

Cromomicosis: Presentación de un caso atípico.

Loreto Tejos Avello, Elsy Cavallera, Oscar Reyes Jaimes*.

Instituto de Biomedicina. Universidad Central de Venezuela. Caracas-Venezuela.
(*) Autor de Correspondencia.

Resumen

La cromomicosis es una infección micótica crónica de la piel y tejidos subcutáneos causada por una variedad de hongos pigmentados (dematiaceos), caracterizada por nódulos y placas verrugosas de larga evolución. Es una patología de zonas tropicales y subtropicales. Se presenta un paciente masculino de 56 años de edad dedicado a actividades agropecuarias en la juventud, con lesiones nodulares formando placas de borde infiltrado, circinado y descamativo en la pierna izquierda, de 20 años de evolución. Inicialmente se plantea por las características clínicas un granuloma tricofítico de Majocchi. Se realizaron en varias ocasiones exámenes micológicos directos que resultaron negativos, motivo por el cual se le realiza biopsia de piel y cultivo micológico que reportó cromomicosis por *Fonsecaea pedrosoi*. Recibió tratamiento con itraconazol 100mg diarios por 6 meses con excelente evolución clínica. Se presenta el caso por su presentación clínica atípica.

Palabras clave: cromomicosis, hongos, nódulos.

Chromomycosis: Presentation of a atypical case.

Abstract

Chromomycosis is a chronic and subcutaneous mycotic infection of long evolution characterized by nodules and verrucous plaques produced by a variety of pigmented fungi (dematiacea). It is a pathology of tropical and subtropical zones. Here, we present a case of a 56 year old man dedicated to agricultural and farm activities during his youth who presented squamous nodular lesions that formed plaques with circinated infiltrated borders on his left leg, with 20 years of evolution. Initially, due to the clinical characteristics, a trichophytic Majocchi granuloma was considered. Direct mycological examinations were performed several times with negative results, for that reason the patient was submitted to a skin biopsy and mycological culture, with a report of chromomycosis by *Fonsecaea pedrosoi*. He was treated with itraconazol 100mg/day during 6 months with excellent clinical evolution. We present this case because of its unusual clinical characteristics.

Key words: chromomycosis, fungi, nodules.

Introducción

La cromomicosis es una enfermedad granulomatosa crónica indolora, cutánea o subcutánea que se localiza frecuentemente en la zona distal de las extremidades, aunque puede encontrarse en cualquier área del cuerpo. Se presenta clínicamente como nódulos y placas aisladas o agrupadas, de superficie irregular, verrugosas o escamocostrosas. Son generalmente lesiones excrecentes que a veces toman forma de coliflor y pueden crecer por extensión total de las lesiones o por crecimiento excéntrico, dejando cicatrices atróficas.

El primer caso fue observado por Pedroso en 1911 y Gómez en 1920 quien la denominó dermatitis verrugosa. La forma cutánea de cromomicosis es causada con más fre-

cuencia por uno de los cuatro tipos de hongos: *Phialophora verrucosum*, *Cladospodium carrionii*, *Fonsecaea pedrosoi* y *Fonsecaea compacta*. Es una patología de zonas tropicales y subtropicales^{1,6}.

Caso clínico

Se presenta el caso de un hombre de 56 años, natural de Colombia y procedente de la localidad quien realizó actividades agropecuarias durante su juventud, sin antecedentes patológicos relevantes, el cual presentaba lesiones nodulares en la cara anterior de la pierna izquierda de 20 años de evolución, que tuvieron un crecimiento rápido asintomático en el último año, motivo por el cual consulta. Al examen físico, se trata de un paciente fototipo V, con lesiones nodulares

que forman placas de borde infiltrado, circinado y descamativo, localizadas en la cara anterior de la pierna izquierda, con zonas de piel indemne. Resto del examen físico sin alteraciones (Figuras 1 y 2). Por las características clínicas se plantea como diagnóstico inicial granuloma tricoftico de Majocchi, se realizan exámenes complementarios (hematología completa, química sanguínea, VRDL, HIV) los cuales se encontraron dentro límites normales. Exámenes directos micológicos fueron realizados en varias oportunidades resultando negativos. La histopatología reportó hiperplasia epitelial con granuloma macrofágico bien diferenciado, con presencia de células gigantes tipo Langhans, linfocitos y formaciones redondeadas marrón cobrizo (cuerpos de crono) compatibles con cromoblastomicosis (Figura 3). Al realizar cultivo micológico se aísla la especie *Fonsecaea pedrosoi* (Figura 4). Otros estudios de extensión que incluyeron, radiografía del miembro inferior izquierdo y perfil hepático se encontraron dentro de límites normales.

