



CIMEL Ciencia e Investigación Médica
Estudiantil Latinoamericana

ISSN: 1680-8398

editorcimel@hotmail.com

Federación Latinoamericana de Sociedades
Científicas de Estudiantes de Medicina
Organismo Internacional

Flores Molina, Yorman Rafael; Carreño Cedeño, Ruth Aisari
Cromomicosis en área no endémica de Venezuela

CIMEL Ciencia e Investigación Médica Estudiantil Latinoamericana, vol. 15, núm. 1, 2010, pp. 43-45
Federación Latinoamericana de Sociedades Científicas de Estudiantes de Medicina
Lima, Organismo Internacional

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=71720941012>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

CASO CLÍNICO

Cromomicosis en área no endémica de Venezuela

Chromomycosis in non-endemic area of Venezuela

Yorman Rafael Flores Molina ^{1,2}, Ruth Aisari Carreño Cedeño ^{1,2}.¹ Estudiante de Medicina, Universidad de Carabobo, Sede Aragua.² Sociedad Científica de Estudiantes de Medicina de la Universidad de Carabobo Sede Aragua (SOCEM UCSA).

Resumen

La cromomicosis es una infección crónica causada por hongos dematiáceos del tipo cromomicetos, caracterizado por nódulos y placas verrugosas de evolución lenta y prolongada. Los agentes causales penetran por inoculación traumática. En Venezuela, los estados de Lara, Falcón y Zulia de la región noroccidental son considerados como áreas endémicas. Se presenta el caso de un paciente masculino de 65 años de edad, natural del estado Apure y procedente de Cazorla, estado Guárico, dedicado a labores de agricultura desde la infancia, quien refiere lesiones nodulares que evolucionan a placa de bordes definidos, circinados, eritematodescamativos e infiltrados en ambas regiones glúteas de 21 años de evolución. Se realiza estudio micológico observándose al examen directo la presencia de células fumagoides, y al cultivo en medio Sabouraud se logra aislar *Cladophialophora carrionii*. Recibió tratamiento con itraconazol 200mg diarios por 6 meses con excelente evolución clínica. El presente caso, representa el primer reporte de esta patología en el Estado Guárico, el cual no ha sido reportado hasta ahora como área endémica, debido a la ausencia de factores epidemiológicos como la cría de chivos y presencia de vegetación.

Palabras Clave: cromomicosis, *Cladophialophora carrionii*, dermatitis verrugosa, dermatomycosis.

Abstract

Chromomycosis is a chronic infection caused by dematiaceous fungi cromomicetos type, characterized by verrucous nodules and plaques long, slow evolution. The causative agents penetrate traumatic inoculation. In Venezuela, the states of Lara, Falcon and Zulia in the Northwest region are considered endemic areas. A case of a male patient aged 65 years natural state and from Cazorla Apure, Guarico State, engaged in agricultural work since childhood, who refers nodular lesions that evolve edged plate, circinate, and erythematous infiltrates in both gluteal regions of 21 years of evolution. Mycological study was carried out observing the direct examination fumagoides cells, and Sabouraud culture medium *Cladophialophora carrionii* have isolated. He was treated with itraconazole 200mg daily for 6 months with excellent clinical outcome. This case represents the first report of this disease in the Guarico State, which has not been reported so far as an endemic area, due to the absence of epidemiological factors such as raising goats and presence of vegetation.

Key words: chromomycosis, *Cladophialophora carrionii*, verrucous dermatitis, dermatomycoses.

INTRODUCCIÓN

La cromomicosis es una infección localizada en la piel y tejidos subcutáneos, de evolución lenta y prolongada causada por hongos del grupo de los dematiáceos. Se adquiere por implantación traumática del hongo favorecido por la permanencia del hombre en la reservarea del mismo, caracterizada por la presencia de vegetación xerófila y la cría de caprinos en las zonas semiáridas de Venezuela ^(1,2). Las esporas son particularmente resistentes a cambios abruptos de temperatura, sequia, humedad y otras condiciones físicas.

