

ORIGINAL

Patrones dermatoscópicos en cromoblastomicosis, reporte de casos clínicos.

Raiza María Mujica Pérez¹.

¹Médico Dermatóloga- UCLA Venezuela, Máster en alergología- TECH University.

Resumen

Introducción: La cromoblastomicosis es una enfermedad ocasionada por hongos dematiáceos, puede generar fibrosis tisular y linfedema grave en algunos pacientes, es de distribución mundial y con focos endémicos en algunos países tropicales y subtropicales, el mayor número de reportes de casos se establecen en: Brasil, Costa Rica, México, Venezuela y Madagascar. En la actualidad existen escasos reportes de hallazgos dermatoscópicos de la entidad, realizados de forma aislada e individual. **Objetivo:** Descripción de patrones dermatoscópicos en una serie de pacientes con diagnóstico de cromoblastomicosis, establecer la clasificación clínica de la entidad en cada uno de los pacientes, método: Se trata de un estudio descriptivo transversal el periodo de recolección de pacientes se realizó entre julio-diciembre 2024, se realizó una convocatoria pública para despistaje de cromoblastomicosis, ingresaron al estudio ocho pacientes, quienes cumplían con criterios clínicos y microbiológicos. **Resultados:** El 100% presentó examen directo micológico KHO al 10% positivo evidenciándose la presencia de células fumagoides, en el 100% hubo un crecimiento positivo correspondiente a *Cladophialophora Carrionii*, se obtuvo cinco elementos dermatoscópicos comunes, los cuales pueden agruparse de la siguiente manera: presencia de puntillado negro hemorrágico, glóbulos rosados y naranjas, escamas blanco amarillentas, fondo eritematoso y pérdida de la estructura pilosa. La variedad clínica más frecuente fue la presentación en placas con un 62,5% (5 pacientes), un 12,5% la presentación verrugosa o vegetante, 12,5%, la cicatricial y 12,5% la presentación tumoral. Los patrones dermatoscópicos fueron similares a pesar de la diversidad de presentaciones clínicas. **Conclusión:** La introducción del diagnóstico por dermatoscopia amplía el conocimiento de la entidad, puede orientar al clínico para afianzar su diagnóstico, le permite información para el mejor sitio de la toma de muestra para la biopsia y un mejor seguimiento de la respuesta terapéutica.

Palabras claves: Cromoblastomicosis, patrones dermatoscópicos, *Cladophialophora carrionii*.

Dermatoscopic patterns in chromoblastomycosis, case series.

Summary

Introduction: Chromoblastomycosis is a disease caused by dematiaceous fungi. It can cause tissue fibrosis and severe lymphedema in some patients. It is distributed worldwide and has endemic foci in some tropical and subtropical countries. The largest number of case reports are established in Brazil, Costa Rica, Mexico, Venezuela and Madagascar. Currently, there are few reports of dermatoscopic findings of the entity, carried out in an isolated and individual manner. There are no preliminary studies published in case series. **Objective:** Description of dermatoscopic patterns in a series of patients diagnosed with chromoblastomycosis. **Method:** This is a descriptive cross-sectional study. The patient collection period was carried out between July and December 2024, and eight patients entered the study. Results: 100% had a positive direct mycological examination KHO at 10% showing the presence of fumagoid cells, in 100% there was a positive growth corresponding to *Cladophialophora Carrionii*, five common dermatoscopic elements were obtained, which can be grouped as follows: presence of hemorrhagic black stippling, pink and orange globules, yellowish white scales, erythematous background and loss of hair structure. The most frequent clinical variety was plaque presentation (62.5% (5 patients), 12.5% had a verrucous or vegetative presentation, 12.5% had a scarring presentation, and 12.5% had a tumor-like presentation. The dermoscopic patterns were similar despite the diversity of clinical presentations. **Conclusion:** The introduction of diagnosis by dermoscopy expands knowledge, provides guidance for the location of biopsy and allows better monitoring of therapeutic response.

Keywords: chromoblastomycosis, dermatoscopic patterns, *Cladophialophora carrionii*.

Información del artículo

Autor para correspondencia:

Raiza María Mujica Pérez

E-mail:

raizammujica@hotmail.com

Recibido:09/07/2025

Aceptado:19/11/2025

doi: <https://doi.org/10.70181/DV.2025.63.1.03>

Introducción

La cromoblastomycosis es una micosis subcutánea, de carácter crónico, causada por hongos dematiáceos, prevalente en áreas tropicales y sub-tropicales del mundo.

