

Cromoblastomicosis facial y esporotricoides. A propósito de un caso

DIVA MALECK

Médico residente 2do año dermatología, IDCP-DHBD, Santo Domingo, República Dominicana.

MARCELO AMAYA-ARAUJO

Médico dermatólogo, residente cirugía dermatológica, Inst. "Dr. José Barba Rubio", Guadalajara, México.

MANUEL COCHÓN

Médico dermatólogo, IDCP-DHBD, Santo Domingo, República Dominicana.

RAFAEL ISA ISA

Médico dermatólogo-micólogo, Director General, IDCP-DHBD, Santo Domingo, República Dominicana.

Correspondencia a: divamaleck@gmail.com

Resumen. La cromoblastomicosis es una micosis subcutánea que afecta predominantemente miembros inferiores, de curso crónico, producida por varias especies de hongos negros. Reportamos el caso de una paciente femenina de 73 años de edad con diagnóstico de cromoblastomicosis atípica, con lesiones en párpado inferior y simulando una esporotricosis en extremidad superior derecha, causada por *Fonsecaea pedrosoi* en tratamiento con itraconazol 300 mg diarios. **Palabras claves:** cromomicosis, cromoblastomicosis, esporotricoides, facial, *Fonsecaea pedrosoi*.

Facial and sporothricoid chromoblastomycosis. A case report

Abstract. Chromoblastomycosis is a chronic subcutaneous mycosis that affect mainly lower limbs. It is caused by different black fungi. We report a 73 year-old female with an atypical facial and sporothricoid chromoblastomycosis, caused by *Fonsecaea pedrosoi* and in treatment with itraconazole 300 mg daily. **Key words:** Chromomycosis, chromoblastomycosis, sporothricoid, facial, *Fonsecaea pedrosoi*.

INTRODUCCIÓN

La cromomicosis es una afección micótica crónica, producida por especies de hongos dimórficos negros del género *Hyphomycetes* y de la familia *Dematiaceae*, ocasionalmente pueden diseminarse por contigüidad o vía linfática.^{1,2}

Se caracteriza por poseer elementos fúngicos llamados células fumagoides o cuerpos escleróticos de Medlar de color negro.²

Predomina en regiones tropicales y subtropicales húmedas. Las esporas son resistentes a los cambios de temperatura, humedad, calor y desecación, su período de incubación se desconoce.^{3,4}

En su etiología las especies más frecuentes reportadas son: *Fonsecaea pedrosoi* (climas cálidos y húmedos) y *Cladophialophora carionii* (climas semi-desérticos). Y los menos frecuentes: *Fonsecaea compacta*, *Phialophora verrucosa*, *Exophiala dermatitidis*, *Rhinocladiella aquaspersa*, *Exophiala jeanselmei*, *Cladophialophora yegresii*, *Fonsecaea monophora*.

En República Dominicana la especie más comúnmente aislada es el *Fonsecaea pedrosoi*.^{5,6}

En República Dominicana, ésta ocupa el primer lugar entre las micosis subcutáneas. En nuestra institución, desde su fundación en 1966 se han observado más de 450 casos, ubicándonos en la segunda posición entre los países con mayor proporción de casos por habitantes y por área.⁷

El agente etiológico penetra a través de heridas punzantes, predominantemente en miembros inferiores, menos frecuente en miembros superiores, cara y cuello.⁵ Es más frecuente en hombres de 20-50 años de edad con una proporción hombre/mujer 15:1.1.^{5,6}

No existe un consenso en cuanto a su clasificación y de acuerdo a la experiencia en nuestro país, no hay una clasificación estática, dado al polimorfismo de la enfermedad, ya que lo que observamos son diferentes formas clínicas de acuerdo a su estadio y evolución.

Una clasificación clínica sencilla es la nodular, verrugosa o vegetante, psoriasiforme o en placa, tumoral, elefantiasis, cicatrizal y esporotricoides o linfangítica. Sobre ésta última, existe muy poco publicado en la literatura, por ser una forma de presentación infrecuente.^{2,8,9,10}

CASO CLÍNICO

Femenina de 73 años de edad, casada, analfabeta, ama de casa, procedente y residente en Nagua, provincia María Trinidad Sánchez, con antecedente de trauma con objeto metálico, de 2 años de evolución a nivel del codo derecho, quien acude a consulta por dermatosis que afecta dicha extremidad y que se ha desplazado a cara, antebrazo y brazo tomando una distribución lineal, levemente pruriginosa.

