

DERMATOLOGÍA VENEZOLANA inicia una nueva sección: "¿CUÁL ES SU DIAGNÓSTICO?"

Esta sección se encuentra bajo la dirección de la **Dra. Margarita Oliver L.,**
Sección de Histopatología, Instituto de Biomedicina.

Se trata de un caso clínico interesante por su rareza, atipicidad o valor ilustrativo. La presentación induce al análisis clínico, en todo similar a lo que acontece en la práctica dermatológica. La revelación del diagnóstico se continúa con un comenarío ilustrativo y por referencias bibliográficas seleccionadas.

Las contribuciones deben enviarse por triplicado, siguiendo las pautas de la revista, directamente a la Editora Seccional **Dra. Margarita Oliver L., Sección de Histopatología, Instituto de Biomedicina, San Nicolás a Providencia, Caracas.**

PLACAS VERRUGOSAS FACIALES

Dres. Sandra Valecillos, * Elsy Cavallera, ** Benjamín Trujillo, *** Oscar Reyes-Flores****

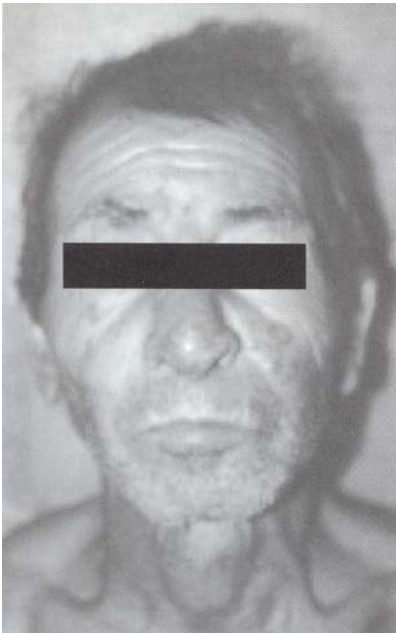


Fig. 1 Placas eritematosas, descamativas, induradas, de aspecto verrugoso en nariz y mejillas.

CASO CLÍNICO

Un hombre de 64 años, agricultor, natural de la Azulita, Estado Mérida y procedente del Estado Vargas, quien presenta placas eritematosas de 1 año de evolución, descamativas, induradas y de aspecto verrugoso en nariz y mejillas (Fig. 1). La mucosa nasal se hallaba comprometida. Recibió terapia tópica no precisada con mejoría pero con recidiva de las lesiones. Entre sus antecedentes refería estrabismo y amaurosis

del ojo izquierdo y madre fallecida por Tuberculosis pulmonar. El plan de trabajo incluyó exámenes de laboratorio que mostraron eosinofilia (8%), aumento de la velocidad de sedimentación eritrocitaria (1 hora: 12 mm), huevos de *Ascaris lumbricoides* en las heces. El P.P.D. fue de 20 mm, la Esporotriquina y la Leishmanina fueron negativas. La radiografía de tórax mostró cambios fibroescleróticos en vértice pulmonar derecho de aspecto residual.



* Dermatólogo. Residente del postgrado de Dermatopatología. Instituto de Biomedicina, U.C.V. - Caracas.

** Dermatólogo. Adjunto de la Consulta de Micología. Instituto de Biomedicina, U.C.V. - Caracas.

*** Dermatólogo. Adjunto de la Consulta de Dermatología. Hospital Oncológico "Luis Razetti"

**** Dermatólogo. Adjunto de Dermatopatología. Instituto de Biomedicina, U.C.V. - Caracas.

DIAGNÓSTICO

Cromomicosis facial

Comentarios: En la biopsia de piel presenta paraqueratosis, hiperplasia epitelial pseudocarcinomatosa y dermis superficial y media ocupada por granuloma con diferenciación epitelioide y células gigantes tipo Langhans, invadido por gran cantidad de plasmocitos y linfocitos, formación de microabscesos focales y estructuras marrones, esféricas a ovals rodeadas de membrana densa, dispersos en el in-filtrado, en el interior de célula gigante y en escamo-costra (Fig. 2). El examen directo con *Clorazole Black Ede* las escamas mostró cuerpos escleróticos y en el cultivo en agar Sabouraud crecieron colonias negras algodonosas y del cultivo en lámina se identificó el *Cladophialophora carrionii*. Al paciente se le indica tratamiento con termo-terapia, itraconazol (200mg/día) y criocirugía con mejoría clínica de las lesiones. Además recibió terapia antituberculosa y antihelmíntica.

La cromomicosis es una enfermedad granulomatosa crónica, de la piel y tejido subcutáneo causada por la inoculación traumática de hongos de la familia de los Demateaceae (también llamados Cromomicetos); como el *Fonsecaea pedrosoi*, el *Cladophialophora carrionii*, la *Phialophora verrucosa*, el *Fonsecaea compactum* y la *Rhinocladiella aquaspersa*. Los cromomicetos se han aislado en madera, el suelo y otros materiales de ori-

gen vegetal. La enfermedad afecta principalmente hombres adultos de las áreas rurales, principalmente granjeros y jardineros.

En Venezuela la zona endémica de cromomicosis corresponde al área nor-occidental del país y el agente causal más frecuente de cromomicosis es el *Cladophialophora carrionii*, cuya área de reserva es el bosque xerófilo de espinar.¹

Las lesiones iniciales pueden ser pápulo-pustular o un nódulo abscedado que evoluciona lentamente a placa verrugosa de superficie irregular con hemorragias diminutas (puntos negros), escamo-costras, de bordes activos, zonas con tendencia a la cicatrización y se localizan principalmente en las extremidades superiores,¹ pero cualquier parte del cuerpo puede ser afectada. La localización facial es rara² y podría deberse al problema visual del paciente, que le predispuso a traumatismos accidentales en su actividad laboral.

Los cuerpos escleróticos o de Medlar, en la histopatología, son patognomónicos de la enfermedad y pueden ser encontrados tanto extracelular como intracelularmente y tener eliminación transepidérmica, acompañado de hiperplasia pseudocarcinomatosa e inflamación granulomatosa dérmica.

El diagnóstico diferencial se debe hacer con el Cáncer de piel, la sarcoidosis, la leishmaniasis cutánea, la esporotricosis, la coccidioidomicosis, la paracoccidioidomicosis y la tuberculosis verrugosa.

La elección de la terapia depende de si son lesiones incipientes, pequeñas y localizadas con terapia tópica (cirugía, termoterapia, diatermodesección, radioterapia, 5 fluorouracilo al 5%, láser CO2 o argon y criocirugía) o si son lesiones extensas o diseminadas con terapia sistémica (itraconazol, fluconazol, terbinafina, ketoconazol, anfotericina B, 5-fluorocitosina y tiabendazol). Para los casos afectados con *Cladophialophora carrionii* se recomienda el uso del itraconazol y la combinación con la criocirugía también ha resultado efectiva, por lo cual le fue indicado en este paciente, dado el importante compromiso facial y para evitar las recidivas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Yegres JF, Richard-Yegres N, Pérez-Blanco M. Cromomicosis. En Temas de Micología Médica. Editora Bastardo-Albornoz MC. 1996; 87-107.
2. Gross DJ, Schosser RI. Chromomycosis on the nose. Arch Dermatol 1991; 127 (12): 1834-5.