

Esporotricosis cutánea simulando tuberculosis cutánea en un paciente con prueba de QuantiFERON-TB Gold positiva: reporte de caso

Daniel Melgoza Cardenas^{1*}, Anette Garcia Franco², Verónica Alexandra Hernández Núñez³

¹ Médico Pasante del Servicio Social, Facultad de Medicina, Universidad Anáhuac Querétaro.

² Médico Pasante del Servicio Social, Facultad de Medicina, Universidad de Celaya.

³ Médico Adscrito, Jefa de Dermatología del Hospital Militar Regional de Irapuato.

* Correspondencia: daniel.melgoza64@anahuac.mx

Palabras clave: Esporotricosis; tuberculosis cutánea; histopatología; biopsia cutánea; *Sporothrix schenckii*.

1. Introducción

La esporotricosis es una infección micótica granulomatosa crónica causada por hongos del complejo *Sporothrix schenckii*. Se adquiere habitualmente mediante la inoculación traumática del microorganismo presente en el suelo y material vegetal, y constituye una de las micosis cutáneas más frecuentes en México. Su importancia epidemiológica es mayor en regiones tropicales y subtropicales, particularmente en individuos con exposición ocupacional o recreativa a actividades agrícolas y de jardinería. La enfermedad afecta principalmente la piel y el tejido subcutáneo tras la inoculación del patógeno [1].

Por otra parte, la tuberculosis cutánea constituye una forma infrecuente de tuberculosis extrapulmonar, que representa aproximadamente entre 1.5 % y 3 % de los casos de tuberculosis a nivel mundial. Debido a su amplia variabilidad clínica, puede manifestarse con diferentes morfologías y simular enfermedades infecciosas, inflamatorias y neoplásicas [2].

Se presenta el caso de un paciente militar residente de una región endémica para esporotricosis, quien desarrolló lesiones ulceradas crónicas en la extremidad superior izquierda con características clínicas e histopatológicas inicialmente sugestivas de tuberculosis cutánea, aunado a una prueba de QuantiFERON-TB Gold positiva. Sin embargo, el abordaje microbiológico permitió descartar tuberculosis activa y confirmar el diagnóstico de esporotricosis cutánea por *Sporothrix schenckii*, destacando la importancia de la correlación clínico-patológica y microbiológica en el estudio de las dermatosis ulceradas crónicas.

2. Caso Clínico

Paciente masculino de 23 años, militar activo, residente de Michoacán y sin antecedentes personales patológicos de relevancia, quien presentó una dermatosis de aproximadamente dos meses de evolución. Negó el consumo de medicamentos o suplementos alimenticios previo al inicio de las lesiones, así como antecedente de traumatismo en el sitio afectado.

Como antecedente epidemiológico de relevancia, el paciente se desempeñaba como transportista y había realizado actividades laborales durante un periodo en una región serrana. No identificó un contacto específico con vegetación, animales o excavaciones.

A la exploración física se observó una dermatosis localizada en la extremidad superior izquierda, con afectación de brazo, codo y antebrazo, de distribución unilateral, asimétrica y polimorfa, respetaba palmas, plantas, mucosas y anexos. Se identificaron dos úlceras localizadas en el codo izquierdo, de base limpia y bordes sobrelevados e infiltrados, con dimensiones de 3 × 4 cm y 2 × 1,5 cm, respectivamente. En la periferia de las úlceras se observaron numerosas placas de aproximadamente 1 cm × 3 cm en su eje mayor, de formas irregulares, ovaladas, infiltradas de color rojo intenso, algunas cubiertas con costra melicérica y otras cubiertas con escama fina blanquecina bien adherida (Figura 1). El paciente refería dolor asociado con la movilidad del codo afectado, negó fiebre, pérdida ponderal, diaforesis nocturna, tos u otros síntomas constitucionales.

Debido a la morfología inicial de las lesiones, se consideraron como diagnósticos diferenciales impétigo ampoloso y pioderma gangrenoso. Se inició tratamiento antimicrobiano con doxiciclina y clindamicina por vía oral, sin presentar mejoría clínica.