Antecedentes personales patológicos y heredo familiares negados.

Al exámen físico se observaron nodulos agrupados en placas eritemato-violáceas, escamosas, otras costrosas, con disposición lineal desde la parte posterior del antebrazo hasta el brazo derecho y placa verrucosa cubierta por escamas en región malar derecha. *Figuras 1 - 3.*



Fig. 1. Placas de cromoblastomycosis con distribución lineal.



Fig. 2. Placas redondeadas eritematovioláceas, costrosas.

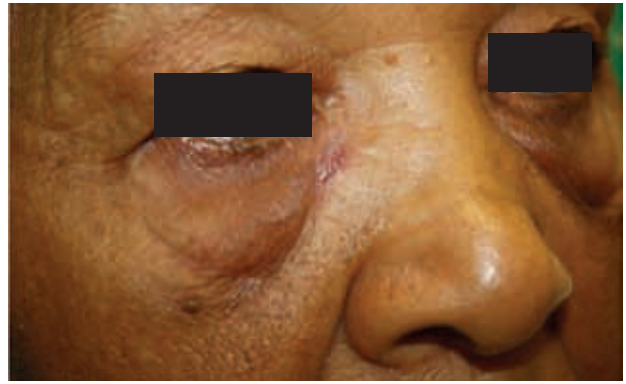


Fig. 3. Placa eritemato-descamativa en párpado inferior derecho.

Prueba de esporotricina: negativa

Exámen micológico directo: presencia de células fumagoides. *Figura 4.*

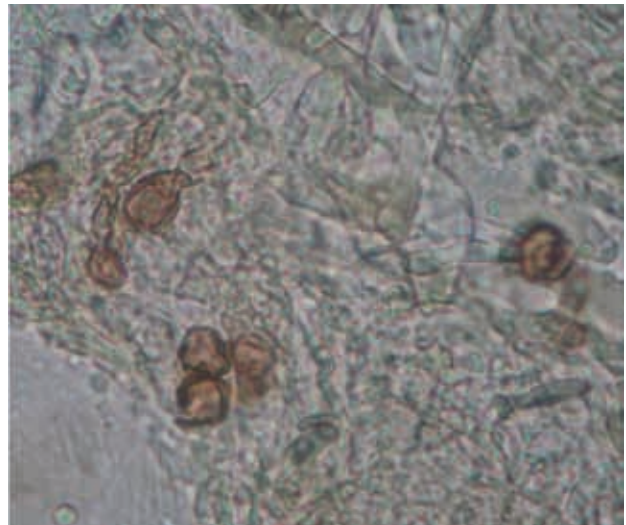


Fig. 4. Células fumagoides en examen micológico directo.

Cultivo: crecimiento de colonias de superficie vellosa, aterciopeladas marrones, compatibles con *Fonsecae pedrosoi*. *Figura 5.*



Fig. 5. Cultivo de colonias aterciopeladas marrones compatibles con *Fonsecae pedrosoi*.

Estudio histopatológico muestra, con Hematoxilina-Eosina, a nivel de epidermis hiperqueratosis, acantosis con zonas de hiperplasia pseudoepiteliomatosa. En dermis un denso infiltrado de polimorfonucleares, dentro del que se observan las células fumagoides, además presenta un infiltrado inflamatorio granulomatoso con linfocitos, células epitelioides y gigantes. Figuras 6-8.

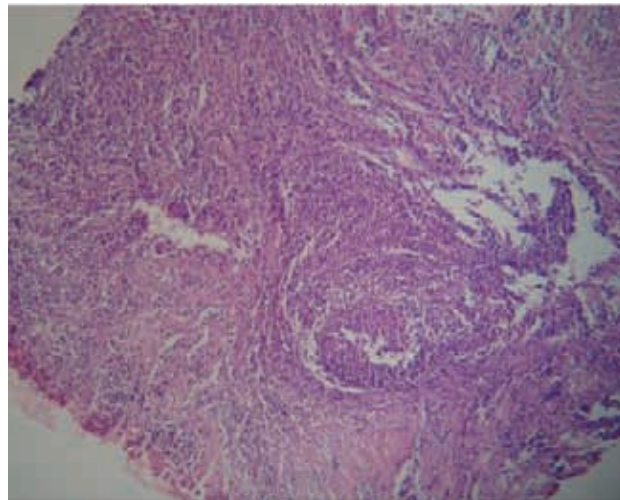


Fig. 6. Epidermis hiperqueratósica, acantosis y denso infiltrado inflamatorio en dermis. HE 4x.