Fue descrita por primera vez en 1911 por Alejandro Pedroso en São Paulo, luego en 1914 Max Rudolph, en Minas de Gerais-Brasil, le da el nombre de "Figueira", que significa higuera, ya que era común encontrar las lesiones en agricultores quienes trabajaban frecuentemente con la higuera. En 1915 Lane y Medlar, en Boston, hicieron las primeras publicaciones de hallazgos en el estudio histológico de un paciente quien presentaba lesiones verrugosas en el pie y que trabajaba como estibador en barcos procedentes de Brasil. Medlar llamó a los elementos parasitarios "sclerotic cells" por su consistencia dura¹, es lo que hoy día se conoce como cuerpos escleróticos, cuerpos de Medlar, células fumagoides o células muriformes, todos sinónimos para referirse a la presencia de los cromomicetos, éste último término fue establecido por Dante Borelli².

Los hongos que causan cromoblastomycosis son demasiados, este término fue introducido por el micólogo argentino Pablo Negroni en 1934, para describir a un grupo de hongos caracterizado por la presencia de pigmentos oscuros en las paredes celulares, esa cantidad de melanina que poseen los hongos los ayuda a protegerse contra la radiación ultravioleta, los radicales libres y las altas temperaturas. Existen múltiples agentes etiológicos relacionados, para el año 2021 se habían descrito 41 especies de hongos causantes de cromoblastomycosis en humanos³, los más frecuentes son: *Cladophialophora Carrionii*, *Fonsecae pedrosoi*, *Rhinochadiella aquaspersa* y *Phialophora verrucosa*.

En 1959 Carrión y Silva clasifican ésta entidad en cinco variedades clínicas: nodular, en placas, tumoral, verrugosa y cicatricial con tendencia a la atrofia. Los tipos nodular, tumoral y verrugoso son más frecuentes que las lesiones cicatriciales y en placas, en los casos avanzados, se puede observar más de un tipo de lesión en el mismo paciente.

Epidemiológicamente es una entidad de repercusión mundial, existen diversos focos endémicos y muchos de los casos de cromoblastomycosis han sido reportados en Centroamérica. Los países con mayor notificación de casos los constituyen: Brasil, Costa Rica, República Dominicana, México, Venezuela y Madagascar. Constituye la segunda micosis subcutánea en Costa Rica, en México ocupa el tercer lugar entre las micosis profundas, representando el 6% de los casos, la incidencia más alta se encuentra en Madagascar, con alrededor de 0.8 a 1.4 casos por 100,000 habitantes y en Brasil donde se estima una incidencia de tres casos por 100,000 habitantes¹, afecta principalmente a hombres entre 30 y 60 años⁴. Existe un importante sub-registro de entidad, ya que no se considera una enfermedad de denuncia obligatoria, es de carácter crónico, regularmente ocurre en poblaciones rurales dispersas, la población más afectada pertenece a los estratos socioeconómicos bajos, lo que limite el acceso a las consultas especializadas, contar con métodos diagnósticos accesibles y de fácil transporte ayudará al manejo oportuno de ésta enfermedad endémica⁵.

La situación epidemiológica de las micosis en Venezuela, así como su casuística real es desconocida, ya que no son enfermedades de denuncia obligatoria en el sistema de salud, por lo que la información de los registros sanitarios es poca, lo que determina un importante subregistro de estas entidades, sin embargo, existen algunos reportes que son importantes a tener en cuenta, en el caso de la cromoblastomycosis es la micosis profunda localizada más frecuente en el país entre los años 1984 y 2010, fueron reportados 553 casos, una casuística de 26 años, aporte realizado por el grupo de trabajo de micología venezolano, el mayor número de casos fue establecido en Falcón con 401 Pacientes seguido de Lara con 60 pacientes y Zulia con 54 casos, estableciendo estas zona geográficas como áreas endémicas, la mayoría de los casos fueron hombres adultos mayores de 20 años, y la región corporal más afectada fueron los miembros superiores⁶.

Se describe en las áreas endémicas dos reservareas según el agente causal y el tipo de

vegetación, así la reservarea de *Cladophialophora carrionii* se ubica en regiones áridas y semiáridas de bosques xerófilos de espinar y la *Fonsecaea pedrosoi* en las regiones subhúmedas en diferentes ambientes fitogeográficos⁷.

Los casos reportados en el estado Lara se encuentran en su mayoría distribuidos en la población de Siquisique y El Loro ambas pertenecientes al municipio Urdaneta⁷, en nuestro estudio se describe la presencia de casos en el Municipio Torres, lo que refuerza la importancia de la vigilancia epidemiológica en zonas rurales, con actividad agropecuaria y vegetación espinosa.

Rojas O, en su trabajo titulado fenotipificación y genotipificación de aislamientos clínicos de un área endémica de cromoblastomicosis en Venezuela y su correlación clínico epidemiológica, reporta la presencia de 35 pacientes, de los cuales el 91.4% de ellos pertenecía al Estado Lara, el 2.8%, pertenece al estado Guárico y el otro 2.8%, pertenece al Estado Falcón y Yaracuy, respectivamente, estos hallazgos ratifican la presencia de cromoblastomicosis en la región centroccidental del país⁸.

