

REVISTA

DE LA

FACULTAD DE MEDICINA

VOLUMEN 34

JULIO - SEPTIEMBRE DE 1966

3

CROMOBLASTOMICOSIS

ESTUDIO CLINICO-PATOLOGICO DE 17 CASOS

Por

Carlos E. Peña *

En Colombia se han publicado ya algunos trabajos sobre cromoblastomycosis. Los primeros casos observados en nuestro país fueron descritos por Méndez (10) en 1950. Posteriormente Sánchez (12) describió seis casos en su tesis de grado. Más recientemente Duque (4) hizo una revisión general de la enfermedad y estudió 59 casos recolectados en Medellín, Manizales y Bogotá. López et al. (9), en un estudio de 38 casos de micosis profundas, incluyeron 2 de cromoblastomycosis.

El presente trabajo está basado en el estudio de 17 casos de cromoblastomycosis encontrados en una revisión de 162 ejemplos de micosis profundas, diagnosticados en el Hospital de San Juan de Dios y en el Instituto Nacional de Cancerología, ambos de Bogotá, en el período de 11 años comprendido entre 1954 y 1964.

Descartando la candidiasis, es la cromoblastomycosis la segunda en frecuencia en nuestra casuística, después de la blastomycosis suramericana, correspondiéndole un 10.4 por ciento de todos los casos de micosis profundas.

El estudio de las historias clínicas nos permite algunas consideraciones

* Director del Departamento de Patología del Hospital de San Vicente de Paúl, Palmira (Valle).

que resumimos en los cuadros siguientes:

| Años de edad | Casos |
|-------------------|-------|
| 30 a 39 | 4 |
| 40 a 49 | 7 |
| 50 a 59 | 3 |
| 60 a 69 | 1 |
| 70 a 79 | 2 |

| Sexo | Casos |
|-------------------|-------|
| Hombres | 16 |
| Mujeres | 1 |

| Profesión | Casos |
|------------------------------|-------|
| Agricultores | 10 |
| Desconocida | 5 |
| Obreros | 1 |
| Oficios domésticos | 1 |

Como se puede apreciar, el elemento humano afectado por esta enfermedad es muy similar al afectado por la blastomycosis suramericana. La mayoría son agricultores del sexo masculino, en el período más activo de la vida.

El método diagnóstico más frecuentemente empleado fue la biopsia sola, o en combinación con los métodos micológicos, especialmente con el cultivo. La biopsia sola fue empleada en 6 casos y la biopsia acompañada de cultivo, en 8 casos. De los 14 casos en que se tomaron biopsias, en 13 se hizo el diagnóstico de cromoblastomycosis, siendo negativo el resultado solamente en uno. El cultivo fue intentado en 10 casos, aislándose *Hormodendrum pedrosoi*, en 8 de ellos.

Cuadro clínico. Las lesiones estaban distribuidas de la siguiente manera: miembro inferior izquierdo, en 7 casos; miembro inferior derecho, en 5 casos; miembros superiores (mano, antebrazo), en 3 casos; miembros superiores e inferiores, en 2 casos.

En 16 pacientes las lesiones eran antiguas y tenían entre 1 y 15 años de evolución, siendo el término medio alrededor de 6 años. Las lesiones eran

en general verrucosas, costrosas y secas. Algunas eran ulcerosas o ulcerovegetantes y tenían bordes levantados. En general no había dolor, pero algunos pacientes acusaban prurito. Las lesiones en general habían evolucionado muy lentamente a través de los años y, con algunas excepciones, se habían extendido poco.

Había solamente un caso de corta evolución (6 meses), que presentaba una lesión levantada, de superficie verrucosa, rodeada por nódulos satélites de aparición más reciente. La aparición de lesiones satélites fue observada también en otros casos.