La endemia en Venezuela se ubica en la región noroccidental, predominantemente en el Estado Falcón y abarcando también los estados Lara y Zulia, siendo la micosis profunda localizada más frecuente ⁽²⁾.

Esta enfermedad ha sido diagnosticada en adultos, principalmente del sexo masculino, aunque puede afectar a mujeres y con

menor frecuencia a los niños, no se contagia persona-persona ni animal-persona; todas las razas son igualmente susceptibles. Las lesiones comúnmente se manifiestan en las zonas más expuestas a traumatismo, es decir, las áreas distales del cuerpo.

Investigaciones previas plantean una alta probabilidad de un factor de susceptibilidad genética ^(2,3), ya que la gran mayoría de los habitantes de las zonas endémicas expuestos a los mismos factores de riesgo, con una larga permanencia en la reservarea de *C. carrionii*, en similares condiciones socioeconómicas, y que residen en los mismos caseríos y centro poblados donde se han reportado la mayor parte de los casos, no han desarrollado lesiones. Asimismo, la alta tendencia a las uniones endogámicas y consanguíneas en las familias afectadas motivaron los estudios que demostraron que existe una predisposición heredable, y después de estudios genealógicos se comprobó la existencia de un gen autosómico recesivo de susceptibilidad para adquirir la infección ⁽³⁾.

Cromiomycosis en área no endémica de Venezuela

En Venezuela, se identifican los primeros casos en el año 1938 por el médico venezolano J.A O'Daly ⁽³⁾. La observación de un caso en un paciente proveniente de un área no endémica con ese padecimiento, es motivo de esta presentación, destacando las características clínicas, hallazgos histológicos y los diagnósticos diferenciales.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 66 años de edad, natural de Apure y procedente de Cazorla Estado Guárico, de ocupación agricultor, con antecedente de hipertensión arterial sistémica diagnosticada hace 2 años en tratamiento irregular; quien acude a consulta dermatológica por presentar lesiones nodulares, que evolucionan a placas de bordes definidos, circinados, eritematodescamativos, e infiltrados en ambas regiones glúteas, de 21 años de evolución, ver figura 1.

Concomitantemente, manifiesta prurito de leve intensidad a predominio nocturno, dolor desde hace tres años aproximadamente de tipo pulsátil, sin irradiación, que exacerba a la digitopresión y obliga al paciente a adoptar posiciones antálgicas, el cual desaparece con automedicación de antiinflamatorios no esteroideos. Por tal motivo se decide su ingreso en el servicio de Medicina Interna del Hospital "Dr. Israel Ranuarez Balza" de San Juan de los Morro- Estado Guárico.



Figura 1. Vistas frontales y laterales de zona de lesión.

