

Cromblastomicosis

Revisión Clínica y Terapéutica. Presentación de 2 casos en el Distrito Colón.

Dres. Germán Urdaneta S.*
Minerva T. de Urdaneta**

INTRODUCCION.

Esta entidad relativamente rara, de fácil diagnóstico, es muchas veces pasada por alto, al momento de hacer un diagnóstico, ante un paciente con lesiones cutáneas, por su similitud con otros procesos dermatológicos. El presente trabajo pretende hacer una revisión clínica y diagnóstica y una recopilación de las pautas de tratamiento existentes hasta el presente. Se presentan al final dos casos estudiados y diagnosticados en el Distrito Colón.

HISTORIA.

Pedrozo (1) en 1911 observó en Brasil cuerpos oscuros en el tejido de un paciente con lesiones cutáneas verrugosas, pero no pudo identificar el hongo que aisló. En 1920 Pedrozo y Gómez reportaron cuatro casos y denominaron al agente etiológico **PHIALOPHORA VERRUCOSA** basando su identificación en un reporte de Lane y Medlar en 1915. Brumpt en 1922

(*) Médico Residente del Servicio de Cirugía del Hospital General Colón, Santa Bárbara del Zulia.

(**) Médico Residente del Servicio de Pediatría del Hospital General Colón, Santa Bárbara del Zulia.

reestudió los hongos suramericanos y los denominó **HORMODENDRUM PEDROSOI**. El primer caso en Venezuela fue publicado por O'Daly en 1938 (2). Ese mismo año, Briceño Irigorri (3) publica otro caso. Campins y Schary (4) en 1953 publicaron un amplio estudio sobre treinta y cuatro casos. Un año más tarde, Hómez Ch. publicó diez casos de los Estados Zulia y Falcón (5) y en 1963, Hómez Ch. y cols. (6) reportaron un amplio estudio de cincuenta casos observados en Maracaibo. Casas R. (7) en 1973 hace referencia a los casos publicados y otros diecisiete más en su estudio "La Micología en el Estado Zulia".

ETIOLOGIA.

Se han reconocido una gran variedad de hongos **DEMATIACEOS** (8) íntimamente relacionados, como agentes etiológicos de cromoblastomicosis. Entre los más comunes cabe citar: **FONSECAEA PEDROSOI**, **FONSECAEA COMPACTUM** y **PHIALOPHORA VERRUCOSA**. En Venezuela el más frecuentemente hallado es **CLADOSPORIUM CARRIONII**, siendo la segunda especie más frecuentemente encontrada: **FONSECAEA PEDROSOI**. Ha habido numerosos intentos de reclasificación del hongo, probablemente debido, a la gran variedad observada en su morfología microscópica en cultivos; tal es el caso de **FONSECAEA PEDROSOI**.

EPIDEMIOLOGIA.

La distribución geográfica de la enfermedad es amplia (9). El mayor número de casos, se ha encontrado en Puerto Rico y Brasil, siendo además, bastante común en Costa Rica. Otros pocos casos se han observado en otras partes de Sur América, África y el Lejano Oriente. En Venezuela, la cromoblastomicosis es de amplio predominio en el Occidente del país, especialmente en los Estados Lara y Falcón, según un estudio de Convit y cols. (10). Varios autores extranjeros, refieren que la enfermedad es prevalente entre las edades de 30 y 50 años. Hómez y cols. (6) refieren que la incidencia está por encima de los 40 años, y Casas R. (7) dice que la edad más afectada está entre los 40 y 69 años. Algunos autores refieren que los varones se infectan 30 veces más que las mujeres, pero Hómez y cols. refieren que el sexo masculino está afectado en proporciones de 3:1 y Campins refiere una proporción de 2:1 a favor del sexo masculino. Todas las razas son susceptibles. Es una enfermedad mucho más frecuente en las zonas rurales.



PATOGENIA Y ANATOMIA PATOLOGICA.

