



Clínica cotidiana

Importancia del cultivo para hongos ante la sospecha de esporotricosis

José Mario Henríquez Quijano^{a,*}, Almudena Pérez Martín^a,
 Douglas Alexander Toledo Martínez^a, Lizbeth Gómez Melgarejo^b,
 Lourdes Ledesma Santiago^a, Mercedes Hernández González^a

^aCentro de Salud Puerta Nueva. Zamora. ^bCentro de Salud Santa Elena. Zamora.

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 30 de julio de 2025

Aceptado el 9 de enero de 2026

On-line el 19 de mayo de 2026

Palabras clave:

Esporotricosis

Cultivo para hongos

Picadura con rosal

Médico de atención primaria

Keywords:

Sporotrichosis

Fungal culture

Rose sting

Primary care doctor

R E S U M E N

Paciente de 72 años, que acude a consulta de su médico de atención primaria por presentar desde hace dos semanas una lesión pustulosa en lecho ungueal del primer dedo de mano derecha, que drena espontáneamente con salida de secreción purulenta.

© 2026 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Publicado por E-Medfarma 2020, S.L.

Importance of fungal culture when sporotrichosis is suspected

A B S T R A C T

A 72-year-old patient who came to see his primary care physician due to a pustular lesion on the nail bed of the first finger of his right hand that had been present for two weeks, which spontaneously drains with purulent discharge.

© 2026 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Published by E-Medfarma 2020, S.L.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: josemariohenriquezquijano@gmail.com (J.M. Henríquez Quijano).

<http://dx.doi.org/10.24038/mgyf.2026.S1.021>

2254-5506 / © 2026 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia

Introducción

En España el porcentaje de personas mayores de 65 años aumenta a pasos agigantados, lo cual se traduce en mayor número de personas jubiladas que dedican parte de su tiempo a labores de jardinería o mantenimiento de huertos; por lo que en ciertas partes del país son frecuentes las consultas por lesiones provocadas durante este tipo de actividades.

Descripción del caso clínico

Paciente de 72 años, que acude a consulta de su médico de atención primaria por presentar desde hace dos semanas una lesión pustulosa en lecho ungueal del primer dedo de mano derecha, que rompe espontáneamente con salida de secreción purulenta, dejando en su base una lesión ulcerada que no resuelve a pesar de curas diarias con povidona yodada. Niega traumatismo y contacto reciente con animales. En consulta el médico le toma cultivo de secreción para bacterias e inicia tratamiento con clindamicina e itraconazol. El resultado del cultivo de secreción es negativo para bacterias y ante mejoría clínica su médico le suspende el tratamiento con itraconazol tras 15 días de haberlo iniciado.

Tras la suspensión del tratamiento, el paciente sufre recidiva de la lesión, presentando úlcera con bordes irregulares y pérdida parcial de la lámina de la uña del primer dedo de mano derecha, por lo cual su médico le deriva de manera preferente al servicio de dermatología de referencia.

El dermatólogo reinterroga al paciente, quien refiere que realiza labores de jardinería a diario. Tras nueva anamnesis, describe una lesión ulcerada bajo la lámina ungueal del primer dedo de mano derecha, con pérdida parcial de la misma sin salida de secreción purulenta, piel circulante lisa, con nula flexión de la falange distal. No presenta lesiones nodulares sobre trayecto linfático que drena el área donde asienta la lesión. Realiza biopsia punch, se envían muestras para cultivo de hongos y anatomía patológica e inicia tratamiento con itraconazol durante 6 meses ante la sospecha de esporotricosis. El resultado de la biopsia y cultivo fue de *Sporothrix schenckii*.

Comentario

La esporotricosis es una infección causada por los hongos termodimórficos del género *Sporothrix*¹. Es conocida como “enfermedad del jardinero”, afecta especialmente a quienes se dedican al cultivo de rosas. La infección se produce por la inoculación del hongo a través de espinas, pinchazos, arañazos y otras pequeñas lesiones; puede no haber antecedentes de traumatismos. Ciertas actividades ocupacionales y de ocio, como la floricultura,

la horticultura, la jardinería, la pesca, la caza, la agricultura, la minería y otras, facilitan la exposición al hongo².

Las características clínicas de la esporotricosis se dividen en cutáneas y extracutáneas, siendo la primera la más frecuente. Afecta mayoritariamente las extremidades superiores (45-53 %); cara (14-21 %) y las extremidades inferiores (18-23 %). La presentación cutánea tiene tres variantes: fija, superficial y linfagítica cutánea. La presentación fija representa el 20-30 % de los casos. Se caracteriza por una lesión nodular indolora, infiltrada y a veces ulcerada o verrugosa, con un halo violáceo en el sitio de inoculación (chancro esporotricóide), a diferencia de la presentación superficial, en la que no hay lesiones satélites y en la presentación linfagítica cutánea se desarrollan nódulos, múltiples gomas a lo largo de los trayectos linfáticos afectados, que origina el patrón esporotricóide². El *gold estándar* para el diagnóstico es el aislamiento del hongo en un cultivo de secreción o de muestra de tejido de lesión¹. El tratamiento de elección es el itraconazol en la dosis diaria de 200-400 mg durante 3-6 meses³.

Ante la aparición de lesiones en la piel, es importante indagar acerca de factores de riesgo asociados, actividad laboral y si hubo exposición a sustancias químicas o traumatismos que puedan producir las lesiones, o ser medios para infección con algún microorganismo patógeno.

Se debe tener en cuenta que en nuestro medio es común que los adultos mayores dediquen parte de su tiempo a labores de jardinería o mantenimiento de huertos, lo que predispone para infecciones fúngicas de la piel. Por tanto, es de suma importancia descartar este tipo de infección a través de cultivo para hongos.

Este caso demuestra la importancia de la buena articulación entre atención primaria y los servicios hospitalarios de referencia.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Toriello C, Brunner-Mendoza C, Ruiz-Baca E, Duarte-Escalante E, Pérez-Mejía A, Del Rocío Reyes-Montes M. Sporotrichosis in Mexico. *Braz J Microbiol.* 2021;52(1):49-62. <http://dx.doi.org/10.1007/s42770-020-00387-x>
2. Arenas R, Sánchez-Cardenas CD, Ramirez-Hobak L, Ruíz Arriaga LF, Vega Memije ME. Sporotrichosis: From KOH to molecular biology. *J Fungi (Basel).* 2018;4(2):62. <http://dx.doi.org/10.3390/jof4020062>
3. Queiroz-Telles F, Buccheri R, Benard G. Sporotrichosis in immunocompromised hosts. *J Fungi (Basel).* 2019;5(1):8. <http://dx.doi.org/10.3390/jof5010008>