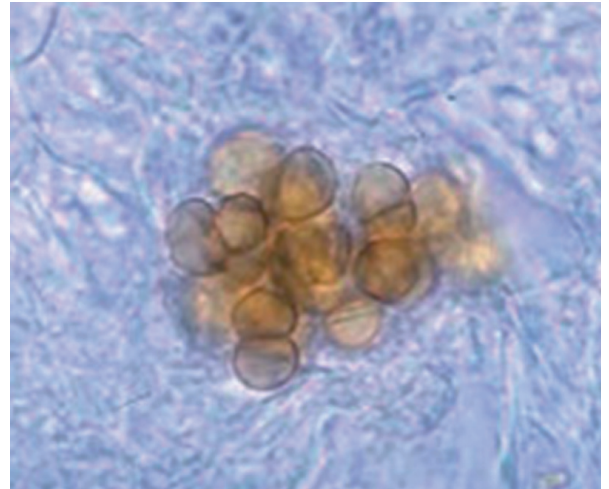


Figura 2. Células fumagoides en examen directo del borde de la lesión

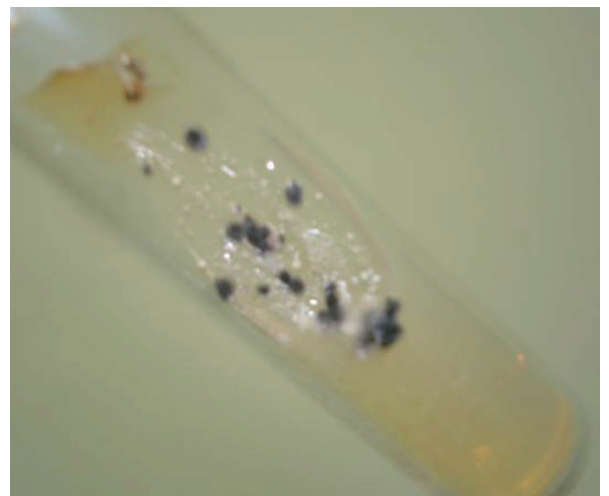


Figura 3. Aislamiento de *Cladophiala carrionii* en cultivo Sabouraud

Al interrogatorio, refirió haber iniciado "empeine" en región superoexterna de glúteo derecho sin referir traumatismo previo. Posteriormente la lesión fue progresando hasta convertirse en una placa que abarca ambos glúteos. El resto de examen físico sin lesiones aparentes. En el 2005 acude a facultativo quien indica tratamiento que no precisa, luego en Enero 2009 asiste a consulta dermatológica donde se decide su ingreso con el diagnóstico presuntivo de cromomycosis.

Durante su hospitalización se solicita interconsulta con la unidad de micología, donde se realiza estudio micológico, evidenciándose al examen directo del borde de la lesión, la presencia de células fumagoides o cuerpos escleróticos, ver figura 2; y en medio de cultivo Sabouraud el aislamiento de *Cladophiala carrionii*, comprobándose la etiología de la lesión y por ende el diagnóstico definitivo de cromomycosis, ver figura 3.

Se indicó itraconazol 100mg BID hasta que se verifique la cura clínica y micológica, es decir hasta que desaparezca la lesión y se negativicen los estudios micológicos.



A los 6 meses, paciente acude a consulta de micología, evidenciándose mejoría clínica de la lesión, buena tolerancia del medicamento, aunque persistía la positividad tanto en el examen directo como en el cultivo. Por ello se continúa con el tratamiento hasta completar 2 años para corroborar la curación clínica y micológica.

DISCUSIÓN

La cromomycosis es una micosis profunda de localización subcutánea y evolución extremadamente crónica, con formación de nódulos y placas verrucosas, que pueden ulcerarse y dar lugar a masas tumorales papilomatosas que presentan un aspecto característico colifloriforme y que de manera excepcional pueden diseminarse por vía linfática o sanguínea, afectando ganglios linfáticos regionales, pulmones y cerebro. El agente causal corresponde a varias especies de hongos dismórficos del género *Hyphomycetes* y de la familia *Dematiaceae*, denominados por Borelli "Cromomicetos", por ser de color negro; cuyo hábitat en su vida saprofitaria es el suelo, en restos vegetales ⁽⁴⁾.

Esta patología se desarrolla en el sitio de un traumatismo transcutáneo que vehiculiza la fase saprofitaria del hongo causal, sin embargo, el paciente niega alguna lesión traumática previa en la zona afectada. La infección avanza lentamente en el transcurso de años, a medida que el agente etiológico sobrevive y se adapta a la condición del huésped. Una vez en los tejidos adquiere, en su vida parasitaria, estructuras multicelulares de gruesas paredes coloreadas de negro, llamadas células muriformes o cuerpos escleróticos (corpúsculos "fumagoides"), que se dividen por facetación y nunca por gemación, y que a menudo son expelidas a la superficie de las lesiones por eliminación transepitelial a través de las fistulas ⁽⁴⁾.