Se inició el tratamiento con itraconazol:200mg diarios por 6 meses; finalizando el tercer mes se visualiza disminución considerable de los nódulos y del grado de infiltración. Al

sexto mes de tratamiento se aprecia resolución total de las lesiones y sólo persiste pigmentación de aspecto residual de 3 cm de diámetro en cara anterior de la pierna (Figura 5).

Fig.3. Histología.

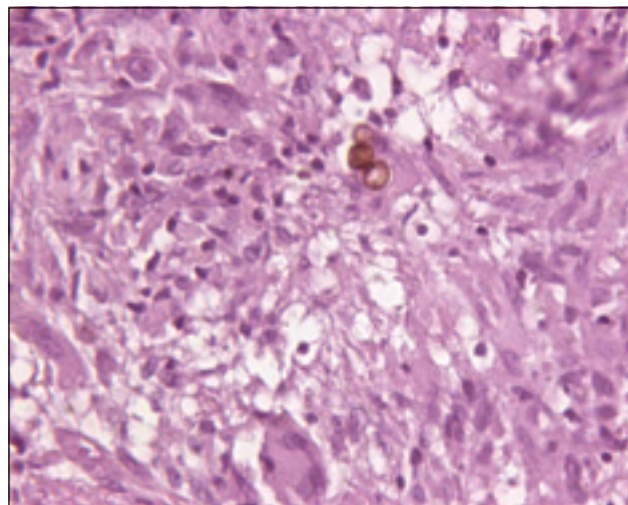


Fig.4. Extendido del cultivo micológico.

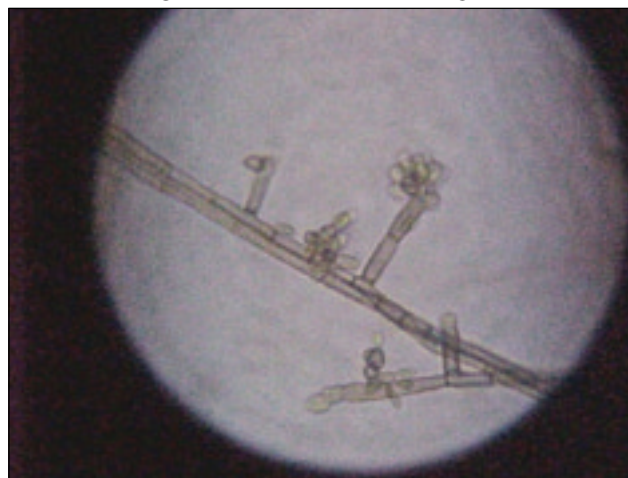


Fig.5. Lesión de la pierna postratamiento.

Figs. 1 y 2. Lesión inicial en pierna izquierda.



Discusión

La cromoblastomicosis es una micosis profunda de evolución crónica producida por hongos dematiáceos. El primer caso reportado en Venezuela fue realizado por José O'Daly en 1938. Los agentes más frecuentes en Venezuela son *Cladophialophora carrionii* y *Fonsecaea pedrosoi*, el primero predomina en zonas xerófilas y el segundo en zonas de pie de monte, los estados con estas características climáticas son Lara, Falcón y Zulia^{1,2}. El grupo etario principalmente afectado se encuentra en el rango de 41 a 70 años de edad y son principalmente hombres dedicados a actividades agrícolas³.

En sus inicios se presenta como una pápula, pústula o nódulo que evoluciona lentamente a placa verrugosa de superficie irregular con hemorragias superficiales, cubierta de escamo costras; los bordes de la lesión son activos, con tendencia a la cicatrización y dejan zonas atróficas acrómicas o hipocrómicas. El prurito y la intensa sensibilidad son hallazgos característicos⁴. Las lesiones se asocian a antecedentes de traumatismo y las localizaciones características son los miembros inferiores y superiores. La literatura refiere localizaciones atípicas en vulva, pene, nariz, cavidad pleural y región ileocecal, la diseminación es rara⁵.

El diagnóstico de la cromomicosis se realiza mediante examen directo micológico, histopatología y cultivo el cual es fundamental para la elección del tratamiento, además de considerarse la extensión y el agente etiológico. Se debe descartar carcinoma epidermoide y micetomas eumicetos en lesiones sospechosas de cromomicosis, las cuales pueden concurrir en algunos pacientes. La histología revela epidermis hiperquetatótica y acantótica que puede mostrar áreas de hiperplasia pseudocarcinomatosa, en dermis el granuloma está formado por células epitelioides, células gigantes, plasmocitos, linfocitos y polimorfonucleares que forman microabscesos intradérmicos e intraepidérmicos.