El hongo penetra por la piel. El contagio cutáneo es directo por inoculación, habitualmente a través de un traumatismo, especialmente en medios rurales sub-desarrollados. Se observan tres procesos anatomopatológicos (11): a-) microabscesos en la dermis conteniendo numerosos hongos; b-) fibrosis extensa, y c-) hiperplasia epidérmica e hiperqueratosis. Las lesiones progresan a lo largo de los linfáticos. En ocasiones hay diseminación hematógena. Aún no se ha establecido si se produce infección de los ganglios linfáticos regionales. Pueden aparecer lesiones a distancia ya por autoinoculación, ya por vía linfática. El primer caso de enfermedad cerebral fue publicado por Bonne en 1948.

SINTOMATOLOGIA Y FORMAS CLINICAS.

La cromoblastomicosis es enfermedad de la piel y tejidos sub-cutáneos siendo pues perteneciente al grupo de las **MICOSIS INTERMEDIAS**, como lo denotan Hómez y cols. (6). Según varios autores extranjeros, el asiento más frecuente es la extremidad inferior (1) (12), unilateral casi siempre, aunque puede aparecer en otros sitios. En la literatura venezolana, Campins (4) y Hómez y cols.(6), por el contrario destacan en sus publicaciones la mayor frecuencia de localización en los miembros superiores.

Se citan dos tipos fundamentales de lesiones de cromoblastomicosis (6) (11) a saber:

a. Lesiones nodulares.

La primera lesión es un nódulo o una pústula que se transforma en una placa azulada bien circunscrita, de aspecto verrucoso y bordes elevados. Posteriormente van apareciendo nuevas lesiones adyacentes en el transcurso de los años, y conforme aumenta la hiperplasia y la hiperqueratosis, la totalidad del área adquiere un aspecto de coliflor; llega un momento en que la totalidad de la extremidad queda cubierta.

b. Lesiones en placa.

Son de extensión variable y forma caprichosa, que pueden ser muy extensas; de bordes bien limitados y superficie roja, cubierta de escamocostras de color blanco amarillento.

Se citan además, casos de **lesiones ulcerosas y lesiones tumorales fistulosas** con aspecto de micetomas.

En cualquier caso, no hay dolor ni síntomas generales a menos que exista infección bacteriana secundaria, la cual origina formas de gran aparatosidad clínica e importante impotencia funcional, o se desarrolle elefantiasis a causa de obstrucción de los linfáticos.

DIAGNOSTICO.

El examen directo de las costras (6) (8) y exudados en preparaciones con hidróxido de potasio al 20 por ciento pone de relieve, las células características, en trance de desdoblamiento, esféricas, pardo-oscuras, de pared gruesa, patognomónicas de cromoblastomycosis. Los cultivos en forma de moho negros o pardo oscuros obtenidos sobre agar glucosa de Sabouraud a temperatura ambiente, o entre 28 y 30 grados centígrados, permiten diferenciar este grupo de otros hongos patógenos para el hombre.

La biopsia de las lesiones, es otro medio diagnóstico, cuando los dos medios anteriores no son disponibles, como sucede en el medio rural. Se han identificado en los sueros de pacientes con cromoblastomycosis, anticuerpos fijadores del complemento, si bien, este método posee poca importancia práctica, ya que el proceso infeccioso es superficial, y puede demostrarse el hongo fácilmente.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.

La cromoblastomycosis debe diferenciarse de: blastomycosis, esporotricosis, rinosporidiosis, candidiasis, tuberculosis verrugosa, lepra, frambesia, sífilis, leishmaniasis, coccidioidomycosis, paracoccidioidomycosis y procesos malignos de la piel.

TRATAMIENTO.

El tratamiento de esta enfermedad se divide en:

a. Quirúrgico.

La cirugía es útil, siempre y cuando el diagnóstico se haga en los primeros estadios de la enfermedad, pues en las lesiones extensas el acto quirúrgico es por lo general imposible. La electrocoagulación es otro procedimiento útil, sin embargo, con las mismas limitaciones que la cirugía.



b. - Médico.

Los yoduros de sodio y potasio han sido empleados con resultados poco satisfactorios. Algunos autores (1), refieren que, dados vía oral o parenteral, con o sin radioterapia, se han obtenido resultados variables; otros (8) (14), postulan que no han dado resultado o apenas producen mejoría (9) (16), mientras que otros más, refieren que con una terapéutica intensiva a base de yoduros, se logra la curación en muchos casos.

