum) (8); así como también en las hormigas (Gougerot) (4); en las arañas, avispa y moscas (4); en las ratas (Lutz y Splendore) (9) en Brasil y Paul Vigne (10) en Marsella); en los caballos (Carougeau) (11); en el perro (Gougerot y Caraven) (12); en el loro (Wyse Lanzum de Marsella) (13); J. Thiry (14) cultivó el *Sporotrichum* del material tomado de la boca de un hombre sano (1913).

El *Sporotrichum* vive a una temperatura de 20 grados pero resiste las temperaturas hasta 0 grados y 55 grados, y los cultivos pueden durar hasta 10 años.

El *Sporotrichum* penetra al organismo directamente por la piel erodada o por el tubo digestivo, atravesando la pared intestinal, o a través de lesiones amigdalinas. Experimentalmente se ha producido la enfermedad en animales alimentándolos con leches parasitadas (Gougerot) (15) o mediante inyecciones subcutáneas, pero el parásito resiste la acción de los jugos digestivos como lo demuestra el hallazgo del

parásito vivo en las heces de animales que se ingieren en los alimentos.

El parásito se deseminna por vía arterial o linfática produciendo formas diseminadas o linfagíticas.

FORMAS CLINICAS:

Gougerot describe 4 formas clínicas:

- 1º) Esporotricosis gomosa diseminada
- 2º) Esporotricosis gomosa localizada o linfagítica.
- 3º) Esporotricosis dermo-epidérmica; que puede ser:
 - vegetante
 - verrugosa
 - piodérmica
 - eczematiforme
 - pitiriasica
 - penfigoide
- 4º) Esporotricosis extracutánea o visceral, localizada.
 - a) en la faringe (16)
 - b) en el ojo
 - c) en los huesos (17)
 - d) en las articulaciones
 - e) en el epidídimo (18)
 - f) en los pulmones (19)
 - g) en la pelvis renal, etc.

ANATOMIA PATOLOGICA:

La estructura histológica del nódulo esporotricósico presenta:

En el centro:

Una reacción supurativa, polinuclear macrofágica.

En el medio:

Una reacción tuberculoide, epitelioide gigante-celular.

En la periferia:

Una reacción sifiloide, linfocitaria y conjuntiva con panvasculitis.

DIAGNOSTICO,

El diagnóstico se hace por el cultivo del pus del absceso en el medio de Sabouraud, que al cabo de 8 días presenta las colonias blancas o morenas, en círculos, con cresta radiadas o cerebriformes características.

REVISTA MEDICA DE COSTA RICA

La sero aglutinación de Widal y Abrami (20) es positiva en el 100% de los casos, pero su valor es escaso por las coaglutinaciones que pueden observarse con cualquier otra clase de hongos.

La intradermo, reacción con esporotrichina también es de gran ayuda, pero como la sero-aglutinación, es de poco valor en el diagnóstico.

La reacción de Wassermann, la inoculación a los animales de experiencia y la biopsia, pueden ayudar a eliminar la sífilis y la tuberculosis.

TRATAMIENTO

El yoduro de K en dosis de 6 a 8 gramos diarios, por vía oral cuando el enfermo lo tolera, da excelentes y eficaces resultados en 40 a 60 días.

