

CROMOBLASTOMICOSIS, SU DIAGNÓSTICO HISTOPATOLÓGICO, A PROPÓSITO DE UN CASO.

Roxana Rivera Rivadulla¹ Grecia María Giniebra Marín² Yaima Gorrín Díaz³ Carlos Emilio Díaz Domínguez⁴.

¹Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral y Dermatología. MsC. en Atención integral al niño. Profesor Asistente. Investigador Agregado. Hospital Clínico Quirúrgico Docente León Cuervo Rubio. roxanarivadulla@gmail.com. ORCID:<https://orcid.org/0000-0002-4545-2233>

²Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral y Dermatología. MsC. en Urgencias Médicas en APS. Profesor Asistente. Investigador Agregado. Hospital Clínico Quirúrgico Docente León Cuervo Rubio. greciam@infomed.sld.cu. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2179-4482>

³Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral y Dermatología. Profesor Asistente. Investigador Agregado. Hospital Clínico Quirúrgico Docente León Cuervo Rubio. eduard13@nauta.cu. ORCID:<https://orcid.org/0000-0003-4685-6472>

⁴Especialista de Primer Grado en Medicina Legal. Profesor Asistente. Hospital Clínico Quirúrgico Docente Dr. Mario Muñoz Monroy. diazdominguezcarlosemilio@gmail.com.

RESUMEN

Se presenta el caso de un paciente de 38 años, campesino, seropositivo al VIH quien presentó inicialmente una placa eritematoescamosa en dorso del pie izquierdo, diseminándose a la región plantar y al tercio inferior de la pierna izquierda, tuvo crecimiento lento y progresivo, hasta alcanzar gran tamaño, tornándose hiperqueratósica, rugosa y apareciendo posteriormente nódulos, vegetaciones y fisuras; con un tiempo de evolución de cinco años. Como secuela presenta elefantiasis unilateral, conocida también como pie musgoso.

El cultivo de la lesión y el estudio histopatológico mostraron una Cromoblastomycosis, siendo la biopsia el método auxiliar vital en el diagnóstico positivo de esta dermatosis. La biopsia incisional estableció el vínculo necesario entre el examen macroscópico y microscópico de la piel, además de la interrelación básico-clínica entre dos disciplinas: Histología y Dermatología respectivamente.

Palabras clave: Cromoblastomycosis, células fumagoides, Phialophora verrucosa, elefantiasis, pie musgoso, estudio histopatológico, VIH/sida.

INTRODUCCIÓN

La Cromoblastomycosis es una micosis subcutánea que afecta piel y tejido celular subcutáneo; se localiza preferentemente en las extremidades inferiores; se caracteriza por lesiones verrugosas, nodulares o atróficas de evolución crónica y tratamiento difícil. Predomina en el medio rural, particularmente en climas tropicales y subtropicales (80%).^{1, 2} Afecta con mayor frecuencia a varones (70 a 91%) de 30 a 60 años de edad (67%), principalmente campesinos (80%), por la exposición a material contaminado.^{1, 2} La infección natural se encuentra en perros, gatos, caballos, ranas, sapos y lobos marinos (*Bufo marinus*). No se transmite de una persona a otra. Se considera una enfermedad ocupacional. Se ha documentado complicación con carcinoma epidermoide en alrededor de 20 casos.³

La afección por lo general permanece localizada en una de las extremidades inferiores, sin embargo se han descrito casos raros de afectación del sistema nervioso central, asociados o no a lesiones cutáneas. Las metástasis sanguíneas son raras pero posibles.³

La respuesta inmune está mediada por neutrófilos y macrófagos causando procesos granulomatosos.³ Los macrófagos no son capaces de destruir las células fúngicas

fagocitadas y éstas se desarrollan en su interior. Según la respuesta inmune dominante se pueden diferenciar cinco formas clínicas: nodulares, lesiones tumorales, verrugosa, placa y cicatriciales; pudiendo ser formas leves, como pequeños nódulos, hasta enfermedades incapacitantes extensas.^{4,5}

Actualmente gracias a la biopsia incisional es posible realizar un diagnóstico oportuno y lograr diferenciar las micosis subcutáneas de otras enfermedades fúngicas, así como de otras dermatosis (leishmaniasis, esporotricosis, psoriasis, lepra, tuberculosis cutánea) para un manejo eficaz.²

Si no se trata a tiempo, las complicaciones pueden ser infecciones secundarias, ulceraciones y carcinogénesis de células escamosas.^{1,2} De ahí la importancia del estudio oportuno del paciente, donde intervienen puntualmente los especialistas en Dermatología y Anatomía Patológica.