La cromoblastomicosis fue declarada en el año 2021 por la OMS como una enfermedad desatendida, debido a varias razones entre las que destacan: el impacto a la salud pública, ya que la enfermedad puede ocasionar fibrosis tisular y linfedema grave, lo que genera estigma y discapacidad. La cromoblastomicosis no recibe tanta atención ni recursos para la investigación como otras enfermedades más conocidas, lo que limita el desarrollo de nuevos métodos diagnósticos, tratamientos y estrategias de prevención, es una enfermedad que puede limitar la capacidad laboral agravando la pobreza y perpetúa el ciclo de la enfermedad y desatención. Por éstas razones ha sido incluida en la hoja de ruta para las enfermedades tropicales desatendidas 2021- 2030, con el objetivo de aumentar la vigilancia y la visibilidad de la enfermedad.

Con respecto al uso de la técnica dermatoscópica, a lo largo de los años los dermatólogos intentaron reiteradamente agrandar

las lesiones cutáneas mediante lentes de aumento, pero llegaron éstos a un límite, nace así la idea de la dermatoscopia también conocida como microscopía de epiluminiscencia o microscopía de superficie⁹.

Fue en el año 1920 que Saphier acuña el término dermatoscopia para el sistema que usaba en el estudio de los capilares cutáneos, el término entodermatoscopia fue usado por primera vez por Scanni y Bonifazi, y en la actualidad se encuentra ampliamente aceptada para la descripción dermatoscópica de las enfermedades infecciosas y ectoparasitosis cutáneas, en el año 2007 comienzan a publicarse los primeros escritos sobre algunas micosis evaluadas mediante dermatoscopia, entre las patologías destacan la evaluación de la piedra blanca por Uranga, la tiña del cuero cabelludo por Seebacher y colaboradores¹⁰.

Las primeras publicaciones relacionadas con cromoblastomicosis y sus hallazgos dermatoscópicos datan del año 2016, el estudio fue realizado en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas de Tlalpan-México¹¹, entre los años 2016 y 2025 lograron encontrarse ocho reportes dermatoscópicos en pacientes con diagnóstico de cromoblastomicosis, estos hallazgos fueron reportados de forma individual por diversos investigadores de países como: México, India, Chile, Indonesia y Venezuela^{5,11-17}.

Sólo se encontraron casos aislados reportados en pacientes de forma individual, no hay estudios preliminares publicados de series de casos, ni protocolos estandarizados en la descripción de los patrones dermatoscópicos para la enfermedad.

Pidal en su trabajo titulado: "El rol de la dermatoscopia en Cromoblastomicosis" señala que con ésta técnica se amplía el conocimiento, orienta para el sitio de la toma de biopsia ya que la presencia de los puntos negros coincide con la presencia de los cuerpos muriformes en la histología¹⁵.

A lo largo del tratamiento existen indicadores dermatoscópicos de mejoría como reducción de fondo eritematoso, lo que se traduce en menos vascularización activa, desaparición progresiva de

estructuras blanquecinas, disminución de los puntos hemorrágicos y aparición de áreas cicatrízales organizadas, lo que indica resolución.

Dicha técnica en una herramienta diagnóstica no invasiva y en tiempo real¹², siendo un complemento rápido en el apoyo para el diagnóstico dermatológico, es aplicable a diversos trastornos infecciosos y no infecciosos y puede ser una excelente modalidad para la evaluación de las micosis cutáneas⁵.

La dermatoscopia ha emergido como una herramienta complementaria útil en el abordaje de diversas dermatosis infecciosas, permitiendo una visualización más detallada de estructuras cutáneas que pueden orientar al diagnóstico clínico, su uso en cromoblastomycosis permite la identificación de hallazgos específicos tales como costras, puntillado hemorrágico, ausencia de vello, que no siempre son evidentes a simple vista, nos ayuda a diferenciarlas de otras dermatosis verrugosas, es una técnica no invasiva, rápida e indolora, permite el monitoreo de la evolución y respuesta del tratamiento, también proporciona la documentación visual de las lesiones permitiendo imágenes que pueden ser comparables a lo largo del tiempo. Aunque la dermatoscopia aporta información valiosa, el estudio microbiológico sigue siendo el pilar diagnóstico por su capacidad de aislar, identificar y caracterizar el agente causal, es una técnica que no reemplaza el cultivo micológico para el diagnóstico microbiológico adecuado, pero puede ayudar al clínico a identificar más fácilmente la entidad ya que posee características dermatoscópicas específicas.