Un estudio realizado en 1992 ⁽⁵⁾ demostró que la forma saprofitica del *C. carrionii* ha sido aislada de restos de plantas xerofíticas de la zona semiárida del estado Falcón, y reporta la presencia de la fase parasitaria (cuerpos escleróticos) en tejido de la planta *Cereus* sp. (cardón), similar a los resultados en pacientes con cromomycosis y los que se identificaron en cultivos como *C. carrionii*; sin embargo, no se había reportado hasta la fecha el aislamiento del hongo en el Estado Guárico y las zonas aledañas, cuyas características climáticas difieren de las descritas comúnmente en las zonas endémicas identificadas hasta ahora en Venezuela.

Generalmente se trata de una dermatosis crónica, asimétrica, que afecta con mayor frecuencia los miembros inferiores, principalmente el dorso del pie, pierna, y en algunas ocasiones rodilla y muslos (80%), los miembros superiores se afectan en un 18%, principalmente dorso de manos y dedos; en escasas oportunidades puede afectar cara, cuello, tronco y abdomen ⁽⁶⁾, a diferencia del presente caso, que debutó con afectación aislada de la región glútea, lo que contrasta con lo reseñado en la literatura.

El diagnóstico diferencial debe hacerse con aquellos padecimientos que tienen un aspecto verrugoso: tuberculosis cutánea verrugosa, esporotricosis, dermatitis crónica, leishmaniasis cutánea localizada, coccidioidomicosis, micetoma, sífilis, lupus eritematoso, Enfermedad de Hansen ^(7,8).

Es necesario enfatizar en la importancia que reviste el diagnóstico temprano, en función del curso clínico de las lesiones, debido a que en las de pequeño tamaño y corta evolución se logra curación completa con tratamientos médicos y/o quirúrgicos locales; mientras que las lesiones grandes y crónicas requieren definitivamente de una terapia combinada, lo que compromete aun más la calidad de vida de los pacientes. Por otro lado, no se han reportado casos de cura espontánea en esta infección de la piel, de manera que el control de la endemia reside en la detección de los casos incipientes y el tratamiento adecuado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Richard-Yegres N, Yegres F. *Cladophialopora carrionii*, hongo causante de la endemia de cromomycosis en criadores de caprinos en la zona semi-árida noroccidental de Venezuela. Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud-Universidad de Carabobo. 2007; vol 11, supl. N°1.
2. Richard-Yegres N, Yegres F. La endemia de cromomycosis en Venezuela: Una estrategia para su control. VITAE Academia Biomédica Digital. 2005; No. 24.
3. Yegres, F y Yegres, N., Richard. *Cladophialophora carrionii*: Aportes al conocimiento de la endemia en Venezuela durante el siglo XX. Rev. Soc. Ven. Microbiol., jul.2002; vol.22, no.2, p.153-157.
4. Burstein A Z. Cromomycosis: Clínica y Tratamiento; Situación Epidemiológica en Latinoamérica. Rev. Perú Med Exp Salud Pública). 2004; 21(3): 167-175.
5. Zeppenfeldt G. «*Cladosporium carrionii*» células escleróticas en tejido de «*Cereus* sp». Bol Inf Micosis Venez.1992; 7(23): 30.
6. Padilla D M, Martínez E V, De Peña J, Novales J, Ramos Garibay A, Márquez P C, Siu Moguel C. Cromoblastomycosis. Presentación de dos casos. Rev Cent Dermatol Pascua. 2006; Vol.15, Núm. 3.
7. Alió S A, Castro G S, Mendoza M, Hernández I, Elvia Díaz M, Cavallera E, Oliver M, Reyes Jaimes O, Rondón Larez N, Rondón Lugo A. Cromomycosis: Uso del tratamiento combinado de Itraconazol t 5-Fluorouracilo en *Fonsecaea pedrosoi* e itraconazol y Criospray en *Exophiala jeanselmei* Var. *Lecanii-Corni*. Dermatología Venezolana. 2001; 39 (1).
8. Caverio J, Delgado V. Cromoblastomycosis por *Cladosporium* sp. Folia Dermatol. 2004; 15 (1): 28-31.

Correspondencia:

Yorman Flores

Correo_e: so_baco@hotmail.com

Manuscrito recibido: julio 2010

Manuscrito aceptado para publicarse: noviembre 2010