Presentamos el caso clínico de un paciente masculino, VIH positivo, con lesión eritematoescamosa de cinco años de evolución, donde la biopsia ocupó un lugar central para arribar al diagnóstico positivo de esta dermatosis.

La biopsia cutánea representa el vínculo básico clínico entre las disciplinas Anatomía Patológica y Dermatología. El fácil acceso al órgano estudiado y la

valiosa información obtenida de los exámenes histopatológicos facilitaron el diagnóstico de Cromoblastomycosis. Lo inusual de esta afección nos motivó a la presentación de este caso.

PRESENTACIÓN DE CASO

Motivo de consulta: lesiones en pierna y pie izquierdo

Historia de la enfermedad actual: Paciente de 38 años, campesino, seropositivo al VIH desde hace 2 años, acude a consulta de Dermatología por tener lesiones cutáneas en miembro inferior izquierdo. Inicialmente era una placa eritematoescamosa en dorso del pie izquierdo, diseminándose a la región plantar y al tercio inferior de la pierna del mismo lado, tuvo crecimiento lento y progresivo, hasta alcanzar gran tamaño, tornándose hiperqueratósica, rugosa y apareciendo posteriormente nódulos, vegetaciones y fisuras; con un tiempo de evolución de cinco años. Este cuadro se acompaña de prurito de intensidad moderada, aumento de volumen del miembro y dificultad para la marcha. Ha tenido además linfangitis a repetición con instauración de linfedemas, incrementándose hasta convertirse en elefantiasis no filariana. El aumento de volumen no ha sido doloroso; se recoge el antecedente de que en ocasiones presenta salida de linfa por pequeñas fisuras que aparecen en zonas donde la piel está muy tensa. Presentó cierto grado de pérdida de la sensibilidad, lo que pudiera llevar a lesiones cutáneas sin que el paciente se percate.

Al examen físico (datos significativos)

Mucosas: hipocoloreadas y húmedas

Piel: (Pierna y pie izquierdo) engrosada y agrietada, con lesiones verrugosas exofíticas de diferentes tamaños y formas. Presencia de hiperqueratosis marcada. Múltiples nódulos indurados e indoloros, de bordes irregulares, algunos de ellos ulcerados, con presencia de exudación fétida.

Uñas: Las láminas ungueales de las uñas del pie izquierdo hiperqueratósicas, deslustradas, con presencia de estrías longitudinales.

TCS: Infiltrado en los dos tercios inferiores del miembro inferior izquierdo.



Exámenes complementarios

Hb: 102 g/l

Hematócrito: 0.33 l/l

Glicemia: 4,2 mmol/l

VIH: positivo VDRL:negativo

Eritrosedimentación: 75 mm/hora

Espuito BAAR: Negativo

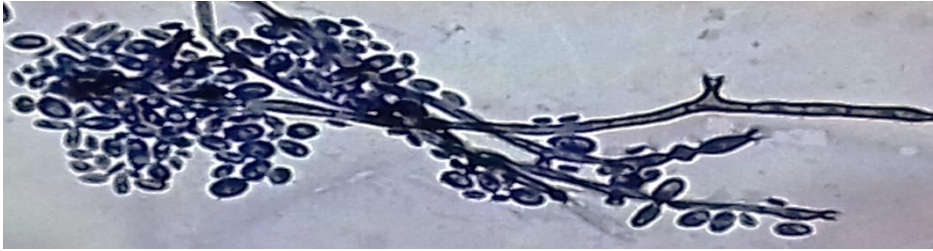
Baciloscopía: Negativa

Examen directo KOH: Se observaron estructuras oscuras de color café, septadas, esféricas y de doble membrana; agrupadas y aisladas en correspondencia con las células fumagoides.

