

Cromomicosis por *Fonsecae pedrosoi*. Presentación atípica en paciente geriátrica

MIGUELINA JÁQUEZ SÁNCHEZ

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

ANA DEL ORBE

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

NERYS RAMÍREZ

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

Correspondencia: migueisabeljs@hotmail.com

Resumen. La cromomicosis designa un proceso granulomatoso crónico de la piel caracterizado clínicamente por lesiones polimorfas vegetantes, eritematoescamosas, nodulares o tumorales. La infección varía desde localizaciones habitualmente cutáneas, hasta formas esencialmente viscerales.² Es una enfermedad producida por hongos dematiáceos de distribución universal de climas tropicales y subtropicales.³ Se presenta el caso de una paciente femenina de 83 años de edad que refería padecer esta afección desde hacía 4 años habiendo recibido tratamiento quirúrgico en una ocasión. La identificación por cultivo confirmó el diagnóstico morfológico de cromoblastomicosis por *Fonsecae pedrosoi*. **Palabras claves:** *Cromoblastomicosis, Fonsecae spp., dematiáceos.*

Chromomycosis by *Fonsecae pedrosoi*. Atypical presentation in elderly patient

Abstract. The chromomycosis means a chronic granulomatous skin lesions characterized clinically by vegetating polymorphous, erythematous, nodular or tumor. The infection usually ranges from skin sites until viscerales.² forms is essentially a disease caused by dematiaceous fungi universal distribution subtropicales.³ tropical and present the case of a female patient 82 years of age referred from acute mountain sickness 8 years ago having received surgical treatment on one occasion. The identification by culture confirmed the morphological diagnosis of chromomycosis by *fonsecae pedrosoe*. **Key words:** *Chromoblastomycosis, Fonsecae pedrosoi, dematiaceous.*

INTRODUCCIÓN

La cromoblastomicosis es una micosis granulomatosa que afecta piel y tejido celular subcutáneo de evolución crónica y discapacitante. Las lesiones aparecen principalmente en extremidades inferiores, luego de un traumatismo; afecta más a agricultores y obreros que trabajan descalzos.¹ Los agentes etiológicos más comunes son *Fonsecae pedrosoi*, *Fonsecaea compacta*, *Phialophora verrugosa*, *Cladosporium carrionii*. Otros menos comunes son *Rhinocladiella aquaspersa*, *Wangiella dermatitidis*, *Exophiala jeanselmei ajelloi* y *Cladophialophora*.^{1,2}

Están ampliamente distribuidos en la naturaleza, particularmente en el suelo, madera y restos vegetales en descomposición. La puerta de entrada al organismo es a través de traumatismos originados por astillas o espinas de material contaminado.

La enfermedad fue descrita por primera vez en Brasil por *Pedroso* en 1911, desde entonces se ha encontrado en más de 50 países de todos los continentes para tomar carácter de distribución mundial.² Actual-

mente en República Dominicana se observa en zonas de bosques húmedos tropicales, alta pluviometría anual, árboles frondosos, suelos húmedos como las provincias de Monte Plata, San Cristóbal, el área del norte del Distrito Nacional, Monseñor Nouel, Sánchez Ramírez, entre otras.¹

Presentamos este caso por tratarse de una edad de presentación inusual causando cromomicosis en una ama de casa.

CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 83 años de edad, mestiza, casada, ama de casa, quien es traída a consulta por dermatosis que afecta 2^{do} dedo de mano derecha de aproximadamente 4 años de evolución, dolorosa, que sangra fácilmente al roce.

Con antecedentes personales patológicos de hipertensión arterial, de tiempo no especificado, tratado con Nifedipina 10mg V.O. una vez al día y trastorno psiquiátrico desconocido, de tiempo no especificado,

en tratamiento a base de Tremol[®] 5mg V.O., una vez al día y Risperidona 2mg (Risdon[®] V.O., una vez al día. Sin antecedentes familiares de interés para el presente caso.

Al examen físico presenta placa única, eritematosa, ulcerada, con costras melicéricas en su superficie, de bordes irregulares, bien definidos. Foto 1.



Fig. 1. Placa única, eritematosa, ulcerada, con costras melicéricas en su superficie, de bordes irregulares, bien definidos.

Se le realizó biometría hemática, glicemia, urea, creatinina, examen general de orina, IgE, coprológico, VDRL dentro de límites de referencia y no reactivo respectivamente.

