

TRABAJOS ORIGINALES

Cromomicosis

ELFRÉN SOLANO A. (*)

Sinonimia:

Cromomicosis; Dermatitis Verrucosa; Enfermedad de Fonseca; Micosis de Lane y Pedroso.

Definición:

La cromomicosis es una micosis crónica de la piel y del tejido celular subcutáneo, caracterizada por la formación de nódulos cutáneos verrucosos de evolución lenta y que dan lugar a vegetaciones papilomatosas y tumorales que pueden o no ulcerarse. Por lo general afectan las extremidades inferiores, pero pueden presentarse en otras partes del cuerpo como extremidades superiores, glúteos, cara, etc.

Etiología:

Las principales especies que causan esta enfermedad son: *Phialophora verrucosa*, *Phialophora pedrosoi*, *Phialophora compactum*, *Phialophora dermatitidis* y *Cladosporium carrionii* (1). Distribución Geográfica:

Según Carrion y Silva, la mayor incidencia de la cromomicosis está en Brasil, pero Romero y Trejos (9) concluyen que en relación al número de habitantes, Costa Rica vendría a ocupar el primer lugar en la incidencia mundial.

En relación al número de casos descritos, el orden sería: Brasil, Cuba, Costa Rica, Puerto Rico, Africa del Sur, Estados Unidos, Venezuela, Rusia, Indias Orientales Holandesas, Japón, Argelia, Argentina, Australia, Rhodesia, República Dominicana, Guatemala, Zona del Canal, México, Canadá, Paraguay y Uruguay. En los últimos años se han descrito casos en Japón y Ceylán (7). Es un hecho conocido que la mayoría de los casos se presenta en el sexo masculino.

Todos los reportes coinciden en que más del 90% se presentan en hombres. De los 36 casos por nosotros vistos, sólo 3 eran mujeres.

(*) Profesor de Cátedra de Dermatología; Escuela de Medicina; U. de C. R.

AÑOS	Nº DE CASOS
0 - 10	0
11 - 20	1
21 - 30	1
31 - 40	4
41 - 50	11
51 - 60	13
61 - 70	6

La mayoría de nuestros casos se presentaron entre los 40 y 60 años. El caso más joven fue de 14 años y el mayor de 70.

Casi el ciento por ciento de todos nuestros pacientes eran labradores.

Topografía:

En los casos por nosotros vistos, las regiones más afectadas son los miembros inferiores y de ellos con más frecuencia en las piernas. Sin embargo, hemos tenido pacientes en que la afección afectaba simultáneamente el pie, la pierna y el muslo. También con relativa frecuencia la localización es en la mano. Tuvimos un caso de localización en la oreja, (11) lo que fue un verdadero hallazgo, ya que es una localización muy poco frecuente.

Los 36 casos por nosotros vistos han sido desglosados así:

REGION	Nº DE CASOS
Planta del pie	3
Dorso del pie	4
Pie y pierna	14
Pie, pierna y muslo	3
Glúteos	0
Abdomen	0
Cuello	0
Tórax	0
Mano	6
Muñeca	2
Antebrazo	3
Brazo	0
Hombro	0
Oreja	1

Aspectos Clínicos:

Es notable el polimorfismo de las manifestaciones cutáneas que da la Cromoblastomicosis. Carrión y Silva describen 5 formas clínicas: la nodular, la tumoral, la verrucosa, la placa y la cicatricial; mientras que Pardo Castelló, Río León y Trespalacios, (8) con quienes concuerdan Neves, da Silva (10) y Emmons, (4, 5) describen 5 tipos distintos: verrucoso o papilomatoso, tuberculoide, sifiloide, psoriasiforme y elefantásico y cicatricial.

Nosotros en nuestro medio hemos encontrado formas que encajan perfectamente dentro de los dos grandes grupos clínicos descritos por los anteriores auto-

res y en un mismo paciente hemos visto dos y hasta tres diferentes morfologías. Es así como hemos tenido formas nodulares en un pie, tumorales en la pierna y verrucosas en el muslo, en el mismo miembro de un paciente. Así también formas cicatriciales que dan el aspecto de una tuberculosis cutánea de una sífilis y que además presentaban lesiones verrucosas ulceradas. Nos ha llamado siempre la atención los aspectos psoriaciformes, los que hemos encontrado casi siempre en la mano.