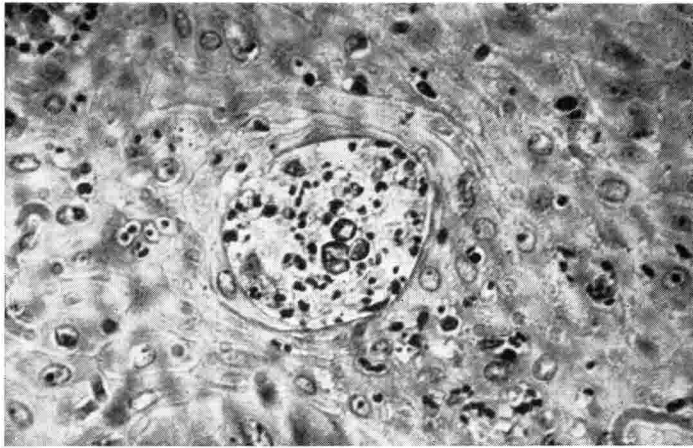
Un agricultor de 42 años de edad presentaba lesiones muy extensas de tipo úlcero-vegetante que comprometían todo el miembro inferior derecho (pie, pierna y muslo), algunas de las cuales eran secretantes y presentaban mal olor. Este paciente fue tratado con anfotericina B a dosis progresivas, pero murió sorpresivamente después de un coma de un día de duración. A la autopsia se encontró, como hallazgo inesperado, una cirrosis hepática.

En un caso existía elefantiasis del miembro inferior izquierdo, quizá debida a infecciones bacterianas concomitantes.

En general la enfermedad respondió bien a las medidas terapéuticas. Sin embargo se observaron recidivas en 5 pacientes entre dos meses y tres años después de efectuado el tratamiento por medio de yoduros, de anfotericina B, o de resección local de la lesión.

Desde el punto de vista geográfico nuestros casos estaban distribuidos de la siguiente manera: Cundinamarca, 6 casos; Santander del Sur, 3; Boyacá, 2; Tolima, 2; Magdalena, 1; Meta, 1; Caldas, 1; Santander del Norte, 1.

Histopatología. La lesión típica, que se observó en elementos no ulcerados, estaba caracterizada por la pre-



Se observan tres elementos levaduriformes, uno de ellos tabicado, dentro de un absceso intraepidérmico. Hematoxilina-Eosina. Aproximadamente 150 X.

sencia de nódulos granulomatosos situados en las capas más superficiales de la epidermis y, en menor grado, en las capas más profundas. Ellos estaban compuestos por células epitelioides, rodeadas por linfocitos, plasmocitos y polinucleares. El centro de estos nódulos presentaba a veces algunas células gigantes. La epidermis mostraba hiperplasia pseudoepiteliomatosa y abscesos intraepidérmicos. Cuando había ulceración con la consiguiente infección secundaria, la lesión era menos clara a causa de la reacción piógena. En la dermis o en los abscesos intraepiteliales, se encontraban los hongos redondeados de paredes gruesas, y de color de tabaco, ocasionalmente septados, que medían entre 5 y 12 micras de diámetro. La identificación del hongo fue posible en la mayoría de las lesiones. Su color natural hacía innecesarias las coloraciones especiales.

DISCUSION

La cromoblastomicosis se observa más frecuentemente en pacientes con

las mismas características que las víctimas de la blastomicosis suramericana: hombres en el período más activo de la vida, que viven en áreas rurales, que no acostumbran usar calzado y que están expuestos a las heridas de los miembros inferiores. En muchas ocasiones existe el antecedente de una pequeña herida que precede en varios meses a la lesión. Esta, al comienzo puede ser una ulceración o una pápula que eventualmente se ulcera y que es de crecimiento muy lento. Esta es remplazada luego por una lesión verrucosa, seca y costrosa, levantada y a veces relativamente plana, que puede permanecer localizada por largo tiempo. Aunque la hiperqueratosis es una característica principal, frecuentemente se produce ulceración secundaria.

La infección probablemente se adquiere por implantación traumática de las esporas en el tejido celular subcutáneo. La *Phialophora verrucosa* ha sido ocasionalmente aislada del suelo y de la madera (3). El *Hormodendrum pedrosoi* ha sido aislado de fuentes saprofíticas raramente, pero pro-

bablemente prolifera en vegetación alterada (7). Estas serían las fuentes de contagio para los casos humanos. Alvarez et al. (1), en una encuesta sobre hongos ambientales en Cali, encontraron una frecuencia relativamente alta del género *Hormodendrum*, pero no llevaron a cabo una clasificación de las especies.

