

COMENTARIO AL TRABAJO "CONTRIBUCIONES
RECIENTES AL CONOCIMIENTO
DE LA ESPOROTRICOSIS"*

DR. OSWALDO ARIAS

EN EL TRABAJO "Contribuciones recientes al conocimiento de la Esporotricosis", el Jefe del Departamento de Dermatología Tropical del Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales, Dr. Antonio González Ochoa, puntualiza las formas clínicas de la esporotricosis, las diversas pruebas diagnósticas de la enfermedad y algunos recursos terapéuticos empleados en el tratamiento de esa micosis profunda.

Respecto a la clasificación, el Dr. González Ochoa dió a conocer hace más de dos lustros, en conferencias, artículos y en textos como la Terapéutica de Rebolledo Lara en México, y la Dermatología Tropical de Simons en Holanda, su clasificación de la esporotricosis.

Hasta entonces, eran notorias las divergencias de criterio respecto a las variantes clínicas de la enfermedad e incompletas o prolijas las clasificaciones, destacando la primordial de Beurman y Gougerot, a partir de 1903-1906, en Francia; la de Lewis y Cudmore (*Ann. of Internal Med.*, 1934); la de Collins (*Arch. of Derm. and Siph.*, 1947) y, sobre todo, la del Profesor Gougerot en 1936, en la *Nouvelle Pratique Dermatologique*, donde puntualizaba el polimorfismo clínico de la enfermedad y expresaba que era "un deber absoluto del médico pensar en esporotricosis aún en aquellos casos que sólo despertaran la idea de tuberculosis, de sífilis, de muermo, de supuración crónica o subaguda."

Al través de una larga experiencia en el estudio de esta micosis profunda, González Ochoa clasifica desde 1953 a la esporotricosis en tegumentaria e interna. En la tegumentaria establece tres tipos de acuerdo con la forma de dispersión del *Sporotrichum schenkii*: el tipo linfagítico, el hematógeno y el lesional fijo.

* Leído por su autor en la sesión del 5 de agosto de 1964.

En el tipo linfangítico señala dos formas clínicas: gomosa ascendente de las extremidades y gomosa de otras regiones. En el tipo fijo, 5 formas clínicas: ulcerosa, verrucosa, acneiforme, en placa infiltrada y eritemato-escamosa. En la esporotricosis interna considera las formas pulmonar primaria, la secundaria y los tipos linfangítico y fijo, la concomitante y el tipo hematógeno tegumentario.

Me permito sugerir al Dr. González Ochoa anteponga en la clasificación del tipo fijo —dado que un nódulo de variedad tubérculo o micronódulo es casi siempre la lesión elemental básica—, el vocablo nodular a las formas clínicas por él consideradas y así hable de formas nódulo-ulcerosa, nodular verrucosa, nodular acneiforme, de infiltración nodular en placa y nodular eritemato-escamosa y que la clasificación de la esporotricosis interna la resume en dos tipos: la primitiva pulmonar no tegumentaria (excepcional en clínica) y la secundaria a los tipos linfangítico, hematógeno y fijo (lesiones por diseminación linfática hematógena o por contigüidad).

En las contribuciones recientes al diagnóstico, González Ochoa menciona la prueba cutánea con un polisacárido de *Sporotrichum schenckii*; la prueba con el antígeno levaduriforme de Gonzalez Padilha; la técnica de anticuerpos fluorescentes y la reacción de precipitación en agar con el mismo polisacárido que utiliza para la prueba cutánea.

Quizas por ser el autor de la técnica, la que dió a conocer con Soto Figueroa en 1947, el Dr. González Ochoa no enfatiza en el trabajo que comento, el alto valor específico de la prueba cutánea con el polisacárido obtenido de la fase micelial del *Sporotrichum schenckii*.

La prueba intradérmica es de una especificidad notable y en ella nos basamos actualmente la mayoría de los dermatólogos y micólogos para hacer el diagnóstico biológico de la esporotricosis y resolver los casos clínicos que plantean un diagnóstico diferencial.

Basándose en la especificidad y utilidad de la prueba y en la valía científica del autor, la Academia Mexicana de Dermatología acordó hace poco más de un año recomendar se denomine sistemáticamente a esta prueba "reacción de González Ochoa".

Entre las contribuciones recientes a la terapéutica de la esporotricosis, el trabajo que comento menciona las limitaciones de la griseofulvina, la piritoterapia y el empleo de la amfotericina B sólo justificable —dada la toxicidad— en casos de esporotricosis visceral. Para el autor, el yoduro de potasio sigue siendo hoy, como ayer, la medicación de hecho en todas las formas clínicas de la esporotricosis tegumentaria y de la esporotricosis interna, secundaria a los tipos linfangítico, fijo y hematógeno.