Diagnóstico Diferencial:

El diagnóstico diferencial se hace por lo general con la Tuberculosis cutánea, la Sífilis, la Leishmaniasis, el Pian, la Esporotricosis, la Blastomicosis y algunos Carcinomas cutáneos (2).

En Costa Rica particularmente, las mayores confusiones se presentan con la leishmaniasis y la esporotricosis. Las tres entidades, tal como lo hemos manifestado en diferentes ocasiones, son de una gran incidencia en nuestro país y con la particularidad de un polimorfismo tan amplio, que en muchas oportunidades hemos sido incapaces de establecer el diagnóstico solo con la clínica y hemos tenido que recurrir al laboratorio y a la histopatología, para la aclaración definitiva del cuadro. Han sido tan similares los aspectos morfológicos de estas tres entidades, que nos hemos visto tentados a decir "Cromoblastomicosis leishmaniasiforme", "Cromoblastomicosis esporotricosisiforme"; de "Leishmaniasis cromomicosiforme", "Leishmaniasis esporotricosisiforme"; de "Esporotricosis cromomicosiforme" y "Esporotricosis leishmaniasiforme".

Micología:

Los tres principales agentes reconocidos de la Cromomicosis: *Hormodendrum pedrosoi*, *Hormodendrum compactum* y *Phialophora verrucosa*. Estas tres especies están caracterizadas por la predominancia de uno u otro de los tipos divergentes de esporulación y por la multiplicidad y la variabilidad en los detalles en la formación de las esporas. Dando una importancia indebida a los tipos predominantes de formación de las conidias en las distintas cepas, el *H. pedrosoi* ha sido clasificado en los géneros *Acrotheca*, *Trichosporium*, *Gomphinarina*, *Botrytoides*, *Hormodendroides*, *Phialoconidiophora* y *Fonsecaea* (3).

El nombre *Hormodendrum* es un sinónimo del nombre más viejo y correcto, *Cladosporium* y por lo tanto su uso no es correcto. Sin embargo se sigue usando sin confusión por la general aceptación por micólogos y patólogos.

Los tres hongos mencionados producen formas idénticas en los tejidos, de tal modo que la identificación de la especie no puede hacerse por el simple examen directo. Los microorganismos aparecen como cuerpos redondeados, con cápsula o envoltura espesa, pardo-oscuros, a veces segmentados y que se multiplican por división y no por gemación.

Cultivo:

El material de las lesiones ha de ser cultivado en agar-glucosa de Sabouraud a la temperatura ambiente y con un período de observación no menor de tres semanas, antes de ser descartado. Los cultivos de *H. pedrosoi* y de *P. verrucosa* producen colonias de crecimiento lento, de color pardo oscuro, casi negro,

con cepas individuales que muestran grandes variaciones de color, de rapidez de crecimiento y de características de las colonias. El *H. compactum* se desarrolla como colonia de crecimiento lento, amontonada, frágil, de color aceituno obscuro.

Microscópicamente el *Ph. verrucosa* difiere del *H. pedrosoi* y el *H. compactum* en que las conidias se desarrollan exclusivamente de conidióforos copuliformes a semejanza de frascos.

En el *H. pedrosoi* se admiten tres tipos diferentes de esporulación. El *Hormodendrum*, caracterizado por conidióforos de longitud variable que producen conidias en forma de cadenas ramificadas. El *acrotheca* caracterizado por conidióforo que se desarrolla como una célula terminal o como una única rama terminal de la hifas aéreas. El *Phialophora* caracterizado por conidióforos en forma de frascos, con una estructura terminal copuliforme que soporta grupos de

Terapéutica:

Seguimos considerando a la cromomicosis como una enfermedad incurable. Hemos usado todos los métodos conocidos y al final seguimos igualmente escépticos. Algunas mejorías hemos logrado en uno o dos meses de yoduro de potasio en dosis de 9 gramos diarios. Con los Rayos X ningún resultado favorable. Con metales pesados como el bismuto, arsénico y optimonio igualmente hemos fracasado. Hemos usado sulfonas y si bien al principio notamos alguna mejoría, ésta es sólo pasajera. Ninguna mejoría con antibióticos, a menos que hubiere alguna infección bacteriana agregada a aquella forma sólo aparente. En tres pacientes que tratamos con Lederkyn inyectado y oral, obtuvimos una gran mejoría que fue sólo temporal, pese a las dosis elevadas y prolongadas que usamos del medicamento. El calciferol también nos da mejorías temporales. El anfotericin B que se usó en nuestro medio por venoclisis a dosis altas y prolongadas, da al principio mejorías notables, pero antes de la cura aparente del paciente se presentaban efectos secundarios de la Fungisona que imposibilitaban la continuación del tratamiento.

