

## Cromoblastomicosis en placa superficial. Manifestación de una variante poco habitual

Iris Álvarez-Montiel<sup>1</sup>  
Alexandro Bonifaz<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Dermatóloga pediatra. Docente en Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras.

<sup>2</sup> Departamento de Micología, Servicio de Dermatología. Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga, México, DF.

### RESUMEN

La cromoblastomicosis es una micosis subcutánea crónica causada por hongos dematiáceos o melanizados que afectan frecuentemente a campesinos y trabajadores de las áreas rurales. Comunicamos el caso de una paciente de 30 años de edad con una dermatosis localizada en la cara interna del brazo izquierdo, que se distinguía en un inicio por una lesión papular con crecimiento paulatino, hasta convertirse en una placa cicatricial de 7 x 8 cm de ocho años de evolución. El estudio histopatológico evidenció células muriformes que confirmaron el diagnóstico de cromoblastomicosis. La paciente recibió tratamiento con itraconazol y tuvo curación clínica y micológica.

**Palabras clave:** cromoblastomicosis, dematiáceo, *Fonsecaea pedrosoi*, itraconazol.

## Superficial plaque chromoblastomycosis. An unusual variant

### ABSTRACT

*Chromoblastomycosis is a chronic subcutaneous mycosis caused by dematiaceous or melanized fungi, that frequently affects farmers and rural workers. We report a case of a 30-year-old female patient with 8-year history of presenting a dermatosis localized inside of his left arm, characterized by a papular lesion with gradual growth into a scar plate of 7 x 8 cm. Histopathologic study found muriform cells, confirming the diagnosis of chromoblastomycosis. The patient was treated with itraconazol and had clinical and mycological cure.*

**Key words:** chromoblastomycosis, dematiaceo, *Fonsecaea pedrosoi*, itraconazole.

Recibido: 10 de junio 2014

Aceptado: 27 de agosto 2014

**Correspondencia:** Dra. Iris Álvarez Montiel  
Clínicas Médicas Danlí, contiguo Farmacia Regis  
Danlí, El Paraíso, Honduras  
irisrobinda@yahoo.com.mx

### Este artículo debe citarse como

Álvarez-Montiel I, Bonifaz A. Cromoblastomicosis en placa superficial. Manifestación de una variante poco habitual. Dermatol Rev Mex 2014;58:529-533.

## ANTECEDENTES

La cromoblastomicosis es una micosis subcutánea o de implantación de curso crónico que afecta la piel y el tejido celular subcutáneo, causada por la inoculación de especies de hongos negros pertenecientes al orden *Chaetothyriales*, presentes en el suelo y en los componentes vegetales.<sup>1-3</sup> En las diversas regiones cálido-húmedas de México y Centroamérica es un padecimiento frecuente, de curso muy lento, que se mantiene limitado prácticamente al tejido subcutáneo; se considera que es la micosis profunda más superficial, si se compara con la esporotricosis y el micetoma; es decir, por lo regular, no afecta los huesos, raras veces se disemina por vía linfática y es excepcional la afectación del sistema nervioso central.<sup>1,4</sup> El diagnóstico es básicamente clínico, pero hay una serie de padecimientos similares de los que se debe diferenciar; de éstos sobresalen: tuberculosis (verrugosa), leishmaniasis y esporotricosis. La confirmación del padecimiento se realiza con estudios micológicos y el estudio histopatológico es de gran ayuda.<sup>1,4,5</sup> A pesar de lo limitado de esta micosis, no se cuenta con un tratamiento de elección y existe una serie de opciones terapéuticas, desde físicas como la intervención quirúrgica y, recientemente, los nuevos antimicóticos orales. En general, la decisión terapéutica depende de una serie de factores, como: extensión y tipo de lesiones, topografía clínica, agente etiológico y condiciones del paciente.<sup>1-3,6</sup>

De los agentes causales, los que se aíslan con más frecuencia son *Fonsecaea pedrosoi* y *Cladophialophora carrionii*, que afectan en todo el mundo, pero tienen mayor incidencia en países de clima tropicales o subtropicales; el primero se reporta en medio cálido-húmedo.<sup>1,3,5,7</sup> Los habitantes de las zonas rurales, especialmente campesinos, agricultores o trabajadores de granjas, son los más afectados. Esta micosis aparece tras la inoculación traumática en la piel

con material orgánico contaminado;<sup>3,4</sup> por ello comunicamos este caso con variante clínica poco habitual, para insistir en la importancia clínico-terapéutica de esta micosis.

## CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 30 años de edad, procedente de Moroceli, El Paraíso, zona oriental de la República de Honduras, campesina, sin antecedentes patológicos personales ni familiares. Refirió que tras sufrir un traumatismo con una planta no especificada en la cara interna del brazo izquierdo, que al inicio era una lesión papular con crecimiento paulatino, hasta ser una placa pequeña de 1 cm de diámetro de 8 años de evolución, se automedicó sustancias irritantes no especificadas por tiempo indefinido, sin tener mejoría. La paciente padecía una dermatosis localizada en la cara interna del brazo izquierdo, que se distinguía por una placa eritematosa con tamaño de 7 x 8 cm, bordes bien definidos, eritematosos, con zonas centrales que simulaban una cicatriz (Figuras 1 y 2). El diagnóstico clínico presuntivo fue cromoblastomicosis vs dermatosis reaccional.

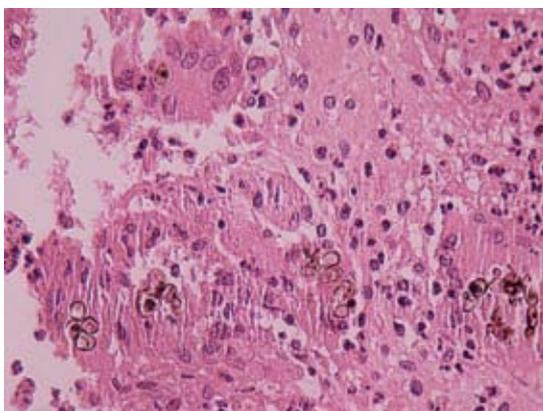


**Figura 1.** Cromoblastomicosis en placa superficial (basal).



**Figura 2.** Lesión residual hipopigmentada de la cromoblastomicosis después de seis meses de tratamiento con itraconazol.

La biopsia reportó: dermis superficial y media, con reacción granulomatosa constituida por linfocitos, células epitelioides, células gigantes de tipo Langhans y células muriformes o fumaoides muriformes (Figura 3). No se logró aislar al agente etiológico debido a que la paciente recibía tratamiento con antimicótico (fluconazol 150 mg/día) por un periodo de un mes. Con el diagnóstico confirmativo de cromoblastomicosis de placa superficial se inició tratamiento con itraconazol a dosis de 200 mg/día, durante seis meses, con buena respuesta. Actualmente no ha



**Figura 3.** Biopsia. Múltiples células muriformes de cromoblastomicosis (HyE, 40X).

tenido actividad clínica, por lo que se consideró curada.

## DISCUSIÓN

La cromoblastomicosis es una enfermedad progresiva; es una micosis crónica que afecta la piel y el tejido celular subcutáneo, frecuente en países de clima tropical y subtropical, producida por hongos negros de los géneros *Fonsecaea*, *Cladophialophora* y *Phialophora*, los más frecuentes son *F. pedrosoi* y *C. carrionii*,<sup>1,3</sup> como resultado de la inoculación traumática por la pérdida de continuidad de la piel, se observa con mayor incidencia en hombres agricultores y los miembros inferiores son los sitios más afectados. Estos hongos se han aislado en tierra, madera y vegetales podridos. Es una enfermedad de curso lento, con muy escasa propagación a través de los vasos linfáticos y los huesos.<sup>4-7</sup>

La cromoblastomicosis inicia tras la inoculación del agente causal en la piel; la mayor parte de las veces ocurre en las extremidades inferiores, favorecida por factores predisponentes, como no usar calzado y ser labrador de zonas rurales.<sup>1,4,5</sup> En las zonas donde la enfermedad es prevalente, las lesiones aparecen en las extremidades superiores, aunque la cromoblastomicosis puede afectar diversos sitios, como los glúteos, el tronco o la cara. La lesión inicial puede ser una pápula unilateral del color de la piel o rosado, con superficie lisa y pequeña, que aumenta de tamaño y número; con el tiempo forma diversos tipos de lesiones. Existen diferentes clasificaciones; la más utilizada es la descrita por Carrion en 1950, caracterizada por cinco variantes de manifestaciones clínicas: nodular, placa, tumoral, cicatricial o verrugosa.<sup>1,3</sup>