El uso de la radioterapia es recomendado por muchos autores (1) (14) (15); Hómez, Wenger y Casas, reportan en su estudio de cincuenta casos (6), que los mejores resultados terapéuticos se obtienen con el empleo de la radioterapia.

Conant (8) reporta un caso tratado satisfactoriamente mediante el uso de iontoforesis con sulfato de cobre, en 1972. Las sulfonamidas (6) se han empleado sin resultados constantes; los antibióticos no han demostrado efectividad alguna en el tratamiento de esta enfermedad. La griseofulvina tampoco ha dado resultados favorables. El uso de anfotericin B administrada directamente dentro de la lesión, ha dado resultados favorables, según los reportes de muchos autores (1) (6), (13), (14), (16), (17), (19), aún en casos avanzados (18). La Organización Mundial de la Salud, recomienda el uso de calciferol o anfotericin B administrado localmente, Hómez y cols. refieren en su estudio, que según Bopp, se obtuvieron excelentes resultados en 20 casos tratados con vitamina D₂ por vía oral, a la dosis de 600.000 unidades semanales. Estos autores concluyen diciendo que, salvo los casos con indicación de tratamiento quirúrgico, los demás casos pueden curarse con la asociación calciferol-radioterapia.

También se han reportado casos tratados satisfactoriamente mediante el uso de 5-fluorocitocina a dosis de 100 mg/Kg/d vía oral; tibendazol a dosis de 25 mg/Kg/d vía oral (16). Otros autores mencionan el uso de isoniacida, calor, pentamidina y otras drogas con resultados variables (21).

PRESENTACION DE DOS CASOS DIAGNOSTICADOS EN EL DISTRITO COLON

CASO No. 1

Nombre: José Ocando

Edad: 70 años.

Sexo: masculino.

Profesión: agricultor.

Enfermedad Actual: Refiere haber presentado hace aproximadamente 22 años, tumoración en piel de tercio medio externo de la pierna derecha, de 1-2 cms. de diámetro, de color rosado, superficie lisa, no dolorosa; que permaneció varios meses sin presentar modificaciones. Posteriormente observó aumento y extensión a la piel circundante, con aparición de nuevas lesiones similares en varios sitios de la misma pierna, pie y muslo del mismo lado. A los pocos años dichas lesiones tomaron apariencia de coliflor; desde entonces refiere presentar prurito, dolor y ardor variables, con supuración amarillo-cremosa al exprimir las lesiones. Ha recibido diversos tratamiento que no precisa, con escasa mejoría.

Antecedentes de Importancia: Trabajador del campo, en diversas labores (caporal, hacendado, etc.) desde la infancia. Hábitos: tabáquico acentuado (más de 20 cigarrillos diarios), alcohólico leve a moderado. Padre y madre muertos, desconoce causa; varios familiares (hermanos y tíos) muertos por cardiopatía; cefaleas y mareos desde hace varios años. ACVA en noviembre de 1975 con recuperación de un 60-70 por ciento. Hipertensión arterial reconocida desde entonces, con tratamiento irregular en la actualidad.

Examen Físico: Regulares condiciones generales, afebril, marcha dificultosa, obeso, buena coloración de piel y mucosas, lenguaje coherente y fluido.

Ojos: pterigion bilateral interno.

ORL: sin importancia

Tórax: expansibilidad respiratoria disminuida.

Cardiopulmonar: sin importancia.

Abdomen: globuloso, sin visceromegalia.

Neurológico: leve a moderada paresia de hemicuerpo izquierdo.

Extremidades: múltiples lesiones con aspecto de coliflor, de bordes bien definidos, forma irregular, superficie irregular, tamaño variable (entre 3 y 10 cms. de diámetro), cubiertas de una substancia amarillo-cremosa (aplicada por el paciente para obtener alivio) en miembro inferior derecho. Aumento de volúmen moderado de dicha extremidad. Cicatrices rosadas brillantes, lisas en algunas partes, de forma variable en la misma extremidad, secuela de lesiones ya curadas.

Exámenes practicados: Se tomó muestra para estudio, con Impresión Diagnóstica: ¿cromoblastomicosis? Informe recibido en el Centro de Salud San Carlos del Zulia:

Biopsia No. 5781. Caracas, 2-76

Material remitido: Biopsia de lesiones ulcerosas.