La cromoblastomicosis es esencialmente una enfermedad tegumentaria y permanece localizada en la piel en la gran mayoría de los casos. Sin embargo ocasionalmente puede penetrar profundamente e invadir los músculos subyacentes (2), o puede diseminarse por las siguientes rutas:

a) Por autoinoculación, especialmente a consecuencia del rascado de lesiones pruriginosas, caso en el cual pueden aparecer elementos satélites o a distancia.

b) Por vía linfática, a los ganglios regionales, un ejemplo de lo cual es el caso observado por Merrine (11).

c) En muy raras ocasiones, como en el caso de absceso cerebral estudiado por Fukushima et. al. (8), se debe aceptar la vía hemática como medio de propagación. En el terreno experimental, Duque (5, 6) ha demostrado la virulencia del *Hormodendrum pedrosoi* y del *Hormodendrum compactum* para el tejido nervioso, al ser

inoculados directamente en el cerebro de ratones jóvenes. Sin embargo su neurotropismo era muy bajo y, al ser inoculados intraperitonealmente, no produjeron lesiones cerebrales.

RESUMEN

En el presente trabajo se estudian 17 casos de cromoblastomicosis encontrados en una revisión de 162 ejemplos de micosis profundas (10.4 por ciento). En dicha serie, y descartando la candidiasis, la cromoblastomicosis es segunda en frecuencia después de la blastomicosis suramericana. La mayoría de los pacientes eran agricultores del sexo masculino entre los 30 y los 49 años de edad, encontrándose en este sentido una completa superposición con la blastomicosis suramericana. El método de diagnóstico más frecuentemente empleado fue la biopsia. El organismo encontrado en los cultivos fue el *Hormodendrum pedrosoi*. El tiempo de evolución de la mayoría de las lesiones oscilaba alrededor de los 6 años. La contaminación se hace posiblemente a través de heridas cutáneas y el hongo se puede propagar a otros sitios por autoinoculación, raramente por vía linfática o hemática.

REFERENCIAS

1. Alvarez, R., Reyes, M. A., y Madriñán, C. D. — Encuesta sobre hongos ambientales en la ciudad de Cali. Antioquia Méd., 15: 497-502, 1965.
2. Brigoo, E. R., y Segretain, G. — Etude clinique, epidemiologique et mycologique de la chromoblastomycose à Madagascar. Bull. Soc. Pathol. Exot., 53: 443-475, 1960.
3. Conant, N. F. — The occurrence of a human pathogenic fungus as a saprophyte in nature. Mycologia, 29: 597-598, 1937.
4. Duque, O. — Cromoblastomicosis. Revisión general y estudio de la enfermedad en Colombia. Antioquia Méd., 11: 499-521, 1961.
5. Duque, O. — Meningo-encephalitis and brain abscess caused by *Cladosporium* and *Fonsecaea*. Am. J. Clin. Path. 36: 505-517, 1961.
6. Duque, O. — Cladosporiosis cerebral experimental. Rev. Latinoamericana Anat. Pat., 7: 101-110, 1963.
7. Emmons, C. W., Binford, C. H., y Utz, J. P. — Medical Mycology. Lea & Febiger, Philadelphia, 1963. pp. 277-292.
8. Fukushima, R., Kagawa, S., Nishiyama, S., y Takahashi, H. — Un cas de chromoblastomycose cutanée avec métastase

- cérébrale mortelle. *Presse Méd.*, 65: 2142-2143, 1957.
9. López, H., Hurtado, H., y Correa, E. Las micosis profundas en el Hospital de San Juan de Dios. Publicaciones del Hospital de San Juan de Dios (Cali), Nº 16, pp. 1-24, 1964.
 10. Méndez, A. — Blastomicosis suramericana y otras micosis en Colombia. *Rev. Hosp. Samaritana (Bogotá)*, 1: 3-20, 1950.
 11. Merrine, J. — A propos de la clinique de la chromomycose: cas de chromomycose de la peau avec lésions des ganglions lymphatiques régionaux. *Ann. Dermat Syph.*, 9: 122-137, 1938.
 12. Sánchez, J. — Micosis. Estudio etiológico de las diversas micosis admitidas en el Hospital de San Vicente de Paúl durante 1964 y 1965. Tesis de grado. Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia, Medellín, pp. 68-85.