Se realiza estudio histopatológico que reporta epidermis con marcada hiperplasia pseudoepiteliomatosa, con acantosis, paraqueratosis, elongación irregular de redes de crestas, abscesos intraepidérmicos. En dermis superior, medio y sectores de profundidad existe infiltrado inflamatorio a expensas de polimorfonucleares, neutrófilos, abundantes células plasmáticas, histiocitos y algunas células gigantes. Se distingue la presencia de células fumagoides, con diagnóstico histopatológico de cromomicosis. Fotos 2 - 4.

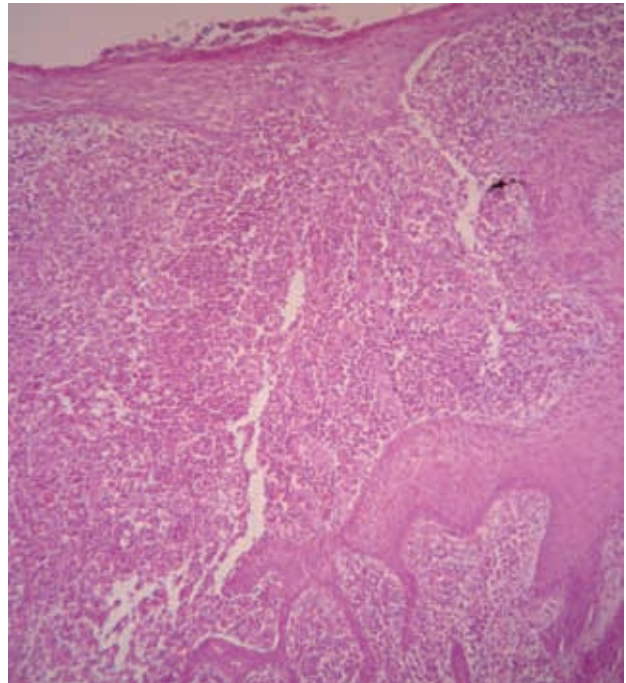


Fig. 2. Epidermis muestra acantosis, elongación marcada e irregular de redes de crestas. En dermis, denso infiltrado inflamatorio. HE 4x.

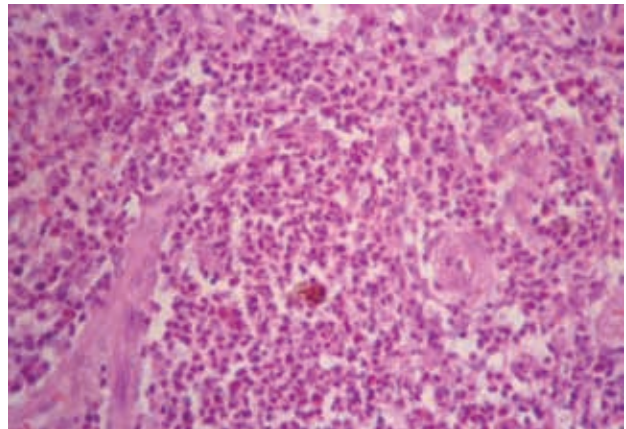


Fig. 3. Se aprecia denso infiltrado inflamatorio constituido principalmente por neutrófilos rodeando células fumagoides o escleróticas. HE 40x

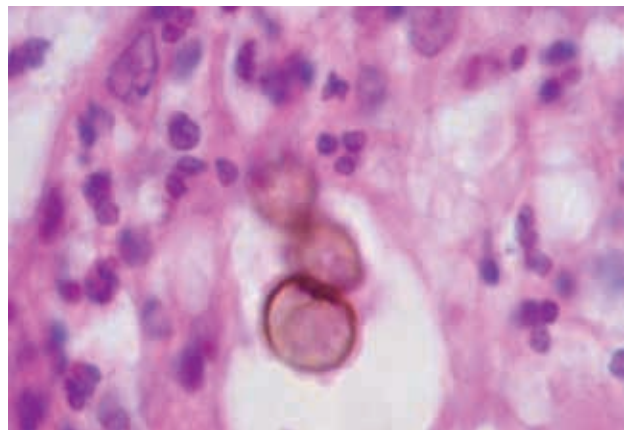


Fig. 4. Células fumagoides o escleróticas rodeadas por infiltrados de neutrófilos y macrófagos. HE 100x.