Informe: Hiperplasia epitelial pseudo-tumoral, hiper y paraqueratosis, infiltrado linfohistoplasmocitario difuso.

Nódulos epitelioides invadidos por neutrófilos conteniendo cromomicetos.

Diagnóstico: cromoblastomicosis.

Tratamiento: actualmente no está siguiendo ningún tratamiento porque se perdió el contacto con el paciente, después de tomada la muestra para la biopsia.

CASO No. 2

Nombre: Aníbal Guerrero

Edad: 73 años

Sexo: Masculino

Profesión: Agricultor

Enfermedad Actual: Refiere haber presentado tumoración redondeada, elevada, dura, de 1 cm, de diámetro aproximadamente, en tercio medio de cara ventral de antebrazo derecho, hace 20 años, donde permaneció sin modificaciones, asintomática, por varios meses, que desapareció sin tratamiento. Al poco tiempo presentó nueva tumoración con características similares a las de la primera, en la cara dorsal de la muñeca de la misma extremidad, la cual se extendió progresivamente, hasta cubrir una superficie de 7-9 cms. de diámetro, con superficie escamo-costrosa. Niega dolor o supuración; refiere prurito ocasional. Hace ocho años fue visto por facultativo quien practicó electrocoagulación, seguida de recidiva al poco tiempo. Actualmente no presenta síntomas ni signos de extensión.

Antecedentes de importancia: Trabajador del campo desde la infancia en diversas labores propias del mismo. Hábitos: tabáquico leve (5 - 8 ciga-

rrillos al día), alcohólico acentuado hasta hace unos años. Herida cortante en mano izquierda con sección de tendones extensores de 4to. y 5to. dedos Temblor moderado en ambas manos desde la infancia. Niega otros **antecedentes**.

Examen físico: buenas condiciones generales, enflaquecido, bien orientado, sin trastornos de la marcha ni del lenguaje. Discreta palidez cutáneo-mucosa.

Ojo: halo senil bilateral

ORL: orofaringe congestiva

Tórax: simétrico, expansibilidad respiratoria normal.

Cardiopulmonar: sin importancia.

Abdomen: excavado, blando, sin visceromegalia.

Neurológico: sin importancia.

Extremidades: lesión circular, de 9 cms. de diámetro aproximadamente, de bordes no bien limitados, de superficie rugosa de color blanco-anacardado, con escamo-costras, no dolorosa, sin signos de infección sobreagregada.

Exámenes practicados: se tomó muestra para estudio histopatológico, con impresión diagnóstica: ¿epitelioma? ¿micosis profunda? Informe recibido en el Centro de Salud de San Carlos del Zulia:

Biopsia: No. 7499. Caracas, 8-76

Material remitido: biopsia lesión en muñeca der.

Informe: hiperplasia pseudo-carcinomatosa. Escamo-costras. Microabscesos. Denso y difuso infiltrado linfohistioplasmocitario con células gigantes tipo Langhans. Presencia de numerosos cromomicetos especialmente en microabscesos y en células gigantes.

Diagnóstico: cromoblastomicosis.

Tratamiento: este paciente se ha negado a recibir tratamiento después de hecho el diagnóstico por biopsia, pues refiere que la lesión no le causa molestias.

SUMARIO.

Se hace una corta revisión de los distintos aspectos históricos, epidemiológico, clinicopatológico, diagnóstico y tratamiento de la cromoblastomycosis hasta el presente.

Se recalca la importancia de tener en mente esta posibilidad diagnóstica, especialmente en el medio rural, pues su diagnóstico preciso, por procedimientos relativamente sencillos, permiten la institución del tratamiento adecuado, cuando las lesiones aun no son extensas. Se requiere así mismo mayor investigación de los distintos procedimientos terapéuticos, especialmente en lo que se refiere a las distintas drogas ensayadas, para determinar la verdadera efectividad de las mismas.

Se presentan dos casos oriundos del Distrito Colón, diagnosticados por estudio histopatológico.

