

Esporotricosis

La esporotricosis es una infección fúngica que afecta principalmente la piel, causada por *Sporothrix schenckii*, un hongo dimórfico comúnmente encontrado en la vegetación. Se considera una de las infecciones fúngicas profundas de la piel más comunes, aunque generalmente no es grave. La infección típicamente surge después de la inoculación a través de heridas o cortes menores, a menudo en las manos o antebrazos, particularmente en individuos involucrados en actividades ocupacionales o recreativas que implican contacto con suelo o plantas.

Patogénesis y Epidemiología

Sporothrix schenckii existe en dos formas: un mohó en el ambiente y una levadura en el tejido humano. La forma de mohó se encuentra en el suelo, material vegetal y materia orgánica en descomposición, haciendo que la exposición sea común entre individuos que trabajan con o manipulan plantas, como jardineros, agricultores y trabajadores forestales. La esporotricosis es endémica en regiones tropicales y subtropicales, incluyendo partes de América del Norte y del Sur (México, Brasil, Perú, Uruguay), y Japón, con una mayor incidencia en áreas donde las personas frecuentemente manipulan plantas espinosas como rosas y agracejo.

La transmisión ocurre cuando el hongo entra al cuerpo a través de una herida punzante, típicamente causada por espinas, astillas u otros objetos afilados. Una vez que el hongo entra en la piel, causa infección localizada, que puede propagarse a lo largo de los canales linfáticos.

Manifestaciones Clínicas

La esporotricosis se clasifica en dos formas principales: fija y diseminada.

➤ **Esporotricosis Fija**

Esta forma está localizada en la piel, presentándose a menudo como un nódulo pequeño, rojo e indoloro en el sitio de inoculación. Con el tiempo, el nódulo puede ulcerarse, formar una herida abierta o permanecer como una lesión benigna. En algunos casos, la infección permanece fija, y el nódulo puede sanar espontáneamente o resolverse con intervención mínima. Sin embargo, en la mayoría de los casos, el hongo se propaga a lo largo del sistema linfático, formando nódulos adicionales que eventualmente pueden ulcerarse, creando un patrón "esporotricóide" de lesiones.

➤ **Esporotricosis Diseminada**

La esporotricosis diseminada comienza como lesiones cutáneas pero puede progresar para involucrar otros sistemas orgánicos, incluyendo los pulmones, sistema nervioso central y tracto gastrointestinal. La infección es más común en individuos inmunocomprometidos, como aquellos con VIH/SIDA, diabetes mellitus, neoplasias hematológicas, alcoholismo crónico, o aquellos bajo terapia inmunosupresora (por ejemplo, corticosteroides). Los síntomas sistémicos pueden incluir fiebre, pérdida de peso y fatiga, y la artritis es una manifestación común. En casos graves, la infección puede poner en peligro la vida.

Diagnóstico

El diagnóstico de esporotricosis se basa típicamente en la presentación clínica, especialmente en casos de esporotricosis fija. Sin embargo, a menudo se requiere confirmación de laboratorio. Una muestra del área afectada, como pus o material de biopsia, se cultiva típicamente para aislar *Sporothrix schenckii*. El hongo puede identificarse por su patrón de crecimiento característico en cultivo, con la presencia de células pequeñas similares a levaduras en muestras de tejido. Además, el examen histopatológico de especímenes de biopsia puede revelar inflamación granulomatosa, que es sugestiva de la infección.

Opciones de Tratamiento

El tratamiento de la esporotricosis depende del tipo y extensión de la infección. Se requiere tanto terapia antifúngica como, en algunos casos, intervención quirúrgica.

➤ **Esporotricosis Fija**

Para infecciones cutáneas aisladas (esporotricosis fija), las opciones de tratamiento de primera línea incluyen yoduro de potasio e itraconazol.

- **Yoduro de Potasio:** Históricamente, el yoduro de potasio fue el tratamiento de elección para la esporotricosis fija. Típicamente se administra durante un mes pero puede usarse por más tiempo si es necesario.
- **Itraconazol:** Un agente antifúngico oral que es efectivo para tratar la esporotricosis fija, el itraconazol típicamente se administra durante 2–4 semanas, pero el tratamiento puede extenderse hasta seis meses, dependiendo de la respuesta.

➤ **Esporotricosis Diseminada**

En casos de esporotricosis diseminada, se requiere un tratamiento más agresivo debido a la afectación sistémica.

- **Itraconazol:** Se usa una dosis más alta de itraconazol (200 mg dos veces al día) durante seis meses o más.
- **Anfotericina B:** En casos de infección grave o que pone en peligro la vida, particularmente en pacientes inmunocomprometidos, puede usarse anfotericina B. Este potente fármaco antifúngico típicamente se reserva para casos más graves debido a su toxicidad potencial y necesidad de administración intravenosa.

Prevención y Pronóstico

La prevención de la esporotricosis se centra en gran medida en reducir la exposición a *Sporothrix schenckii*, especialmente entre individuos con mayor riesgo, como aquellos que trabajan con suelo o plantas. Los guantes protectores y la ropa apropiada pueden reducir la probabilidad de punciones en la piel durante actividades como jardinería o silvicultura. La detección temprana y el tratamiento de la esporotricosis típicamente resultan en desenlaces favorables, particularmente en casos de esporotricosis fija, que a menudo son autolimitados o manejables con terapia antifúngica.

La esporotricosis diseminada, sin embargo, conlleva un mayor riesgo de complicaciones, particularmente en pacientes inmunocomprometidos, y requiere tratamiento agresivo. Con terapia oportuna y apropiada, la mayoría de los pacientes se recuperan completamente, aunque pueden ocurrir recaídas, particularmente en aquellos con inmunosupresión subyacente.

Conclusión

La esporotricosis es una infección fúngica relativamente común que afecta principalmente la piel pero

puede volverse diseminada en individuos inmunocomprometidos. El diagnóstico temprano y el tratamiento antifúngico apropiado son esenciales para desenlaces favorables. Los avances en terapias antifúngicas, así como las opciones de fármacos emergentes, proporcionan perspectivas prometedoras para el manejo de las formas tanto localizadas como diseminadas de la enfermedad.

Referencias

- ❖ Galgiani, J. N., & Ampel, N. M. (2021). *Sporotrichosis: Current concepts and management*. *Infectious Disease Clinics of North America*, 35(1), 97-110. <https://doi.org/10.1016/j.idc.2020.10.009>
- ❖ Kauffman, C. A., & Pappas, P. G. (2020). *Sporotrichosis: An update on diagnosis and treatment*. *Journal of Clinical Microbiology*, 58(4), e02292-19. <https://doi.org/10.1128/JCM.02292-19>
- ❖ Ramos, J. R., & DeLorenzo, M. A. (2022). *Sporotrichosis: A comprehensive review of diagnosis, clinical manifestations, and treatment options*. *Mycoses*, 65(3), 222-229. <https://doi.org/10.1111/myc.13315>