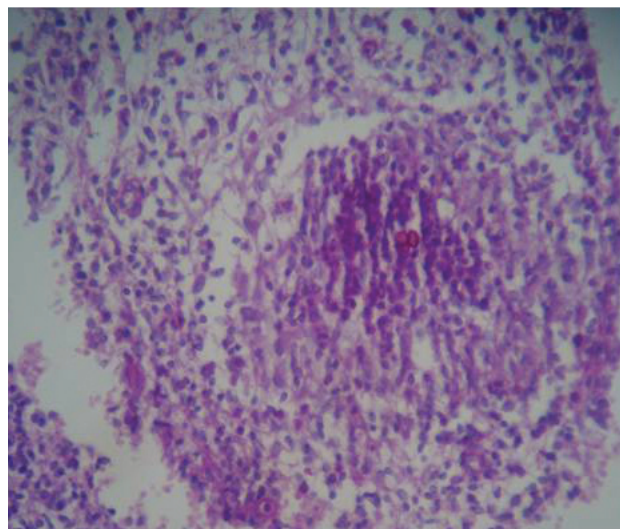


Fig. 7. Infiltrado de polimorfonucleares, en su interior las células fumagoides. (HE 20x).

Estudios complementarios: biometría hemática, química sanguínea, pruebas de función hepática y examen general de orina dentro de límites normales.

Se inicia tratamiento con itraconazol 300 mg / día, aún continúa en tratamiento tras 10 meses de su inicio con notable disminución de las placas.

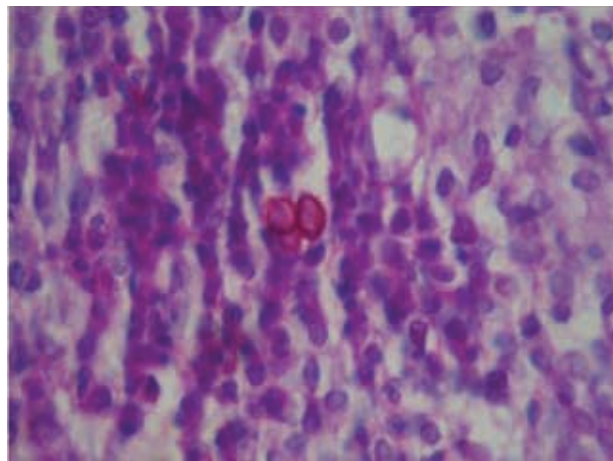


Fig. 8. A mayor aumento se observan las células fumagoides. (HE 40x).

DISCUSIÓN

Este caso corresponde a lesiones nodulares agrupadas en placas verrugosas con distribución lineal en extremidad superior y placa única en párpado inferior derecho.

Es importante destacar que se trata de una paciente femenina de 73 años de edad, siendo ésta una patología común en masculinos con un rango de edad que comprende entre los 20-50 años.^{1,2}

Por sus características clínicas los diagnósticos diferenciales a plantearse fueron esporotricosis, tuberculosis verrucosa y leishmaniasis cutánea.

La localización y diseminación atípica de las lesiones nos motivó a realizar dicha presentación.

Hasta la fecha en nuestra institución sólo se han reportado dos casos de esta variedad atípica.

Destacamos que nuestra paciente proviene de una de las regiones con mayor incidencia de casos diagnosticados de cromomicosis en nuestro país, siendo ésta una zona de bosques húmedos tropicales, confirmando lo que se describe en la literatura.

La cromomicosis es una enfermedad discapacitante cuya evolución clínica varía de meses a años, por lo que es imprescindible su diagnóstico oportuno.

El tratamiento es difícil debido a la gran resistencia, cronicidad, extensión y localización de las lesiones, de éstos dependerá el pronóstico del paciente.

En República Dominicana el tratamiento indicado en lesiones diseminadas y extensas es a base de itraconazol, fluconazol o terbinafina por un período de 6 meses a 1 año.^{2,10,11}

A pesar de que la paciente aún presenta lesiones en el brazo, es interesante resaltar la buena respuesta observada en la lesión de la cara, ya que la literatura describe que éstas lesiones no responden con la misma eficacia que otras regiones anatómicas.²