HISTORIA DE LA ESPOROTRICOSIS EN COSTA RICA

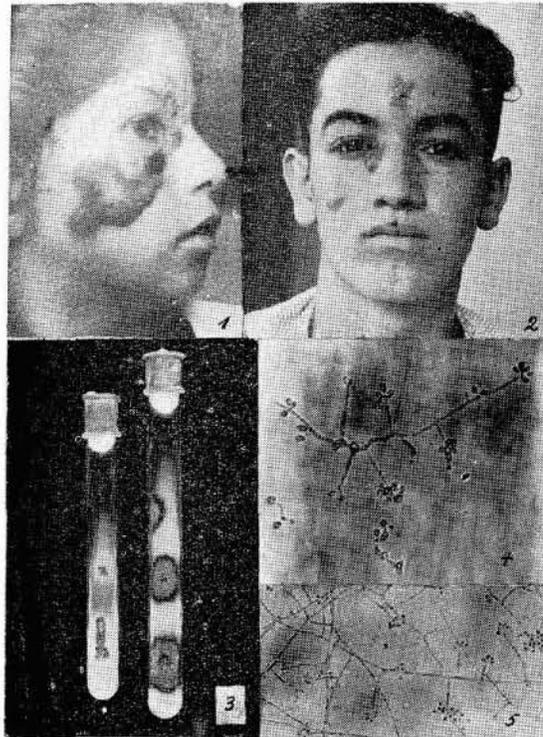
En la literatura médica de Costa Rica, encontramos publicados los primeros casos en 1916, en los Anales del Hospital de San José por el doctor Carlos Pupo, (21) quien relata 4 casos con sus correspondientes fotografías, uno de los cuales fué comprobado por el cultivo del *Sporotrichum* practicado por el doctor Clodomiro Picado.

En 1934, con ocasión de celebrarse el 2º Congreso Médico Centro Americano en San José de Costa Rica, los doctores Werner Rotter y Peña Chavarría (22), presentaron un trabajo titulado "Micosis en Costa Rica" y en el capítulo referente a la esporotricosis hacen notar que el primer caso de esa enfermedad, fué observado por el doctor Clodomiro Picado en 1914 (23), según informe presentado a la Junta de Caridad de San José y que el doctor Luciano Beeche (22), menciona la existencia de la enfermedad en Costa Rica en el "The International Conference on Health Problems in Tropical America" en el año 1924. Los citados autores hacen notar que han observado 5 casos, uno localizado en la cara y 4 en los miembros, con la presencia de *Sporotrichum Beurmani* y *Sporotrichum Gougeroti*, clasificados así, por el Dr Dodge (22).

En 1940, el Licenciado Luis Bolaños (23), en una revisión de "Nuevos casos de Micosis observados en Costa Rica", en la Rev. Médica de Costa Rica, relata un caso más de esporotricosis del brazo. En 1942, el Licenciado Bolaños en colaboración de A. Trejos (24), publican en la Revista citada, 2 casos localizados en la cara; 1 en una niña de 8 años y otro, en un joven de 18 años, con lesiones úlcero vegetantes y abscesos en la periferia de las ulceraciones, ambos enfermos provenientes de la misma región de Puriscal.

Estos casos fueron observados al mismo tiempo por los doctores Edgar Cordero, Julio C. Ovarés, Esteban López y Brenes Robles (24).

Además de esos casos publicados hemos encontrado, en los archi-



1º—Aspecto de la lesión en la niña, caso N° 18905.

2º—Lesiones en el caso N° 21426.

3º—Cultivos de los *Sporotrichum* aislados en Agar de Sabouraud, y en Agar de agua de Coco.

4º—Microfotografía de un cultivo de 40 horas en gota pendiente de Agua de Coco.

5º—Microfotografía de un cultivo coloreado con Puchsina.

(L. Bolaños y A. Trejos. Rev. Med. N° 105 I-43-Pág. 371)

vos del Hospital San Juan de Dios de los años 1938 a 1944, las historias clínicas de 14 casos más de esporotricosis, localizadas 8 en el brazo, 4 en la pierna y 2 en la cara; en 13 hombres y una niña de 13 años. La edad de los hombres varió entre 8 años y 70 años; de los cuales 9 eran jornaleros, 4 escolares y 1 fogonero; y sólo este último vivía en la ciudad, los demás vivían en el campo.

En resumen hemos encontrado registrados en archivos y publicaciones 27 casos de esporotricosis a los cuales vamos a agregar los 19 casos observados por nosotros de Diciembre de 1944 a Diciembre de 1947, en el Hospital San Juan de Dios, el primero de los cuales nos fué mostrado por los doctores, Peña Chavarría y Carlos Luis Valverde.