En lesiones recientes pueden observarse edema y proliferación vascular mientras que en las avanzadas se observa fibrosis de intensidad variable de acuerdo al tiempo de evolución. Las esporas son estructuras marrones redondeadas u ovales rodeadas por una membrana gruesa, localizadas en las escamocostras, en células gigantes y en los nódulos epitelioides⁶. El promedio de tiempo entre el inicio de las manifestaciones y el diagnóstico clínico puede llegar a 14 años, debido a que no compromete el estado general de los pacientes⁷.

Las modalidades terapéuticas actuales incluyen escisión quirúrgica en lesiones pequeñas, criocirugía y antifúngicos como itraconazol o la combinación de las mismas son consideradas seguras y con escasos efectos adversos. La dosis de itraconazol reportada en la literatura oscila entre 200-400 mg diarios administrados en intervalos que oscilan entre 6 a 30 meses, con mejoría después de los 3 meses de la administración. Las mejores respuestas se reportan cuando el agente etiológico es *Cladophialophora carrionii*, no así para *Fonsecaea pedrosoi*. La combinación de itraconazol y criocirugía en lesiones

pequeñas es satisfactoria, por lo cual en las áreas de flexión los antifúngicos son la elección y las lesiones residuales deben o pueden ser tratadas con criocirugía^{8,9}.

Es de hacer notar que nuestro paciente impresionaba clínicamente como un granuloma tricofítico de Majocchi, entidad descrita en 1883 por Domenico Majocchi como una perifoliculitis causada por dermatofitos, entre los cuales figuran *Trichophyton rubrum violaceum*. Se caracteriza por lesiones únicas o múltiples pápulo-pustulosas, nódulos o placas descamativas en miembros inferiores. Tiene dos formas de presentación clínica: la folicular observada posterior a traumas en mujeres jóvenes que afeitan frecuentemente las piernas y la nodular que afecta a personas inmunocomprometidas (transplantados), formando nódulos subcutáneos, no dolorosos, sin secreción. Otros sitios corporales afectados son la zona de la barba, cuero cabelludo y manos. La histología de esta entidad clínica se caracteriza por foliculitis granulomatosa, supurativa profunda con invasión de hifas en el estrato córneo¹⁰⁻¹². Debido a la similitud clínica que presentaba nuestro paciente se realizó el planteamiento diagnóstico, razón por la cual se practicaron estudios micológicos en varias oportunidades que resultaron negativos, debido a esto, se tomó biopsia y se practicó el cultivo micológico que permitió llegar a la conclusión diagnóstica de cromomicosis por *Fonsecaea pedrosoi*.

Se expone el caso por lo interesante de esta presentación clínica atípica de cromomicosis, simulando un granuloma tricofítico de Majocchi.

Referencias

- McGinnis MR. Chromomycosis and phaeohyphomycosis: New concepts, diagnosis, and mycology. *J Am Acad Dermatol* 1983;8:1-16.
- Yegres R, Yegres F. *Cladophialophora carrionii* en vegetación xerófila: aislamiento de zona endémica para la cromomicosis en Venezuela. *Derm Venz* 1987;25:15-18.
- Silva JP, de Sousa W, Rozental S. Chromoblastomycosis: a retrospective study of 325 cases on Amazonian Region (Brazil). *Mycopathologia* 1998-99;143:171-5.
- Yegres R, Yegres F, Zeppenfeldt FG. Cromicosis endemia rural laboral y familiar. *Revista Iberoamericana de Micología* 1992;9:38-41.
- Sharma NY, Sharma RC, Grover PS, Gupta MID, Sharma AK, Mahajan VK. C. Chromoblastomycosis in India. *Int J Dermatol* 1995;34:804-07.
- Reyes Flores Oscar. Enfermedades granulomatosas de la piel, su histopatología. Editorial Disilimed Caracas 1989:59-60.
- Minotto R, Bernardi CD, Mallmann Lf, Edelweiss Mi, Scroferneker ML. Chromoblastomycosis: a review of 100 cases of Rio Grande do Sul, Brazil. *J Am Acad Dermatol* 2001;44:585-92.
- Kullavanijaya P, Rojanavanich V. Successful treatment of chromoblastomycosis due *Fonsecaea pedrosoi* by the combination of itraconazole and cryotherapy. *Int J Dermatol* 1995;34:804-07.
- Bonifaz A, Martinez-Soto E, Carrasco-Gerard E, Peniche J. Treatment of chromoblastomycosis with itraconazole, cryosurgery, and a combination of both. *Int J Dermatol* 1997;36:542-47.
- Janniger CK. Majocchi's granuloma. *Cutis* 1992;50:267-68.
- Nolthing C, et al. Tinea follicularis presenting as trichophytic Majocchi granuloma. *Mycoses* 1997;40:173-75.
- Smith KJ, et al. Majocchi's granuloma. *J Cutan Pathol* 1991;18:28-35.