Ante la persistencia de las lesiones, se realizó una

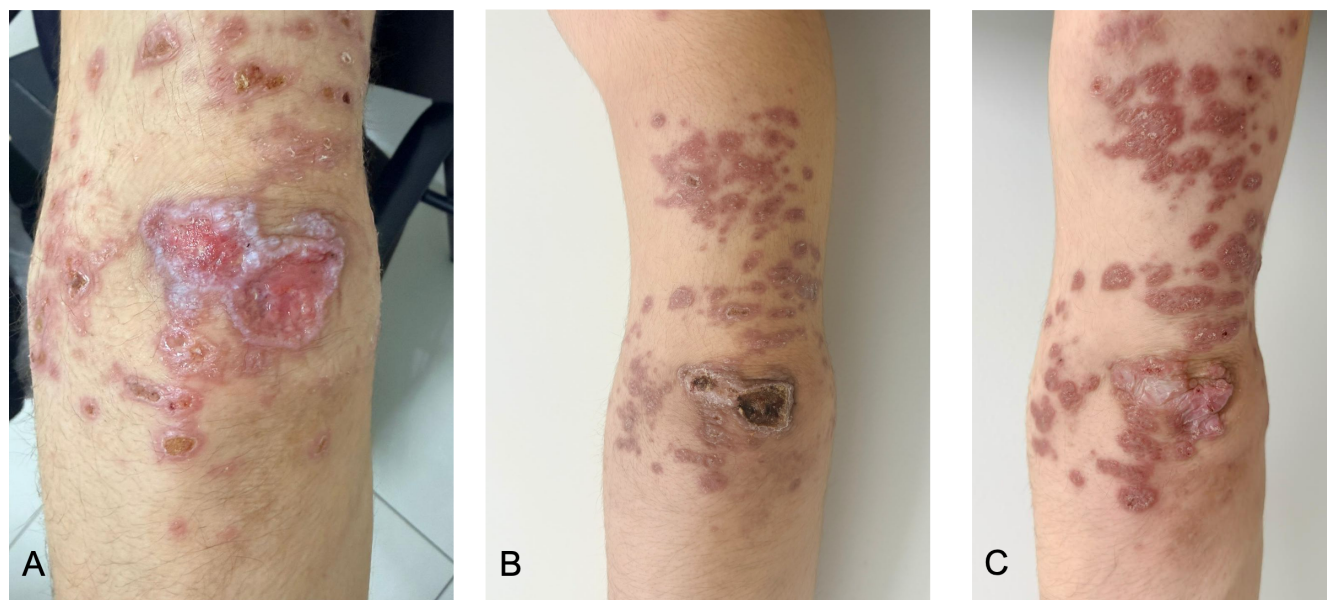


Figura 1: Dermatitis localizada en región cubital posterior con presencia de úlcera. (A) Úlcera con bordes definidos y exudado con presencia de numerosas placas de aproximadamente 1 cm × 3 cm en su eje mayor, de formas irregulares, ovaladas, infiltradas de color rojo intenso, algunas cubiertas con costra melicérica y otras cubiertas con escama fina blanquecina bien adherida. (B) Úlcera con bordes definidos, con presencia de costra y tejido de granulación, máculas y costras en la periferia. (C) Úlcera central cicatrizada con presencia de máculas y costras en la periferia.

primera biopsia cutánea. El estudio histopatológico mostró epidermis con marcada acantosis irregular focal, focos de espongirosis y exocitosis de células inflamatorias, además de un intenso infiltrado inflamatorio que se extendía desde la dermis papilar hasta el tejido celular subcutáneo, con predominio histiocitario, numerosos polimorfonucleares y células gigantes. En las tinciones especiales no se observaron microorganismos. Los hallazgos fueron interpretados como una reacción de tipo tuberculoide.

Debido a estos hallazgos, se realizó una prueba de liberación de interferón gamma, QuantiFERON-TB Gold, que resultó positiva. En este contexto, se amplió el abordaje diagnóstico mediante una radiografía de tórax, sin alteraciones, y un cultivo para micobacterias, que no mostró desarrollo después de cuatro semanas de incubación. Asimismo, la reacción en cadena de la polimerasa (PCR) para *Mycobacterium tuberculosis* realizada en sangre fue negativa.

Ante la persistencia de las lesiones, la ausencia de síntomas constitucionales y la falta de respuesta al tratamiento inicial, se realizó una segunda biopsia cutánea para estudio histopatológico y microbiológico. El cultivo micológico de la muestra, realizado en agar Sabouraud, permitió el aislamiento de *Sporothrix schenckii*. Los hallazgos histopatológicos fueron concordantes con el diagnóstico de esporotricosis cutánea, por lo que se es-

tableció el diagnóstico definitivo.

Se inició tratamiento con itraconazol 200 mg por vía oral cada 24 horas. Después de un mes de tratamiento, se observó evolución clínica favorable, con cicatrización de las lesiones ulceradas y presencia de cicatriz residual central en el sitio previamente afectado.

Como parte del abordaje integral, se programó la realización de una prueba de detección de infección por VIH durante la siguiente valoración dermatológica, con el objetivo de descartar una condición de inmunosupresión subyacente.

3. Discusión

La esporotricosis es una infección micótica subcutánea de presentación clínica variable. Aunque la forma linfocutánea es la presentación más frecuente, también puede manifestarse con lesiones nodulares, ulceradas, verrugosas y otras morfologías atípicas, lo que puede dificultar su reconocimiento clínico. En este contexto, puede simular enfermedades infecciosas, inflamatorias y neoplásicas, incluyendo la tuberculosis cutánea y el pioderma gangrenoso [3].

En el presente caso, la sospecha inicial de tuberculosis cutánea estuvo sustentada por la evolución crónica de las lesiones, su morfología ulcerada y los hallazgos

histopatológicos iniciales, caracterizados por una reacción de tipo tuberculoide. La positividad de la prueba de QuantiFERON-TB Gold incrementó aún más esta sospecha diagnóstica.