La variante superficial, llamada por algunos psoriasis-like o psoriasiforme, es una manifestación también subcutánea, con pocas probabilidades de diseminación y con altas posibilidades de

alivio. Las variantes clínicas son superficiales y profundas; en las primeras hay placas finas y responden bien a los medicamentos, independientemente del tamaño de la lesión; las profundas son tumorales o verrugosas, son las más frecuentes, pero no responden bien al tratamiento debido a que se complican con fibrosis, lo que impide la penetración del fármaco. El prurito es un síntoma frecuente que favorece la autoinoculación y la diseminación. Sin duda, lo más relevante de esta forma clínica que tuvo nuestra paciente es que regularmente no se piensa de primera intención en cromoblastomicosis, porque puede comportarse como dermatitis crónica por contacto, por placa de psoriasis o como tiña corticoestropeada. Es importante realizar la adecuada anamnesis, en la que se correlacione la zona endémica, la probabilidad del inóculo y la cronicidad. A pesar de que ésta es la forma más benigna de la enfermedad, no tiende a la curación y su extensión es muy lenta; es decir, llega a duplicar su tamaño en años.<sup>1,2,7,8</sup> Es importante remarcar la diferencia entre la enfermedad nodular crónica, que es la más frecuente y fácil de diagnosticar, pero es más difícil de alcanzar el éxito terapéutico debido a la fibrosis; en cambio, los casos superficiales son más difíciles de sospechar clínicamente, pero en ellos es mucho más fácil alcanzar la curación clínica y micológica.

En Honduras, la cromoblastomicosis se reporta sobre todo en las zonas cálidas húmedas debido a que gran parte de este país cumple con estas condiciones de clima tórrido; se pueden observar casos desde el noroccidente (estados de Colón, Olancho y Gracias a Dios), de donde provenía nuestra paciente; asimismo, de los estados del occidente (Copán y Ocotepeque). La temperatura que predomina en la zona oriental de Honduras es de 25 a 30°C durante la mayor parte del año; esto favorece el crecimiento de los hongos. Con estas características climatológicas, el probable agente causal en la paciente fue *F. pedrosoi*, que no pudo aislarse debido al

antecedente de prescripción de antimicóticos y por no contar con un centro asistencial cercano donde realizar los cultivos; por estas razones acudimos al estudio histopatológico para establecer el diagnóstico, que se convirtió en la herramienta diagnóstica más útil. Desde hace años se conocen reportes de esta enfermedad y aunque recientemente no hay comunicaciones escritas es común ver casos en reportes verbales o presentaciones hospitalarias.<sup>9,10</sup>

En la cromoblastomicosis, la manera más sencilla de hacer el diagnóstico es por medio de hidróxido de potasio con el que se observan las células fumagoides o muriformes. Los cultivos en medio de Sabouraud determinan el agente causante de la enfermedad, en climas cálidos y húmedos se aísla *F. pedrosoi* y en climas semiáridos, *Cladophialophora carrionii*. El estudio histopatológico es fundamental, en particular cuando no se cuenta con estudios micológicos (como en nuestro caso). En general, el proceso histológico indica hiperqueratosis con paraqueratosis y acantosis formando hiperplasia pseudoepiteliomatosa; en la dermis se observa reacción granulomatosa constituida por linfocitos, células epitelioides, células gigantes de tipo Langhans y cuerpo extraño. No es necesario hacer tinciones especiales para observar las células muriformes, que poseen su propio pigmento melánico y es fácil localizarlas en microabscesos o incluso dentro de células gigantes multinucleadas.<sup>3,5</sup>

El diagnóstico diferencial incluye enfermedades infecciosas, como: esporotricosis cutánea fija, feohifomicosis nodular, blastomicosis, paracoccidioidomicosis, coccidioidomicosis, tuberculosis cutánea, micobacteriosis no tuberculosa (*M. marinum*, *M. fortuitum*), lepra, ectima, nocardiosis y leishmaniasis, y enfermedades no infecciosas, como: carcinoma de células escamosas, psoriasis, lupus, tiñas corticoestropeadas, sarcoidosis;<sup>1-3</sup> estas últimas son los principales diagnósticos diferenciales para la variante que comunicamos.