La Electrocoagulación la hemos usado con éxito en lesiones pequeñas pero con fracasos en lesiones grandes.

Consideramos a la cirugía con extirpación completa y profunda de la lesión e injerto correspondiente, la mejor medida terapéutica.

Hemos tratado en el último año varios casos con Thiabendazol a dosis de dos gramos diarios durante un promedio de seis meses, con resultados muy halagadores. Estas experiencias serán publicadas en breve (12).

Resumen:

Se hace un estudio de 36 casos de cromomicosis, vistos por nosotros y se concluye que:

La mayoría de los casos se presentaron en edades entre 40 a 60 años.

La mayoría fueron hombres (sólo 3 mujeres).

Todos eran labradores.

Se encontró un gran polimorfismo en nuestros pacientes.

Nuestras formas clínicas encajan dentro de las clasificaciones establecidas, pero en un mismo paciente se vieron varias formas.

Nuestro país es uno de los que en el mundo, tiene mayor incidencia de esta micosis.

Las medidas terapéuticas son ineficientes y consideramos la cirugía la mejor medida terapéutica en casos no muy extendidos.

Las experiencias que estamos realizando con el Thiabendazol nos ha abierto una puerta de optimismo en la curación de esta enfermedad.

SUMMARY

From a study of 36 casos of Chromomycosis personally seen by the author, the following conclusions are reached: The largest number of cases were seen in people from 40 to 60 yr old, most of them were men (3 women only) and all were farmers. The clinical forms seen can be placed in the accepted classifications, but great polymorphism was observed in our patients and several forms were seen in the same patient. Our country has one of the highest incidences of this mycosis in the world. Treatment is not effective and it is considered that surgery is the best therapeutic measure in cases that are not too extensive. A few cases have been treated in the last year with Thiabendazol and the results are promising.

BIBLIOGRAFIA

- 1.—CARRIÓN A. L. Y M. SILVA.
Chromoblastomycosis and its etiologica fungi. In Nickerson. J. W. Biology of Pathogenic fungi. Anncryptogamici Phytopathol. 6:20-62. Chronica Tot. Co. Waltham Mass. U. S. A. 1947.
- 2.—CASTRO G.
Cromomycosis. Tesis Recepcional. Puebla, México. 1961.
- 3.—CONANT. N. F.
Manual de Micología Clínica. Cap. VI, pág. 126. 1948.
- 4.—EMMONS CH. W. Y H. HAILEY.
Chromoblastomycosis. Report of the Sixty Case from Continental United States. Jour. Amer. Med. Asoc. 116-25-28. 1941.
- 5.—EMMONS CH. W.
Medical Micology. Phi. U. S. A. 1963.
- 6.—LEWIS. G. M. HOPPER M. E., WILSON J. W., PLANKETT O. A.
An Introduction to Medical Micology. 1963.
- 7.—NITYANAUDA K.
Chromoblastomycosis in Ceylan. Dermatología Tropical. V. 1 N 3 Oct. - Dic. 1962.
- 8.—PARDO CASTELLO V., RÍO LEÓN E. Y TRESPALACIOS F.
Chromoblastomycosis in Cuba. Arch. Dermatol and Syphild 45:19-32. 1942.
- 8.—ROMERO Y TREJOS A.
Cromoblastomycosis en Costa Rica. Rev. Biol. Trop. 1(2): 95-115. 1953
- 10.—SILVA N. N.
Cromoblastomycosis no Rio Grande do Sul. An Brasil Dermat. Sifilograf 24(2): 113-145. 1949.
- 11.—SOLANO E.
Cromoblastomycosis de la oreja. 2º Cong. C-Americ. de Dermat. Guatemala. 1959.
- 12.—SOLANO E.
Cromomycosis - Tratamiento con Thiabendazol 5º Congreso Centroamericano de Dermatología San José, Costa Rica 1965.