BIBLIOGRAFIA

- 1 BURROWS, W. **Textbook of Microbiology**. 18th. Ed. Philadelphia: Saunders Comp., 1963, p. 795-796.
- 2 O'DALY, J. La Cromoblastomycosis. **Rev. Policlínica de Caracas**. 4: 2300-2303, 1938.
- 3 BRICEÑO IRAGORRI, L. Sobre Cromoblastomycosis. **Rev. Cl. L. Razzetti**. 2:108-128, 1938.
- 4 CAMPINS, H. y SCHARY, M. Cromoblastomycosis. Comentarios sobre 34 casos con estudio clínico histológico y micológico. **Gaceta Médica de Caracas** 127-151, 1943.
- 5 HOMEZ, J. Diez casos de Cromoblastomycosis de los Estados Zulia y Falcón. Tratamiento con radioterapia. **Rev. Soc. Méd. Quir. del Zulia** XXVIII, 5:5-25, 1954.
- 6 HOMEZ, J., WENGER, F y CASAS, G. Cromoblastomycosis (Estudio de 50 casos observados en Maracaibo). **Rev. Kasmera** 1(3): 121-168, 1963.
- 7 CASAS R., G. La micología en el Estado Zulia. **Rev. Kasmera** 4(4): 273-320, 1973.
- 8 CONANT, N., TILLENSON, D., DENIO, R. y LAMAR J. **Micología**. 3a. Ed. México: Interamericana, 1972 p. 390-407.
- 9 RIPPON, J., **Micología Médica**. En: Burrows, W., **Tratado de Microbiología**. 20a. Ed. México: Interamericana, 1974, p. 697-649.
- 10 CONVIT, J., BORELLI, D., ALBORNOZ, R., RODRIGUEZ, G. y HOMEZ, J. Micetomas, Cromomycosis, Esporotricosis y Enfermedad de Jorge Lobo. **Mycopathologia et Mycologia Applicata**. XV, 394-407, 1961.

- 11 BRAUDE, A. Enfermedades producidas por hongos. **En:** Harrison, T. R., y cols. **Medicina Interna**, 3ra. Ed. México: Prensa Médica Mexicana, 1965, p. 1063-1064.
- 12 UTZ, J., Micosis. **En:** Cecil-Loeb. Tratado de **Medicina Interna**. 13ra. Ed., México: Interamericana, 1972, p. 727.
- 13 SOTO MELO, J., y cols. **Dermatología**, 1ra. Ed. Madrid: Marban, 1975, p. 82-92.
- 14 HUNTER, G., FRUE, W., and SWARTZWELDER, J. **A manual of Tropical Medicine**. 3rd. Ed. Philadelphia: Saunders Company, 1960, p. 231-252.
- 15 SIMONS, R. **Dermatología Tropical y Micología Médica**. México: Prensa Médica Mexicana, 1957.
- 16 GATTI, J. CARDAMA, J., **Manual de Dermatología**. 6ta. Ed. Buenos Aires: El Ateneo, 1973, p. 214-226.
- 17 JOPLING, W. **The Treatment of Tropical Diseases**. Londres: Bristol, 1960, p. 125-134.
- 18 MERK SHARP AND DOHME RESEARCH LABORATORIES. **The Merk manual**. 12th. Ed. Philadelphia, 1972, p. 180-181.
- 19 JAWETZ, E., MELNICK, J. y ADELBERG, E. **Manual de Microbiología Médica**. 4ta. Ed. México: Manual Moderno, 1970, p. 289.
- 20 ASOCIACION AMERICANA DE SALUD PUBLICA. **El Control de las Enfermedades Transmisibles en el Hombre**. 11a. Ed. Washington: OPS, 1970, p. 60-61. (OPS Publicación Científica No. 252).
- 21 HALDE, C. Enfermedades Infecciosas: Micosis. **En:** Krupp, M. y Chatton, M. **Diagnóstico Clínico y Tratamiento**. 11a. Ed. México: Manual Moderno, 1976, p. 981.
- 22 MYERS, F., JAWETZ, E. y GOLDFIEN, A. **Manual de Farmacología Clínica**. México: Manual Moderno, 1974, p. 585-594.
- 23 MARTI, M. MARONGUI, F. y LEBAS, J. **Introgenia por Medicamentos**. Buenos Aires: El Ateneo, 1971, p. 90-91.