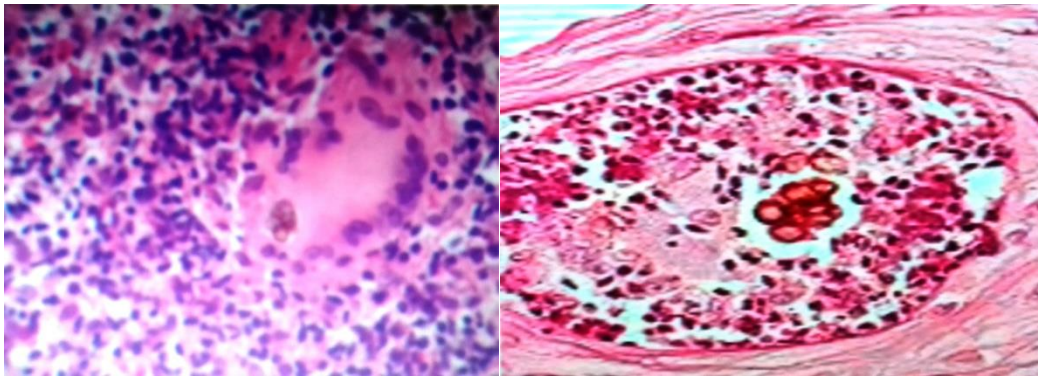


Cultivo micológico en medio Sabouraud con cloranfenicol y ciclohexamida: Crecieron colonias de color gris oscuro a negras, con aspecto velloso y de

superficie elevada, que correspondían a un hongo dematiáceo (*Phialophora verrucosa*).



Biopsia de piel: Reportó epidermis con hiperqueratosis paraqueratósica focal y acantosis irregular marcada. En la dermis se observa un granuloma Tuberculoide con células gigantes de Langhans y presencia de células fumagoides; compatible con Cromoblastomicosis.



Gracias al estudio histopatológico pudieron ser descartadas entidades como Tuberculosis cutánea, Micetoma o Pie de Madura, Carcinoma Epidermoide, Lepra Lepromatosa que fueron sospechadas al inicio de la valoración del paciente.

Diagnóstico positivo: Cromoblastomicosis.

DISCUSIÓN

La cromoblastomicosis es una micosis subcutánea crónica, de naturaleza granulomatosa, considerada por algunos autores como la más superficial de las micosis profundas, causadas por especies de la familia Dematiaceae.^{1, 4, 6}

Se observa esta afección en zonas tropicales y subtropicales del planeta. La vía de entrada es la cutánea, a través de una solución de continuidad (herida o traumatismo), aunque a veces en el interrogatorio no se recoge este dato como en el caso que presentamos. No se transmite de hombre a hombre y en los animales es rara esta afección. Se considera una enfermedad ocupacional,

frecuente en leñadores, jardineros, carpinteros y campesinos.^{5, 6} Tal es el caso de nuestro paciente quien es trabajador agrícola o sea campesino.

Es habitual que las lesiones se encuentren en las zonas del cuerpo más expuestas. Se presenta en las extremidades en 98%, las inferiores en 54 a 80%; es más frecuente la localización distal, con franco predominio en el pie, lo que coincide con el caso que presentamos.⁷

Los miembros superiores se afectan en un 18 % de los casos, de forma especial en el dorso de las manos y dedos; puede afectar con menor frecuencia la cara, cuello, abdomen y glúteos.⁷

La lesión inicial comienza varios meses después de la inoculación del hongo. La infección bacteriana es la complicación más frecuente, aunque se han reportado casos de pacientes con cuadro de elefantiasis, linfedema y carcinoma epidermoide insertado en lesiones de larga evolución.^{6, 8, 9}