De Diciembre de 1944 a Diciembre de 1947, hemos observado 19 casos de esporotricosis, cuyo análisis es el siguiente:

Edad:

entre 13 y 64 años

Sexo:

16 hombres y 3 mujeres

Fecha de principio:

Enero	3	Julio	3
Marzo	1	Agosto	2
Abril	1	Setiembre	4
Mayo	3	Octubre	1
		Noviembre	1

Oficio:

11 casos trabajaban en plantaciones de caña de azúcar, en contacto con la caña, con el bagazo o con el zacate de caña; 9 de ellos relatan un traumatismo cortante con la hoja de caña.

2 casos: trabajaban en plantaciones de tabaco, uno de los cuales se hirió un dedo de la mano con una espina.

1 caso, desyerbaba maíz, cuando fué herido en el dedo por la garra de un armado.

1 caso, trabajaba en siembras de frijol.

1 caso, albañil que herido en el pie con un clavo, trabajaba en suampos

1 caso, vive de rentas, refiere haber recibido en la cara un piquete de araña.

2 casos, un jornalero y una señora de oficios domésticos no recuerdan haber recibido ningún traumatismo.

Traumatismo:

En 13 casos, los enfermos recuerdan un traumatismo cortante

COMENTARIO:

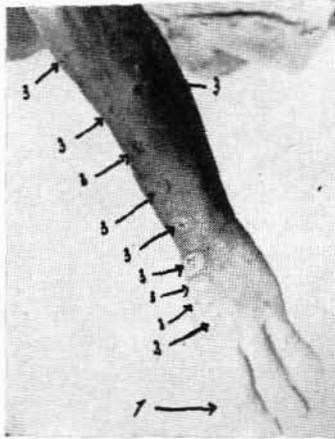
Un gran número de esporotricosis en personas que trabajan en contacto con la caña, nos hace pensar, como ya lo ha sugerido el Dr. Julio C. Ovares (San José, C. R.), que el *Sporotrichum* se encuentra en la caña de azúcar. La enfermedad predomina en las regiones donde se cultiva la caña de azúcar y durante los meses (Enero, Mayo, Julio y Setiembre), en que se realizan los trabajos de desyerba y de las molidas de caña.

El *Sporotrichum* ha penetrado por la piel, tal como lo demuestra el gran número de casos que recuerdan un traumatismo cortante. En un caso parece que la araña inoculó el *Sporotrichum* como ya lo ha señalado Gougerot (7), en otro pareciera que el *Sporotrichum* se encontraba en la tierra, como ya lo señaló el mismo autor (8). En 2 casos no se podría decir si el *Sporotrichum* se encontraba en la garra del armado o en la espina que ocasionaron los respectivos traumatismos o si el hongo se encontraba en el tabaco o en el frijol que eran las plantas que cultivaban esos enfermos.

SINTOMATOLOGIA:

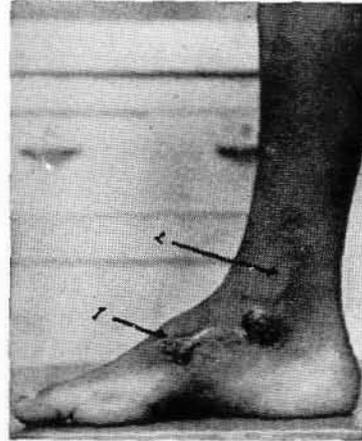
En la puerta de entrada del *Sporotrichum*, ocasionada por el traumatismo, se forma una pequeña úlcera de bordes infiltrados y recubierta de costra, que evoluciona lentamente sin dolor, extendiéndose en superficie, produciéndose una lesión vegetante o verrugosa (ver fotografías). En la mayoría de los casos se ven pequeñas vegetaciones en toda la superficie hasta formar una placa verrugosa seca o ligeramente secretante. De 15 días a 1 mes después, los enfermos notan un cordón rosado ligeramente doloroso que comienza al nivel de la lesión inicial, o una serie de nódulos bajo la piel, también ligeramente dolorosos alejados de la lesión inicial, pero colocados en tal forma, que los mismos enfermos reconocen como diseminación de la enfermedad.