Materiales y métodos

Se realizó un estudio descriptivo observacional de cohorte transversal, con periodo de reclutamiento de los pacientes desde julio de 2024 hasta diciembre 2024, se realizó una convocatoria pública para despistaje gratuito de cromoblastomycosis, donde se incluía evaluación médica, examen directo con KOH al 10%, estudio dermatoscópico y toma de muestra para cultivo micológico, la recolección de los pacientes se realizó en un centro de salud privado en la ciudad de Carora, Municipio Torres del Estado Lara, se

incluyeron aquellos pacientes quienes cumplieran criterios clínicos y microbiológicos de cromoblastomycosis.

El tamaño de la muestra estuvo determinado por los pacientes quienes acudieran de forma voluntaria a participar en el estudio, acudieron 57 pacientes, de los cuales 10 cumplían con criterios clínicos y dermatoscópicos para cromoblastomycosis y se incluyeron sólo 8 en el estudio, se excluyeron dos pacientes: uno por no acudir a la toma de muestra para el examen micológico y el segundo porque a pesar de que su examen directo con KOH al 10% resultó positivo, en su cultivo micológico no hubo crecimiento de hongos patógenos.

Criterios de inclusión

Todos aquellos pacientes quienes cumplieran criterios clínicos y microbiológicos positivos para cromoblastomycosis, examen micológico directo con KOH al 10% positivo y crecimiento de hongos patógenos en su cultivo micológico.

Criterios de exclusión

Se excluyeron aquellos pacientes quienes no cumplían criterios clínicos para la entidad en estudio, aquellos a quienes no se les logró tomar la muestra para el examen directo y cultivo micológico, así como aquellos pacientes quienes su cultivo reportó ausencia de crecimiento de hongos patógenos.

Aspectos éticos

La investigación se llevó a cabo respetando los principios éticos de la declaración de Helsinki, manteniendo la integridad, la transparencia y el respeto a la dignidad humana y a la privacidad de todos los pacientes, se obtuvo el consentimiento informado para el uso de las imágenes clínicas. A cada uno de los pacientes se procede a tomar los datos clínicos según formato establecido, toma de foto clínica, estudio y fotografía con dermatoscopia digital epiluminiscente 10X optiviu modelo TK-U602B, examen directo con KOH al 10% y toma de muestra para estudio micológico.

Resultados

En el 100% (8) pacientes se obtuvieron hallazgos dermatoscópicos tales como: presencia de puntillado negro hemorrágico, glóbulos rosados y naranjas, escamas blanco-amarillentas, fondo eritematoso y ausencia de unidad pilosa.

En el 100% (8) de la muestra se encontraron hallazgos dermatoscópicos comunes independientemente del tipo de lesión clínica: placa, cicatricial, verrugosa o vegetante y tumoral.

El 100%(8) presentó patrones dermatoscópicos comunes independientemente de la localización anatómica de la lesión: pabellón auricular, miembro inferior, miembro superior, así como independientemente de su tamaño menos de 5 cm, entre 5-10 centímetros, mayor a 10 cm (Figura 1).

Los hallazgos dermatoscópicos son mucho más homogéneos que las presentaciones clínicas y pueden estandarizarse en cinco elementos: 1) Presencia de punto negro hemorrágico, 2) Glóbulos rosados y naranjas, 3) Escamas

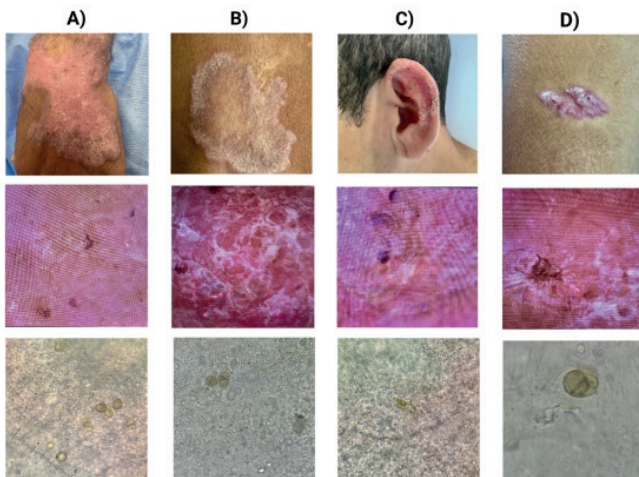


Figura 1. Fotografías clínicas de los pacientes con cromoblastomicosis en placas, fotografías dermatoscópicas y de los exámenes directos micológicos donde se evidencia la presencia de células fumagoides. A) Lesión en dorso de mano izquierda, B) Lesión en antebrazo izquierdo, C) Lesión en pabellón auricular izquierdo, D) Cromoblastomicosis en placa, cara posterior brazo derecho.