El paciente de nuestro estudio presentó lesiones de cinco años de evolución y tuvo como complicación la elefantiasis no filariana conocida también como pie musgoso. El cuadro clínico de la elefantiasis se caracteriza por el edema persistente de una o ambas piernas, puede después de algunos años resultar con un patrón cutáneo curioso, el cual se designa elefantiasis nostras verrugosa.^{8, 9} La piel de los tobillos, dorso de pie y piernas se vuelve muy engrosada. Las excrescencias superficiales verrugosas proliferan en las piernas, recordando las de un elefante. El agrandamiento es indoloro, el edema no resuelve con elevación de los pies.^{1, 2}

El diagnóstico positivo de Cromomicosis se establece por los antecedentes, el cuadro clínico y los exámenes complementarios. En el examen directo se recolectan las escamas, se colocan entre el cubre y portaobjetos con KOH al 30 % y se observan las formas parasitarias de células fumagoides, que son los cuerpos de Medlar, que aparecen como corpúsculos esféricos, de color pardo amarillento, de paredes gruesas, algunos tabicados, aislados unos y confluyentes otros.^{10, 11, 12}

El cultivo permite el diagnóstico de certeza con el aislamiento del hongo, aunque si se observan los esclerotes en el examen directo es un diagnóstico bastante confiable.^{9, 10} El cultivo se realiza en medio Sabouraud con cloranfenicol y ciclohexamida. Se plantea que se debe esperar hasta seis semanas para descartar el hongo, ya que estos son de crecimiento lento.¹² Se han señalado 10 especies causales: *Phialophora verrucosa*, *Cladosporium carrionii*, *Xylohypha bantiana*, *Fonsecaea compacta*, *F. monophora*, *F. nubica*, *Acrotheca aquaspersa*, *Wangiella dermatitidis*, *Exophiala spinifera* y *Fonsecaea pedrosoi*.^{1, 2, 8}

En la histología se observa un granuloma tuberculoide, que contiene células fumagoides o cuerpos de Medlar, elementos imprescindibles para hacer el diagnóstico positivo.^{8, 9} Las lesiones de cromomycosis son recalcitrantes y difíciles de curar. El tratamiento de esta infección cambia de forma constante, ya que no se ha llegado a un consenso sobre el régimen terapéutico.^{1, 2, 8}

Las opciones terapéuticas son limitadas e individuales para cada paciente. Los antimicóticos más utilizados son itraconazol oral, terbinafina, ketoconazol, 5-fluorocitosina, anfotericina B, fluconazol, posaconazol y voriconazol. Además puede utilizarse crioterapia con nitrógeno líquido, electrodesecación local, radioterapia, láser de CO₂, terapia fotodinámica y la cirugía. Las terapias combinadas han tenido mayor éxito.^{2, 11}

Nuestro paciente fue tratado por un equipo multidisciplinario que incluyó varios especialistas: Dermatólogo, Médico internista, Inmunólogo y Psicólogo. Dentro de los pilares de tratamiento la terapia antirretroviral TARV fue un pilar primordial pues la respuesta al tratamiento es más lenta en el paciente inmunosuprimido que en el inmunocompetente.

Fue de gran utilidad el uso de antimicóticos sistémicos por 12 meses; como el itraconazol oral a razón de 400 mg/día combinado con crioterapia, fue alternado con la terapia oral con terbinafina 500 mg diarios. Se realizó mensualmente pruebas de funcionamiento hepático, las cuales mostraron resultados dentro de límites normales. La asociación de antibióticos como profilaxis de otras infecciones oportunistas también fue necesaria en este paciente por tratarse de un caso seropositivo al VIH. El paciente mantuvo además el cumplimiento de medidas generales (higiénico-dietéticas) como complemento del tratamiento medicamentoso.

A pesar de que las lesiones no remitieron en su totalidad, hubo mejoría de las mismas y el paciente no presentó lesiones nuevas. El prurito asociado desapareció con el uso de antihistamínicos H₁ y H₂.