Los nódulos duros al principio recubiertos de piel sana, aumentan de tamaño, se adhieren a la piel, la cual toma un color rosado inflamatorio; el nódulo se absceda en el centro y termina por abrirse en la superficie, dejando una fistula, de bordes amoratados despegados que deja salir un líquido purulento, en el cual pueden descubrirse pequeños gránulos amarillentos o negruzcos. Se notan en el mismo enfermo nódulos en las distintas fases evolutivas, nódulos y úlceras con las características descritas (ver fotografías).



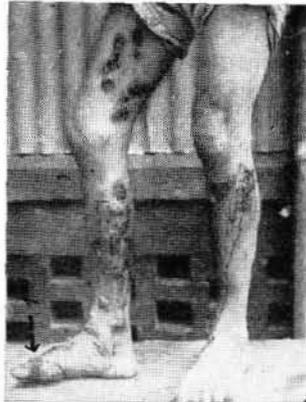
R. C.—La flecha 1 indica la lesión verrugosa de la segunda falange del dedo medio, sobre la herida producida por la garrá de un armado.

Las flechas 3 señalan los nódulos en distintas fases evolutivas.



J. C.—La flecha 1 indica la lesión inicial verrugosa, sobre la herida producida con un clavo en un albañil que trabajaba en suamosos.

La flecha 2 indica el cordón linfático engrosado.



V. S.—La flecha 1 señala la lesión inicial vegetante, sobre la herida producida por la hoja de caña de azúcar, durante su trabajo.

Este enfermo muestra numerosos nódulos ulcerados en la pierna derecha, y en la pierna izquierda se ven lesiones tipo dermo-epidérmicas, tipo piodermatitis, producidas por auto contagio.

Al examen físico, se nota que los nódulos siguen el trayecto de los linfáticos de la región. En las extremidades, los nódulos toman una disposición característica siguiendo todo el miembro afectado, de la parte distal a su raíz (ver fotografías). En la cara los nódulos llegan a confluír y forman un absceso en la mejilla, pero en estos casos el enfermo consulta generalmente antes de que se formen los nódulos linfáticos. El enfermo puede autocontagiarse por rascado después de tocarse las lesiones cutáneas. En un caso de Sporotricosis de una pierna observamos el autocontagio de la otra pierna, en el sitio en que la pierna sana entraba en contacto con la pierna enferma cuando el enfermo dormía.

FORMAS CLINICAS:

Todas las formas de Sporotricosis, observadas en Costa Rica han sido localizadas linfangíticas (ver fotografías). En nuestros 19 enfermos, la localización en la cara se vió en 2 casos y en los 17 restantes se localizaba en las extremidades (9 casos en el miembro superior y 8 en el inferior).

Al nivel de la piel, hemos observado lesiones iniciales ulcerosas, vegetantes o verrugosas; y lesiones secundarias por autocontagio, en forma de placas o de medallones eritomatoscamosas.

Los 46 casos que hemos revisado, desde el primer caso publicado en Costa Rica, pertenecen a formas localizadas cutáneas y linfangíticas, indicando que la vía de inoculación ha sido transepidérmica y que en Costa Rica no se ha observado hasta la fecha la inoculación por vía digestiva, pues no se ha registrado ningún caso de forma diseminada, ni visceral.

DIAGNOSTICO

El diagnóstico positivo se basó en la sintomatología clínica, en los exámenes de laboratorio y en el resultado del tratamiento.

La sintomatología, es característica por la cadena de nódulos a lo largo de los linfáticos aferentes de la región, en distintos estados de evolución (endurecidos, reblandecidos y fistulizados).

Exámenes de laboratorio, la Reacción de Wassermann fué negativa en los 19 casos. El cultivo del pus de los nódulos se practicó en 15 casos, de los cuales 12 resultaron positivos por *Sporotrichum*.

El tratamiento, a base de yoduro de potasio, en dosis de 8 gramos diarios por vía oral, durante mes y medio, fué eficaz en los 19 casos.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL:

En Costa Rica, en donde la Leishmaniosis cutánea es frecuente, debe pensarse en la forma linfagítica de esta afección, frente a una lesión cutánea úlcero costrosa o vegetante que se complica de nódulos inflamatorios a lo largo de los cordones linfáticos regionales.