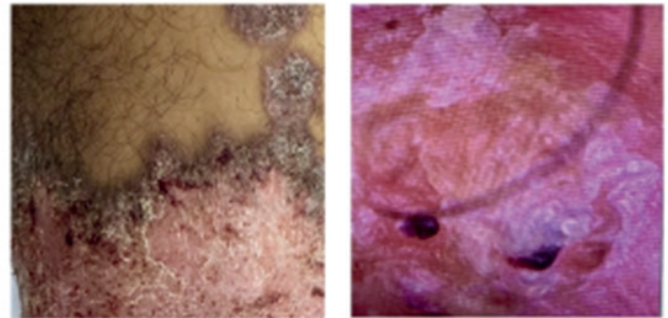


Figura 2. Zona de transición entre piel normal con presencia de abundantes vellos corporales y la zona afectada desprovista de unidades pilosas, en la dermatoscopia se evidencia la ausencia de unidades pilosas en la zona afectada y se introduce un vello en el campo visual proveniente del área normal que fue tomada en la zona de transición.

La edad media de los pacientes fue de 58 años, el 75% (6 pacientes) correspondientes al género masculino y el 25% (2 pacientes) al género femenino, las localizaciones anatómicas de las lesiones correspondieron al 75% (6) en miembros superiores, un 12.5%(1) en miembro inferior y 12.5% (1) en pabellón auricular (tabla 1).

Tabla 1. Distribución de los casos según género y localización de las lesiones

<i>Distribución según sexo</i>	N°	%
<i>Femenino</i>	2	25,00
<i>Masculino</i>	6	75,00
Total	8	100
<i>Distribución según localización anatómica de las lesiones</i>	N°	%
<i>Miembros superiores</i>	6	75,00
<i>Miembros inferiores</i>	1	12,50
<i>Pabellón auricular</i>	1	12,50
Total	8	100

El 100%(8) de los participantes provienen de zonas rurales del municipio Torres, Estado Lara-Venezuela, agrupados de la siguiente manera: 50% (4) perteneciente a la parroquia Montes De Oca, 25%(2) parroquia Camacaro, 12.5%(1) parroquia las Mercedes y 12.5%(1) parroquia Chiquinquirá.

Según su ocupación el 50%(4) dedicados a la cría de ganado caprino, 25% (2) a la agricultura y un 25%(2) correspondieron a oficios del hogar. (Tabla 2)

Tabla 2. Distribución de los casos según lugar de procedencia y ocupación

<i>Parroquias</i>	N°	%
Montes de Oca	4	50
Camacaro	2	25
Las Mercedes	1	12,5
Chiquinquirá	1	12,5
Total	8	100

<i>Ocupación</i>	N°	%
Cría de ganado caprino	4	50
Agricultura	2	25
Del hogar	2	25
Total	8	100

La variedad clínica predominante fue la presentación en placas con 62,5% (5 pacientes), 12,5%(1) la presentación verrugosa o vegetante, 12,5%(1) la cicatricial y 12,5%(1) la presentación tumoral. (Figuras 3 y 4).

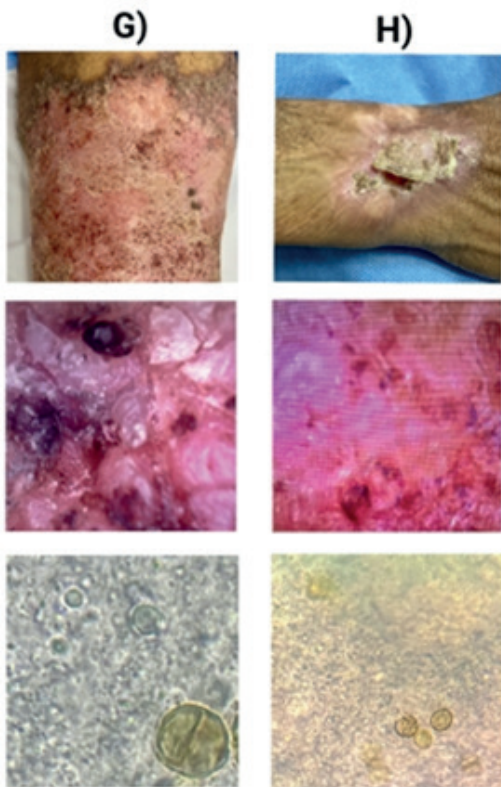


Figura 3. Fotografías clínicas, examen dermatoscópico y fotografía de células fumagoides evidenciadas en el examen directo KOH al 10%. G) Miembro inferior derecho, variedad en placa, H) Cara dorsal de muñeca derecha, variedad cicatricial. Puede evidenciarse en la fotografía dermatoscópica la presencia de cinco características tales como: puntillado negro, glóbulos rosas y naranjas, escamas blanco amarillentas, fondo eritematoso, pérdida de la unidad pilosa; hallazgos comunes para ambos pacientes a pesar de ser dos variedades clínicas diferentes.