Fig. 1.—Forma tumoral, con aspecto de coliflor.

Fig. 2.—Forma verrucosa.

Fig. 3.—Tipo tuberculoide.

Fig. 4.—Tipo en placa psoriasiforme de la mano.

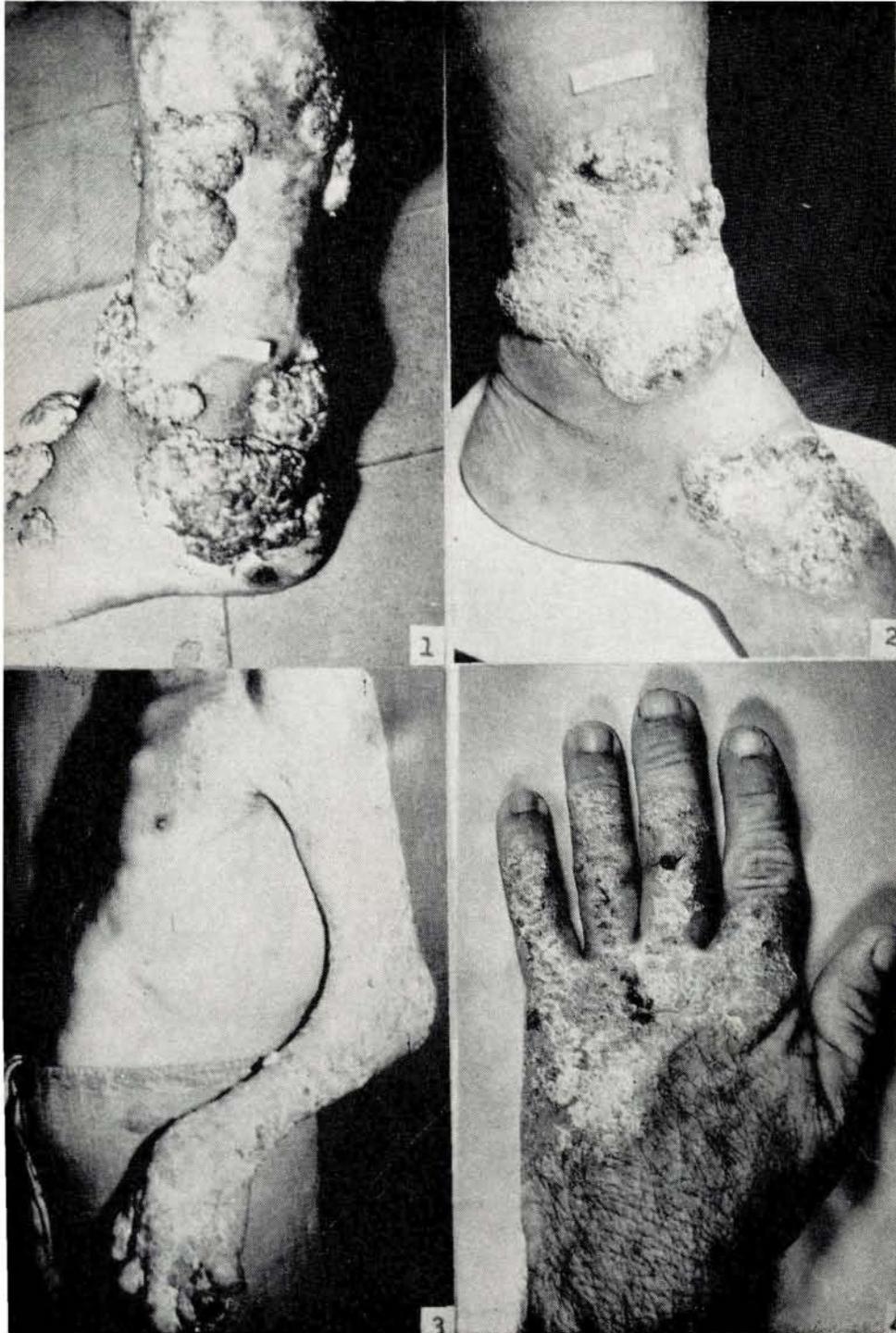


Fig. 5.—Forma en placa.

Fig. 6.—Forma en placa verrucosa en muslo.

Fig. 7.—Formas cicatriciales.

Fig. 8.—Forma rara de Cromblastomicosis de la oreja.