La Linfagítis Nodular, es la regla en la Sporotricosis y es la excepción en la Leishmaniosis cutánea, pues en esta afección se encuentra únicamente en el 5% de los casos. (24). Además los nódulos linfáticos de la Leishmaniosis evolucionan más lentamente y menos aparatosa-mente que la Sporotricosis.

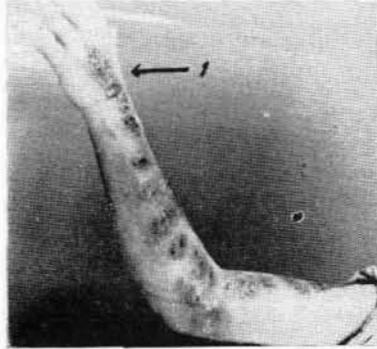
La lesión inicial. La lesión úlcero costrosa, la lesión vegetante o la verrugosa, deben distinguirse de la Leishmaniosis cutánea, de la tuberculosis cutánea, de la sífilis y de otras micosis. Los exámenes de laboratorio, la biopsia y el tratamiento de prueba dan fácilmente la clave del diagnóstico.

Al nivel de la cara, la esporotricosis de la cara puede presentar dificultad diagnóstica con la Leishmaniosis, con la actinomicosis, con el lupus vulgar, con el lupus eritematoso y en algunos casos con la tularemia:

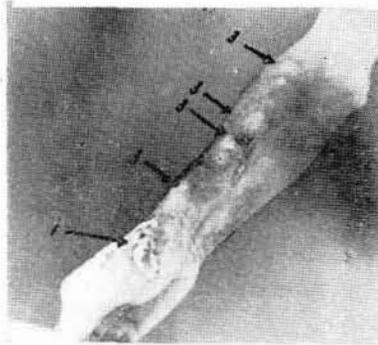
- a) La Leishmaniosis cutánea se mantiene localizada a la dermo-epidermis, sin complicarse de abscesos subcutáneos como sucede con la esporotricosis.
El examen directo investigando Leishmania o el cultivo del esporotrichum en medio de Sabouraud, o el cultivo de la Leishmania en el medio de N. N. N., puede dilucidar el diagnóstico.
- b) La Actinomicosis con sus gránulos amarillos y mediante el cultivo, puede diferenciarse fácilmente.
- c) El Lupus Vulgar de evolución crónica, de expansión dermo-epidérmica, sin nódulos linfagíticos y sin abscesos subcutáneos se diferencia fácilmente.
- d) El Lupus Eritematoso puede confundirse con la lesión vegetante de la esporotricosis cuando está situada sobre el dorso de la nariz, pero las vegetaciones esporotricósicas son húmedas, ligeramente secretantes y no hiperkeratóticas foliculares como lo son en el lupus erimatoso.
- e) Las úlceras tularémicas pueden presentar adenitis satélites y aun nódulos a lo largo de los linfáticos, tal como se ve en la esporotricosis pero, la tularemia es una afección febril y de evolución más rápida.

EL TRATAMIENTO:

El tratamiento a base de yoduro de K, fué perfectamente tolera-



J. A.—La flecha indica la lesión inicial verrugosa, sobre la herida producida con alambre de púas, en un enfermo que trabajaba en plantaciones de caña de azúcar.



M. G.—La flecha 1 indica la lesión inicial ulcero vegetante, sobre la herida producida con una espina, en un enfermo que trabajaba en plantaciones de tabaco. Las flechas 3 señalan nódulos, dos de ellos ulcerados a lo largo del cordón linfático.

de por todos los enfermos, sin observarse ninguna lesión renal ni edemas por vaso dilatación de ningún órgano. Únicamente se presentaron 3 casos de acné yódico, dos de ellos, sin mayor importancia, pero en uno se presentó a los 40 días de tratamiento, afonía y conjuntivitis y al inyectársele Iodazone en vez del yoduro, presentó un cuadro de confusión mental que desapareció 8 días después con complejo B.

En todos los casos se notó la mejoría desde las primeras 2 semanas de tratamiento. Localmente sólo se aplicó alcohol yodado. Los R. X. no han prestado ninguna ayuda terapéutica.

