

INFORME DE CASO

Cromomicosis. Presentación de un paciente

Chromomycosis. Presentation of a patient

MSc. Dra. Damarys Pérez Fleites¹

Dra. Amelia Betancourt Pérez²

Dr. Yordan Martín Pozo³

¹ Máster en Enfermedades infecciosas. Especialista de I Grado en Medicina General Integral y Dermatología. Profesor Asistente de la Universidad de Ciencias Médicas "Dr. Serafín Ruiz de Zárate Ruiz", Santa Clara. Hospital Clínico Quirúrgico "Arnaldo Milián Castro", Santa Clara, Villa Clara, Cuba. Correo electrónico: damaryspf@hamc.vcl.sld.cu

² Especialista de I Grado en Medicina General Integral y Dermatología. Profesor Instructor de la Universidad de Ciencias Médicas "Dr. Serafín Ruiz de Zárate Ruiz", Santa Clara. Hospital Clínico Quirúrgico "Arnaldo Milián Castro", Santa Clara, Villa Clara, Cuba. Correo electrónico: damaryspf@hamc.vcl.sld.cu

³ Especialista de I Grado en Medicina General Integral y Dermatología. Profesor Instructor de la Universidad de Ciencias Médicas "Dr. Serafín Ruiz de Zárate Ruiz", Santa Clara. Hospital Clínico Quirúrgico "Arnaldo Milián Castro", Santa Clara, Villa Clara, Cuba. Correo electrónico: damaryspf@hamc.vcl.sld.cu

RESUMEN

La cromomicosis es una micosis subcutánea o profunda de curso crónico causada por un grupo de hongos dematiáceos que se caracteriza por la formación de nódulos cutáneos verrucosos y está localizada en zonas expuestas, fundamentalmente en los miembros inferiores y superiores. Se presenta un paciente masculino de 49 años de edad, piel blanca actínica, de profesión chofer de un camión de comunales, que desde el año 2010 presentaba una lesión en el dorso de la mano izquierda. Se le realizó un examen micológico con cultivo y se aisló la *Phialophora verrucosa*. Posteriormente la lesión se extendió a toda la mano, el antebrazo y la cara interna del brazo izquierdo. Fue ingresado en el Hospital Clínico Quirúrgico "Arnaldo Milián Castro" y se le aplicó un tratamiento antimicótico con anfotericina B endovenosa, previamente con ketoconazol y fluconazol, y finalmente tratamiento quirúrgico con exéresis y colgajos locales e injertos libres de piel; su evolución fue muy favorable y se encuentra en tratamiento de fisioterapia y rehabilitación.

Palabras clave: cromoblastomicosis, micología, colgajos quirúrgicos

ABSTRACT

Chromomycosis is a subcutaneous mycosis or deep of chronic course, caused by a group of dematiaceous fungus, and it is characterized by the formation of warty

skin nodules primarily located in areas exposed upper and lower limbs. It is presented a male patient of 49 years old with actinic white skin, of truck driver profession in community service, that since 2010 had injury to the back of his left hand, it was made a mycological examination with grow and isolated the Warty Phialophora; later, the injury was extended to the entire hand, forearm and inner side of the left arm. He was entered in the "Arnaldo Milian Castro" Surgical Hospital where he underwent antifungal treatment with amphotericin B endovenous, previously with Ketoconazole and Fluconazole, and finally surgical treatment with excision and local flaps and free skin grafts; his evolution was very favorable and he is in physical therapy and rehabilitation.

Key words: chromoblastomycosis, mycology, surgical flaps

La cromomicosis es una micosis profunda de localización subcutánea -observada por primera vez en 1911 por Pedroso en Brasil-¹ producida por hongos dematiáceos denominados por Borelli "cromomicetos" por ser de color negro. El agente causal ingresa a través de heridas punzantes, predominantemente en los miembros inferiores, y ocasionalmente puede diseminarse por la vía linfática, la sanguínea o por la autoinoculación a otras zonas del cuerpo por el rascado. El contacto con restos vegetales es el mayor factor de riesgo y puede existir susceptibilidad genética.^{2,3}

Las especies más frecuentes en áreas tropicales son el *Fonsecae pedrosoi*, la *Phialophora verrucosa* y el *Cladosporium carrionii*.³ Es una enfermedad de predominio en regiones tropicales y subtropicales, particularmente de América Latina, aunque se han presentado casos aislados en los cinco continentes, lo que le da un carácter cosmopolita. Clínicamente puede variar su presentación y es la placa verrugosa una de las más frecuentes.^{4,5}