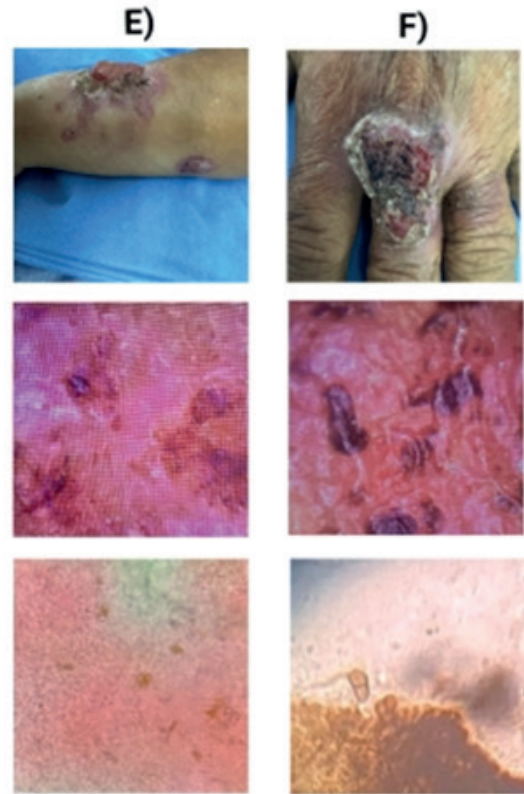


Figura 4. Fotografía clínica, examen dermatoscópico y fotografía de las células fumagoides evidenciadas en el examen directo con KOH al 10%. E) Cara dorsal de brazo izquierdo, variedad tumoral, se evidencia la presencia de lesiones satelitales, F) Dorso de mano izquierda, variedad verrugosa. En la dermatoscopia destacan la presencia de elementos comunes en variedades clínicas diferentes en dos pacientes con Cromoblastomicosis.

En cuanto a las dimensiones de las lesiones, en la muestra examinada se obtuvo que 25%(2) presentaban menos de 5 centímetros (cm), 37,5%(3) entre 5 y 10 cm y el 37,5%(3) con dimensiones mayores a 10 cm.

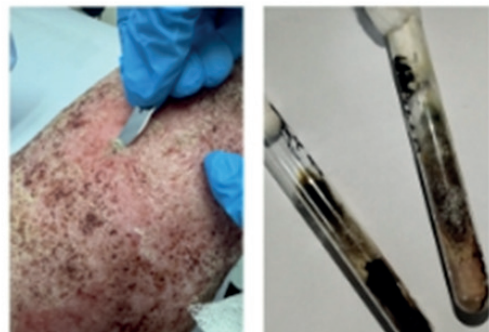


Figura 5. Toma de muestra para el examen directo. Cultivo en agar Sabouraud y agar casero donde se evidencia en crecimiento de colonias de hongos negros aterciopelados de lento crecimiento.

Discusión

En éste estudio se describen casos de cromoblastomicosis ubicados en el Municipio Torres del Estado Lara, los casos reportados hasta la fecha, para la entidad en la región noroccidental de país, corresponden a las zonas montañosas y depresiones de Barquisimeto, El Loro ubicado en el Municipio Urdaneta, también han sido descritos en la cuenca del lago de Maracaibo y diversas localidades del Estado Falcón¹⁸⁻²⁰.

La caracterización de los patrones dermatoscópicos pueden agruparse en cinco puntos comunes: presencia de puntillado negro hemorrágico, glóbulos rosados y naranjas, escamas blancas amarillentas, fondo eritematoso y pérdida de la unidad pilosa. Estos hallazgos son similares a los descritos por diversos autores donde señalan la presencia de puntillado de diversos tonos: marrones, negros rojizos, puntos rojos, puntos negros hemorrágicos dispersos^{5,11-17}.

Las escamas blanco-amarillenta, los glóbulos rosados y naranjas, el fondo eritematoso también es común en otros hallazgos dermatoscópicos donde emplean descripciones que pueden considerarse como sinónimos, entre éstas destacan la descripción de áreas blancas y rosadas, fondo rosa rojizo, estructuras ovoideas, amarillo anaranjadas, patrón blanco en forma de red, áreas prominentes de color rosa, áreas rosadas y blancas^{5,11-17}.

La ausencia de la unidad pilosa no había sido reseñada en descripciones dermatoscópica anteriores, sin embargo en la patogenia de la enfermedad es bien conocido que la inflamación crónica y la formación de nódulos y placas verrugosas puede dañar los folículos pilosos lo que resulta en la pérdida del vello en las áreas afectadas²¹, en la dermis, la presencia de las células muriformes ocasionan microabsceso y una reacción granulomatosa donde pueden evidenciarse células gigantes multinucleadas, un proceso inflamatorio crónico, lo que ocasiona un daño en la pared celular, las células de la unidad pilosa no escapan a este daño inflamatorio con la consecuente pérdida de sus estructuras.