DISCUSIÓN

La cromomicosis es una infección subcutánea, afectando dermis e hipodermis, que se manifiesta por lesiones verrugosas o vegetantes, cubiertas por escamas, ulceraciones y lesiones pseudotumorales de aspecto en coliflor y en etapas tardías se observan placas atróficas.⁷⁻⁹

Esta micosis profunda, se desarrolla en el sitio de un traumatismo transcutáneo que vehiculiza la fase saprófita del hongo causal. La infección avanza lentamente en el transcurso de años a medida que el agente etiológico sobrevive y se adapta a la condición del huésped. El hongo adquiere en los tejidos, en su vida parasitaria, estructuras multicelulares de gruesas paredes coloreadas de negro llamadas células muriformes o cuerpos escleróticos (corpúsculos "fumagoides"), que se dividen por facetación y nunca por gemación.⁴

El polimorfismo caracteriza el cuadro clínico, de inicio generalmente es una pápula, nódulo o placa verrugosa pequeña con ligera descamación, de crecimiento lento y con largo período de incubación. Por el aspecto clínico se clasifica de una manera sencilla en nodular, verrugosa o vegetante, psoriasiforme o en placa, tumoral, elefantásica y cicatrizal.¹

El diagnóstico se confirma con un examen directo micológico, se toman las muestras a partir de los puntos hemorrágicos, para el cultivo se utilizan

a temperatura ambiente medios como Sabouraud simple, adicionado con cicloheximida y antibióticos. La histopatología es un procedimiento muy útil para confirmar el diagnóstico. Las células fumagoides color café son fácilmente reconocidas con hematoxilina-eosina.¹

Es necesario hacer diagnóstico diferencial con un sin número de lesiones semejantes: Tuberculosis verrugosa, esporotricosis, liquen simple crónico hipertrófico, verrugas vulgares, micetoma, leishmaniasis, pioderma vegetante, blastomicosis, entre otros.¹⁻³

En casos muy crónicos las complicaciones son infecciones bacterianas, elefantiasis, disfunción muscular por las lesiones cicatriciales que producen discapacidad parcial y rara vez degeneración en carcinoma epidermoide.¹

Desde el punto de vista terapéutico, la cromoblastomicosis no cuenta con un tratamiento de elección, particularmente los casos debidos a *F. pedrosoi*, debido a que es un hongo poco sensible a la mayoría de los quimio-tratamientos, los mejores resultados se obtienen con el uso de itraconazol, fluconazol o terbinafina, junto con cirugía o criocirugía. Las localizaciones en cabeza y cuello no responden con la misma eficacia que otras regiones anatómicas como las partes distales. No se recomienda la criocirugía como monoterapia, sino como terapia adjunta con los antimicóticos.⁶⁻¹

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rafael Isa-Isa, Roberto Arenas. Micosis superficiales subcutáneas y pseudomicosis en República Dominicana. *Graphimed*, 2009, p. 52-57.
2. Ramón Daniel Simón, Sonia Moya Duque, Marlen Abreu García. Cromomicosis. Hongos dematiáceos que intervienen en su etiología. *Rev. Cubana Med* 1998, p. 136-140.
3. María Elena Manzur, Lorena Canonic, María del Huerto Monteros, Mirtha Morichelli. Cromomicosis. A propósito de dos casos. 2005, p. 245-249.
4. Zuno Burstein A, Cromomicosis: Clínica y tratamiento; situación epidemiológica en Latinoamérica. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*. V. 21 n.3 Lima, jul/ sept. 2004.
5. *Revista Cubana de Medicina Tropical* v. 57 n.3 Ciudad de la Habana sep-dic 2005.
6. Guadalupe Estrada-Chavez, Roberto Arenas, Elisa Vega-Memije, Alejandro Bonifaz. Cromoblastomicosis. Un caso por *Fonsecae pedrosoi* con filamentos in vivo y tratamiento combinado con itraconazol y criocirugía.
7. Lucero, V; Linero, N; Vila, A; Di Lorenzo, G; Furnari, R. Cromomicosis por *Exophiala A* propósito de un caso. *New England Journal of Medicine*.
8. Arenas R. *Micología medica Ilustrada*. 3a ed. Mexico. Interamericana. McGraw-Hill 2008: 161-173.
9. Wolf K, Goldsmith L, Katz S, Gilchrist B, Paller A, Leffell D, (eds). *Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine*, United States of America: McGraw-Hill, 2008, p. 557-558.