PRESENTACIÓN DEL PACIENTE

Paciente masculino de 49 años de edad, con antecedentes de salud que en el año 2010 comenzó con una lesión en placa de aproximadamente 3-4cm de diámetro, de aspecto eritematoescamoso, con verrugosidades en el dorso de la mano izquierda; se recogió el antecedente de ser trabajador de servicios comunales, chofer de un camión. En su área de salud se le indicaron varios tratamientos tópicos y sistémicos con antibioticoterapia, además de esteroides, sin mejoría, por lo que su caso fue llevado a la Reunión Conjunta de Dermatología del Hospital Clínico Quirúrgico "Arnaldo Milián Castro", de la Ciudad de Santa Clara, Provincia de Villa Clara. Se le indicó examen micológico directo y cultivo y se observaron células fumagoides y *Phialophora verrucosa*, respectivamente. Llevó varios tratamientos antimicóticos con tabletas de ketoconazol, vía oral, fluconazol y tratamientos tópicos conjugados, pero no resolvió; las lesiones se extendieron hasta la totalidad de la mano, el antebrazo y la cara interna del brazo izquierdo. En una nueva consulta en el año 2013 se decidió su ingreso en la Sala de Dermatología del hospital (figura 1) para realizar un tratamiento con anfotericina B endovenoso; se comenzó con dosis de prueba hasta llegar a dosis máxima de 3gr y se obtuvo una gran mejoría, con blanqueamiento de algunas zonas de la mano y el brazo y recuperación parcial de la función del miembro afectado (figura 2). Se

le realizó la eletrofulguración del borde activo de la lesión y se interconsultó con los Especialistas en Cirugía Estética para realizar el tratamiento quirúrgico, que consistió en exéresis de la lesión y plastia local con colgajos locales e injertos libres de piel parcial en forma laminar de 0.4mm de espesor con el dermatomo eléctrico de Brown, en 12 tiempos quirúrgicos; se logró una mejoría total con la eliminación completa de la lesión (figura 3). En la actualidad asiste a tratamiento de rehabilitación para recuperar la función de ese miembro.



Figura 1. Lesión en placa eritematoescamosa de aspecto verrucoso (al ingreso)



Figura 2. Día 12 del tratamiento con anfotericin B



Figura 3. Al egreso (posterior al tratamiento quirúrgico)

COMENTARIO FINAL

En este trabajo se presenta la forma clínica psoriasiforme según la clasificación encontrada en la literatura.⁴ Contrario a lo planteado acerca de la localización más frecuente en los miembros inferiores,⁵ este paciente presenta las lesiones en un miembro superior.

La respuesta al tratamiento antimicótico tanto por vía oral como tópica fue muy limitada. El itraconazol⁶⁻⁹ o la terbinafina han sido usados como terapia única o en caso de resistencia combinados con fluocitosina o con crioterapia⁸ en varios pacientes con buenos resultados.

En este caso el dato epidemiológico tuvo valor por ser trabajador de comunales y estar en contacto con desechos sólidos.

Ante la presencia de una lesión verrugosa se imponen otros diagnósticos: tiña del cuerpo, psoriasis, enfermedad de Bowen, tuberculosis cutánea, carcinoma espino celular, piodermitis vegetante (impresión diagnóstica al inicio del cuadro) y otras enfermedades.¹⁰

En cuanto a pronóstico la cromomycosis no compromete la vida del paciente (solo en los casos de diseminación sistémica, que son escasos), pero sí afecta la calidad de vida de los pacientes por ser una enfermedad crónica y causar discapacidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ziño Burstein A. Cromomycosis: clínica y tratamiento; situación epidemiológica en Latinoamérica. Rev Perú Med Exp Salud Púb. 2004; 21(3): 167-75.
2. Criado PR, Valente NYS, Brandt HRC, Belda JrW, Halpen I. Dermatite verrucosa de Pedroso e Gomes (Cromomycose): 90 anos depois, ainda entre nos. An Bras Dermatol. 2010; 85(1): 104-5.
3. Yegres NR, Yegres F. Cromomycosis: una endemia rural en la región noroccidental en Venezuela. Rev Cubana Med Trop. 2009; 61(3): 209-12.
4. Arenas Guzmán R. Micología médica ilustrada. 3^{ra} ed. México: McGrawhill; 2008.

5. Queiroz Telles F, Esterre P, Pérez Blanco M, Vitale R, Guedes C, Bonifaz A. Chromoblastomycosis; an overview of clinical manifestations diagnosis and treatment. *Med Mycol.* 2009; 47: 3–15.
6. Muñoz V, Valenzuela G, Rochin M. Cromomicosis; Reporte de un caso con topografía atípica. *Rev Iberoam Micol.* 2011; 28(1): 50-2.
7. Da Silva JP, Da Silva MB, Campelo SR, Salgado UI, Diniz JA, Esterre P, et al. TGF beta plasma levels in chromoblasto mycosis patients during itraconazol treatment. *Cytokine.* 2010; 51(2): 202-6.
8. Teixeira R, Correia M, Criado P. Cromoblastomycose: relato de 27 casos e revisao da literature. *An Bras Dermatol.* 2010; 85(4): 448-54.
9. Flores Y, Carreño R. Cromomicosis en áreas no endémicas de Venezuela. *CIMEL.* 2010; 15(15): 43-3.
10. Cavero J, Delgado V. Cromoblastomycosis por *Cladosporium* sp. *Folia Dermatol Perú.* 2004; 15(1): 28-31.

Recibido: 20-4-14

Aprobado: 18-8-14

Damaris Pérez Fleites. Hospital Clínico Quirúrgico "Arnaldo Milián Castro". Avenida Hospital Nuevo e/ Doble Vía y Circunvalación. Santa Clara, Villa Clara, Cuba. Código Postal: 50200 Teléfono: (53)(42)270000. Correo electrónico: damaryspf@hamc.vcl.sld.cu