Sin embargo, el resultado positivo de QuantiFERON-TB Gold debe interpretarse en el contexto clínico adecuado. Esta prueba detecta la respuesta inmunológica mediada por interferón gamma frente a antígenos específicos de *Mycobacterium tuberculosis*, pero no permite diferenciar entre infección tuberculosa latente y enfermedad activa [4]. Por lo tanto, un resultado positivo no confirma por sí mismo que una lesión cutánea sea secundaria a tuberculosis activa.

En este paciente, la ausencia de síntomas constitucionales, la radiografía de tórax sin alteraciones, el cultivo para micobacterias sin desarrollo y la PCR negativa para *M. tuberculosis* no apoyaron la presencia de tuberculosis activa. Posteriormente, el aislamiento de *Sporothrix schenckii* mediante cultivo micológico permitió establecer el diagnóstico definitivo de esporotricosis cutánea.

El diagnóstico de esporotricosis puede representar un reto, ya que los hallazgos histopatológicos pueden ser inespecíficos y la identificación directa de estructuras fúngicas puede ser limitada. La histopatología puede mostrar dermatitis granulomatosa y necrosante, pero la correlación con estudios microbiológicos resulta fundamental para confirmar el agente causal [4, 3]. En el presente caso, la necesidad de realizar una segunda biopsia antes de obtener el diagnóstico definitivo resalta la dificultad diagnóstica que puede presentarse en las formas clínicas atípicas.

En la revisión epidemiológica de las Américas, la forma linfocutánea se ha descrito como la presentación más frecuente, seguida de la forma cutánea fija, mientras que las formas diseminadas son menos comunes. En México, la esporotricosis representa una enfermedad de importancia epidemiológica y ocupacional, y Michoacán se encuentra entre los estados con mayor afectación reportada [5]. Por ello, el contexto epidemiológico del paciente constituye un elemento relevante en la evaluación de lesiones cutáneas persistentes y de morfología atípica.

La presentación clínica del caso resulta particularmente relevante por la coexistencia de tres elementos que dificultaron el diagnóstico: lesiones ulceradas crónicas, hallazgos histopatológicos con reacción de tipo tuberculoide y una prueba de QuantiFERON-TB Gold positiva. Esta combinación podría conducir a la interpretación errónea de tuberculosis cutánea. No obstante, la integración de la información clínica, histopatológica y microbiológica permitió identificar la esporotricosis como la causa de las lesiones.

La respuesta clínica favorable posterior al inicio de

itraconazol apoyó la relevancia del diagnóstico microbiológico y permitió observar la cicatrización de las lesiones ulceradas después de un mes de tratamiento. Este caso resalta la importancia de mantener un diagnóstico diferencial amplio ante dermatosis ulceradas crónicas, particularmente en pacientes procedentes de regiones endémicas para esporotricosis.

4. Conclusión

La esporotricosis cutánea puede presentar lesiones ulceradas crónicas y hallazgos clínicos e histopatológicos que simulan tuberculosis cutánea, incluso en presencia de una prueba de QuantiFERON-TB Gold positiva. Este caso destaca que la positividad de esta prueba no confirma por sí misma la presencia de tuberculosis cutánea activa y que el diagnóstico debe establecerse mediante la integración de los hallazgos clínicos, histopatológicos y microbiológicos. En pacientes con dermatosis ulceradas persistentes, especialmente aquellos procedentes de regiones endémicas, la esporotricosis debe considerarse dentro de los diagnósticos diferenciales y debe realizarse una evaluación microbiológica dirigida para confirmar el agente causal.

5. Consentimiento

Se obtuvo consentimiento informado por parte del paciente responsable para la publicación del presente caso, garantizando la confidencialidad y anonimato de la información.

Referencias

- [1] Mahajan VK. Sporotrichosis: an overview and therapeutic options. *Dermatol Res Pract*. 2014;2014:272376. Available from: <http://dx.doi.org/10.1155/2014/272376>.
- [2] Tobin EH, Warda K, Gropper C, Apple A, Vadakekut ES. Cutaneous tuberculosis. In: *StatPearls*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2026. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK482220/>.
- [3] Martínez-Herrera E, Arenas R, Hernández-Castro R, Frías-De-León MG, Rodríguez-Cerdeira C. Uncommon clinical presentations of sporotrichosis: A two-Case report. *Pathogens*. 2021;10(10):1249. Available from: <http://dx.doi.org/10.3390/pathogens10101249>.
- [4] Yancey JR, Melchert VE. QuantiFERON-TB Gold+ for the Diagnosis of *Mycobacterium tuberculosis* Infection. *AFP*. 2021. Available from: <https://www.aafp.org/afp/2021/0201/p177#afp20210201p177-b1>.
- [5] Hernández-Castro R, Pinto-Almazán R, Arenas R, Sánchez-Cárdenas CD, Espinosa-Hernández VM, Sierra-Maeda KY, et al. Epidemiology of clinical sporotrichosis in the Americas in the last ten years. *J Fungi (Basel)*. 2022;8(6):588. Available from: <http://dx.doi.org/10.3390/jof8060588>.