Se presenta este caso por ser una enfermedad poco frecuente, por la gran extensión de las lesiones cutáneas y la larga duración, que en muchas ocasiones son confundidas y tratadas como otras enfermedades antes de llegar al diagnóstico definitivo.

CONCLUSIONES

La Cromoblastomycosis es una micosis subcutánea rara, considerada una enfermedad ocupacional. El cultivo de la lesión y el estudio histopatológico permitieron arribar al diagnóstico certero de la enfermedad, siendo la biopsia el método auxiliar vital en el diagnóstico positivo de esta entidad. Este caso ilustra el necesario vínculo básico-clínico entre las disciplinas Histología y

Dermatología para diagnosticar y tratar oportunamente las dermatosis, evitando así complicaciones, satisfacer las necesidades del paciente y elevar su calidad de vida.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Arenas R. Micología Médica Ilustrada. 5ta ed. México: McGraw-Hill; 2014.
2. Andrews' Diseases of the Skin. 11th ed. Philadelphia: Saunders; 2011.
3. Avelar Pires C, Simoes Quaresma JA, Moraes de Macedo GM, Brasil Xavier M, Cardoso de Brito A. Revisiting the clinical and histopathological aspects of patients with chromoblastomycosis from the Brazilian Amazon region. Arch Med Res [Internet]. 2013 May [cited 2017 May 5];44(4):[about 5 p.]. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0188440913001082>
4. Trevino de la Fuente F, Salas-Alanis JC, Tre-jo Castro AI, Moreno Trevino MG, Bonifaz A. Quiz/Cromoblastomycosis. Dermatología. CMQ. 2016;14 (3):252-253.
5. Atoche-Diéguez CE, Torres-Guerrero E, López-González R, Arenas R. Panorama epidemio-lógico de la cromoblastomycosis en el Centro Dermatológico de Yucatán. Dermatol Rev Mex. 2016 Nov;60(6):459-466.
6. Ferrá Torres TM, Florat Gutiérrez D, Flores Salazar S, Gabriel Coox Y. Cromomycosis. Informe de un caso con localización atípica. Dermatologia CMQ. 2017;15(2):81-83.
7. Hay RJ. Enfermedades micóticas profundas. En: Goldsmith LA, Katz S, Gilchrest BA, Paller AS, Leffell DJ, Wolff K, editores. Dermatología en medicina general. 8va ed. España: Editorial Médica Panamericana; 2014. p. 2312-28.
8. Bonifaz A. Micología Médica Básica. 5ta ed. México: McGraw-Hill; 2015.
9. Marques GF, Masuda PY, Sousa JMP, Barreto JA, Wachholz PA. Clinical and demographic profile of chromoblastomycosis in a referral service in the midwest of São Paulo state (Brazil). An Bras Dermatol [Internet]. 2015 Jan-Feb [cited 2017 Jun 10];90(1):[about 3 p.]. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/abd/v90n1/0365-0596-abd-90-01-0140.pdf>
10. Queiroz-Telles FI. Chromoblastomycosis: A Neglected Tropical Disease. Rev Inst Med Trop S. Paulo [Internet]. 2015 Sep [cited 2017 Jun 10];57(19):[about 5 p.]. Available from:

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0036-46652015000800046&script=sci_arttext&lng=es

11. Brun S, Zumelzu C, Hoanganh MB, Levy A, García-Hermoso D, Laroche L, et al. First case of chromoblastomycosis from Bangladesh. *Med Mycol Case Report* [Internet]. 2015 Dec [cited 2017 Jun 10];10:[about 3 p.]. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2211753915000263>
12. Flores Salazar SL, Ferrá Torres TM, Florat Gutiérrez D, Gabriel Coox Y. Cromomicosis: presentación de un caso. *AMC* [Internet]. 2018 Abr [citado 2019 Feb 15] ; 22(2): 224-230. Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552018000200012&lng=es.
13. Ventura Flores R, Failoc Rojas V, Silva Díaz H. Cromoblastomicosis: características clínicas y microbiológicas de una enfermedad desatendida. *Rev Chilena Infectol* 2017; 34 (4): 404-407.