Los patrones dermatoscópicos son similares independientemente de la variedad clínica, del tamaño de la lesión y de la localización anatómica, esto puede establecerse según las observaciones de éste estudio y en la publicación de autores anteriores¹¹⁻¹⁸.

Se pudo obtener información dermatoscópica en un paciente con cromoblastomicosis en pabellón auricular, en publicaciones anteriores no habían sido reseñadas ya que ésta localización anatómica es de presentación atípica y de poca prevalencia.

En lo relacionado a hallazgos demográficos y socioeconómicos tales como edad, género y ocupación de la muestra, se pudo determinar que la mayoría de los afectados corresponde al género masculino en proporción de 3:1, la edad media de los afectados es de 58 años y la mayoría de ellos se dedican a labores propias del medio rural: crianza de ganado caprino y agricultura (75%). Éstos hallazgos son similares a los reportados por Queiroz¹, quien señala que la enfermedad es más frecuente en hombres que en mujeres en proporción de 12:1, Minotto acota en su estudio realizado en Río Grande de Sul que el 78% corresponde a hombres y 22% de los afectadas a mujeres²². Barroeta reporta que la enfermedad afecta casi exclusivamente a trabajadores del campo, un buen número de criadores caprinos, la edad de los pacientes estuvo entre 14 y 75 años con edad promedio de 34 años, con un franco predominio de la quinta década de vida²⁰.

El agente causal aislado en la muestra corresponde a *Cladophialophora carrionii* en el 100% de los casos, éste hallazgo es similar al reportado por Zeppenfeldt y col quienes informan que la *Cladophialophora Carrionii* es el agente etiológico más frecuente causante de cromoblastomicosis en Venezuela²³, así también Yegres reseña a *Cladophialophora Carrionii* como el agente causal más frecuente en nuestro país²⁴.

En lo concerniente a localización anatómica Zuño en Brasil, reporta un alto porcentaje hasta 85% en miembros inferiores y sólo un 13% en superiores siendo lo contrario en Venezuela²¹, lo que coincide con nuestro estudio ya que la muestra presenta las lesiones con mayor

frecuencia en miembros superiores constituyendo un 75% y en miembros inferiores un 12,5% y 12.5% en pabellón auricular, considerando esta última localización anatómica como presentación atípica de la entidad, en épocas pasadas las lesiones de cromoblastomicosis eran reportadas con mayor frecuencia en miembros inferiores, sin embargo en la actualidad, con la instauración y uso habitual de calzado y ropa protectora, es más frecuente encontrarla en miembros superiores, así lo señalan Yegres y col²⁴.

Conclusiones

La dermatoscopia se ubica como un eslabón de comunicación entre el diagnóstico clínico e histológico, su uso en las micosis cutáneas, al igual en las lesiones melanocíticas está destinado alcanzar la mayor seguridad diagnóstica, hay que perfeccionar el eje clínico, dermatoscópica e histológico, lo que permitirá a su vez perfeccionar el diagnóstico dermatológico.

Es necesario sistematizar ésta técnica diagnóstica y profundizar en sus hallazgos, para así estandarizar su uso y establecerlo como apoyo paraclínico de la entidad, darle mayor visibilidad e importancia al recurso e incrementar la cantidad de investigaciones al respecto.

Existen muy pocas publicaciones por lo que es necesario seguir avanzando en los aportes dermatoscópicos de la enfermedad y estandarizar su descripción, tomando en cuenta que la cromoblastomicosis se produce con más frecuencia en medios rurales dispersos y poblaciones de bajos recursos, contar con un recurso diagnóstico económico, en tiempo real, de fácil transporte que ayude al diagnóstico y seguimiento de la entidad sería un excelente aporte para ésta enfermedad cutánea desatendida.

Referencias

1. Queiroz T. Chromoblastomycosis: a neglected tropical disease. *Rev Inst Med Trop S Paulo*. 2015; 57(2) 46-50. Doi:10.1590/50036-466520.150000700009.
2. Yegres F, De Yegres N, Pérez M. La endemia de cromomycosis en Venezuela. *Vitae Acad Biom Dig*. 2005;(24)101. Doi:10.70024/ISSN 1317-987X.