CONCLUSIONES

- 1º) Se han registrado, 46 casos de esporotricosis en Costa Rica desde 1914 hasta 1947.
- 2º) Se sugiere que el Sporotrichum se encuentra en la hoja de la caña de azúcar, por la relativa frecuencia de la esporotricosis en las personas que están en contacto con esa planta.
- 3º) En Costa Rica la Esporotricosis se ha presentado únicamente en su forma localizada, indicando que la inoculación ha sido, en todos los casos observados, trans-epidérmica.

BIBLIOGRAFIA

- (1) Schenk B. R.—Abscesos subcutáneos, causados por un hongo posiblemente relacionado con el Sporotrichum.
Bull. Johns Hopkins Hosp. 9:286—198
 - (2) De Beurmann y Ramond.— Abscesos souscutanés d'origine microbique Ann. franc. de dermat. et de syphillografie 1903—p. 678
 - (3) De Beurmann y Gougerot.— Sporotrichose hipodermique Ann. de Dermat. et de Syphillografie. Oct.— 1906, P. 837.
 - (4) De Beurmann y Gougerot.— Les Sporotrichoses 1912.
 - (5) De Beurmann y Gougerot.— Decouverte du Sporotrichum Beurmani dans la nature
Bull et Mem. de la Soc. Med. des Hop. de Paris — dec. 1908, p. 735.
-

- (6) Sartory A — Sporotrichum en la espiga de trigo C. R. Biol. 1915' p, 740.
 - (7) De Beurmann y Gougerot.— Etiologie et pathogenie de la sporotrichose Tribune Medical 2 de Nov. 1907.
 - (8) Gougerot et P. Blum.— Sporotrichose comme accident de travail Soc. Dermat. 4 Juin 1914 p. 304 Paris.
 - (9) Lutz et Splendore.— Rev. Med. de Sao Paulo — 1907—
 - (10) Paul Vigne.— Sporotrichose natrelle du rat. Soc Dermatologic 15 de Junio 1921. Marsella.
 - (11) Carougeau.— Journal de Med. veterinaire et de Zootechnie Janvier 1909.
 - (12) Gougerot et Caraven.— Sopotricosee spontanee du chien Presse Medicale N° 43, mai 1908, p. 337.
 - (13) De Beurmann et Goug-rot.— Sporotrichose esponentee des animaux Rapport au Congres Internat de Pathologic comparee —17 17 Oct., 1912, p. 688.
 - (14) J. Thiry.— Cultivo positivo de Sporotrichum de material tomado de la boca de hombre sano. Exposé des titres et travaux 1913—p. 46.
 - (15) Gougerot et Vaucher.— Sporotricose Visceral experimental.
 - (16) E. Escomel.— Dos casos de esporotricosis faringea observados en Arequipa, Perú. Arch. Internat de laring—otol et broncoceso—pharing. 1923.
 - (17) A. et. Sartory et J. Mayer.— Sporotrichose osseuse primitive C. R. Biol 1915—p. 740.
 - (18) Lafaille et Pavic.—Sporotrichose de L' epidimyne.
 - (19) Ch. Laurent.— Sporotrichose osseuse et pulmonaire simulant la tuberculose Presse Medicale 1923 N° 80.
 - (20) Widal et Abrami.—Serodiagnóstico de la Esporotricosis Bull et Mem. de Soc. Med. des Hop de Paris 19 Junio 1908 N° 22 p, 947.
-

- (21) C. Pupo.— Nota sobre Esporotricosis, Anales del Hospital San José Tomo II, p. 133.
- (22) Werner Rotter y Peña Chavarría.— Micosis en Costa Rica Trabajo presentado al Segundo Congreso Médico Centro Americano en San José, C. R.
- (23) L. Bolaños y A. Trejos.— Múltiples coincidencias en 2 casos de Sporotricosis facial.
Rev. Médica de C. R.
Tomo V—Nº 105 p. 369.
- (24) Peña Chavarría Julio C. Ovarles, Arturo Romero y Marcial Fallas —Leishmaniosis en C. R. Trabajo presentado al 1er. Congreso de Medicina Tropical y Medicina Social de la Habana.
-