No hay un tratamiento definitivo de la cromoblastomicosis porque es difícil de tratar y propensa a la recurrencia; existe una serie de opciones terapéuticas, como tratamiento físico, quimioterapia y la combinación de éstos.<sup>5</sup> La eficacia del tratamiento depende del agente causal, la forma clínica y la elección de los antifúngicos. La evaluación de la eficacia del tratamiento depende de los criterios de remisión, basados en los aspectos clínicos, micológicos e histopatológicos de las lesiones y de la respuesta inmunitaria del huésped pre y postratamiento. Casi no se prescriben 5-fluocitosina y fluconazol; la anfotericina B está contraindicada debido a su nefrotoxicidad y cardiotoxicidad. Los triazoles y la terbinafina son los medicamentos que han demostrado mayor eficacia. El itraconazol es un triazol de primera generación que ejerce su acción al inhibir la membrana celular a través del bloqueo de 14-a-desmetilasa, con escasa resistencia, debido a que este medicamento ejerce disminución de la fibrosis; se administra a dosis de 200 mg al día, durante 6 a 12 meses.<sup>1,6,11,12</sup> La terbinafina es una alilamina por bloqueo de la escualeno epoxidasa con acción fungicida en vez de fungistática y efecto antifibrótico. Se prescribe a dosis de 250-500 mg al día y se obtiene mejor resultado con dosis de 500 mg después de 12 meses de tratamiento; la curación es adecuada.<sup>6,12</sup>

En lesiones pequeñas y delimitadas se puede realizar cirugía convencional con buenos resultados. La electrodesecación puede favorecer la propagación de la enfermedad por vía linfática. Una alternativa en el tratamiento es la termoterapia, debido a que *F. pedrosoi* es sensible a temperaturas altas, con lo que se obtiene mejoría considerable, lo que no ocurre con baños calientes, porque favorecen la propagación de la enfermedad.<sup>6,12</sup>

La combinación de antimicóticos con la crioterapia es uno de los métodos con mejor resultado

terapéutico, ya sea itraconazol o terbinafina; deben administrarse al menos un mes antes del procedimiento para evitar la diseminación linfática que se ha reportado con la criocirugía sola.<sup>1,6,12</sup>

El pronóstico de la cromoblastomicosis es bueno, debido a que muy escasamente se propaga a los órganos internos; además, es un reto terapéutico con buenos resultados a la combinación de los tratamientos, como los antimicóticos y la crioterapia. El advenimiento de los nuevos triazoles también favorece la curación.<sup>1,3,6,12</sup>

## REFERENCIAS

1. Queiroz-Telles F, Esterre P, Pérez-Blanco M, Vitale RG, et al. Chromoblastomycosis: an overview of clinical manifestations, diagnosis and treatment. *Med Mycol* 2009;47:3-15.
2. López-Martínez R, Méndez-Tovar LJ. Chromoblastomycosis. *Clin Dermatol* 2007;25:188-194.
3. Torres-Guerrero E, Isa-Isa R, Isa M, Arenas R. Chromoblastomycosis. *Clin Dermatol* 2012;30:403-408.
4. Queiroz-Telles F, Nucci M, Colombo AL, Tobón A, Restrepo A. Mycoses of implantation in Latin America: an overview of epidemiology, clinical manifestations, diagnosis and treatment. *Med Mycol* 2011;49:225-236.
5. Santos AL, Palmeira VF, Rozental S, Kneipp LF, et al. Biology and pathogenesis of *Fonsecaea pedrosoi*, the major etiologic agent of chromoblastomycosis. *FEMS Microbiol Rev* 2007;31:570-591.
6. Queiroz-Telles F, Santos DW. Challenges in the therapy of chromoblastomycosis. *Mycopathologia* 2013;175:477-488.
7. Bonifaz A, Carrasco-Gerard E, Saúl A. Chromoblastomycosis: a clinical and mycological experience of 51 cases. *Mycoses* 2001;44:1-7.
8. Pires CAA, Xavier MB, Quaresma JAS, Macedo GMM, et al. Clinical, epidemiological and mycological report on 65 patients from the Eastern Amazon region with chromoblastomycosis. *An Bras Dermatol* 2012;87:555-560.
9. Cueva JA. Cromoblastomicosis en Honduras. *Rev Med Hondur* 1956;24:112-117.
10. Corrales-Padilla H. Cromomycosis. *Medicina Cutánea* 1970;5:187-196.
11. Antonello VS, Appel Da Silva MC, Cambuzzi E, Kliemann DA, et al. Treatment of severe chromoblastomycosis with itraconazole and 5-flucytosine association. *Rev Inst Med Trop Sao Paulo* 2010;52:329-331.
12. Bonifaz A, Paredes-Solis V, Saul A. Treating chromoblastomycosis with systemic antifungals. *Expert Opin Pharmacother* 2004;5:247-257.