3. Domingues L, Novais I, Belda W. Revisión de los agentes etiológicos, relación microbio-huésped, respuesta inmune, diagnóstico y tratamiento en Cromoblastomicosis. *J Inmunol Res*. 2021;23-26. Doi:10.97428332.
4. Badillo Y, Madrigal k, Lara P. Cromoblastomicosis: características clínicas y microbiológicas. *Gest cienc y segur soc*. 2023;2(1).
5. Mujica R. Dermatoscopia en cromoblastomicosis. *Bol M ed Postgrado*. 2025;41(1). DOI:10.5281/zenodo.14600061. ISSN: 2791-3848.
6. Martínez D, Hernández R, Alvarado P, Mendoza M. Las micosis en Venezuela: casuística de los grupos de trabajo de micología (1984-2010). *Rev Iberoam Micol*. 2013;30(1):39-46. DOI:10.1016/j.riam.2012.10.001.
7. Pérez M. Cromoblastomicosis en Venezuela, a 100 años de su descubrimiento. *Dermatol Venez*. 2016;54(1):45-52.
8. Rojas O. Fenotipificación y genotipificación de aislamientos clínicos de un área endémica de cromoblastomicosis en Venezuela y correlación clínico epidemiológica [tesis doctoral]. Monterrey (MX): Universidad autónoma de Nuevo León; 2011. Disponible en: <http://eprints.uanl.mx/2774/>.
9. Salerni G, Cabo H. Historia de la dermatoscopia, un viaje en el tiempo. *Dermatol Argent*. 2024;30(1):84-88. Doi:10.47.196/da.v30i2.2581.
10. Uranga E, Briones M, Uranga M. Historia y utilidad diagnóstica de la dermatoscopia en dermatología [Internet]. *Research Gate*; 2015. Disponible en: <https://www.researchgate.net/publication/23872828320>.
11. Argüello G, Gatica M, Domínguez C. Cromomycosis. *BMJ Case Rep*. 2016;bcr2016215391. Doi:10.1136.
12. Subhadarshani S, Yadav D. Dermoscopy of chromoblastomycosis. *Dermatol Pract Concept*. 2017;7(4):23-24. Doi:10.5826/dpc.0704a06.
13. Jayasree P, Malakar S, Raja H, Gupinatan N. Dermoscopic features in nodular chromoblastomycosis. *Int J Dermatol*. 2019;58(Suppl1): e107-e109. Doi:10.1111/ijd.14344.
14. Chauhan P, Jindal R, Shirazi N. Dermoscopy of chromoblastomycosis. *Indian Dermatol online J*. 2019;10(6):750-760. Doi:10.25259/DJ2019-150.
15. Widaly S, Eardani A, Sutanto N, Hilma R, Rihatmadja R, Miranda E. The role of Dermatoscopia in chromoblastomycosis, a rare case report, *Rev Eur Med Mol Clin*. 2021;8(4):2040. Galei A698308326.
16. Jahr C, Peruilh L, Jiménez M, Babadilla F, Lara S. Cromoblastomicosis, primer caso autóctono tratado en Chile. *Rev Chil Infectol*. 2022;39(3):349-353. Doi:10.4067/S0716-10182022000200349.

17. Andazora E, Galindez N, Vivas S. Cromoblastomicosis: Secuelas de una enfermedad recrudesciente. *Dermatol Rev Méx.* 2024;68(5):713-717. Doi: 10.24245/drm/bmj.V68i5.10059.
18. Alió A, Castro S, Mendoza M, López J, Pérez R, García L, et al. Cromomicosis: uso del tratamiento combinado de Itraconazol y 5-fluoruracilo en *Fonsecae pedrosoi* e Itraconazol y criospray en *Exophiala Jeanselmei* var. Lecanni-corni. *Dermatol Venez.* 2001;39(1):11-15.
19. Yegres F, Richard N. *Cladophialophora carrionii*, hongo causante de la endemia de cromomicosis en criaderos de caprinos en la zona semi-árida noroccidental de Venezuela. *Rev salud Online.* 2007;11(1):73-76.
20. Barroeta S, Mejía M, Franco A, Prado A, Zamora R. Cromomicosis en el estado Lara. *Dermatol Venez.* 1988;24(2):134-137.
21. Zuño A. Cromomicosis: clínica y tratamiento; situación epidemiológica en Latinoamérica. *Rev Peru Med Exp Salud Pública.* 2004;21(3). Doi:10.1590/S1726-453420040000300008.
22. Minotto R, Bernardi C, Malimann L, Edlweis M, Scrofernerker M. Chromoblastomycosis a review of 100 cases in the state of Rio Grande do Sol, Brasil, *J Am Acad Dermatol.* 2001;44(4):585-592. Doi: 10.1067/mjd.2001.113717.
23. Zeppenfeldt G. *Cladosporium Carrionii* células escleróticas en tejido de *Cercus Sp.* *Bol Inf Micosis Venez.* 1992;7(23):30.
24. Yegres F, Yegres N. *Cladophialophora carrionii*: aportes al conocimiento de la endemia en Venezuela durante el siglo XX. *Rev Soc Ven Microbiol.* 2002;22(2). Doi: 10.1590/S1315-25562002000200012.