



Revista Científica Ciencia Médica

ISSN: 1817-7433

ISSN: 2220-2234

revista_cienciamedica@hotmail.com

Universidad Mayor de San Simón

Bolivia

Rodríguez Espinoza, Mirsha Omar; Aco Luna, Jesús Alberto;
Lara Flores, Norarizbeth; Rodríguez Espinosa, Priscila
CROMOBLASTOMICOSIS EN HUECO POPLÍTEO DERECHO, REPORTE DE CASO. PUEBLA, MÉXICO
Revista Científica Ciencia Médica, vol. 22, núm. 1, 2019, -Junio, pp. 53-56
Universidad Mayor de San Simón
Bolivia

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=426062616018>

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

UDEM  redalyc.org

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

CROMOBLASTOMICOSIS EN HUECO POPLÍTEO DERECHO, REPORTE DE CASO. PUEBLA, MÉXICO.

CHROMOBLASTOMYCOSIS IN RIGHT POPLITEAL FOSSA, CASE REPORT. PUEBLA, MEXICO

Rodríguez Espinoza Mirsha Omar ¹, Aco Luna Jesús Alberto ², Norarizbeth Lara Flores ³, Priscila Rodríguez Espinosa ⁴.

¹ Hospital General de Zona Sur, "Dr. Eduardo Vázquez Navarro". Servicios de Salud del Estado de Puebla.

² Médico Cirujano y Partero Agentes Biológicos, Facultad de Medicina, Benemérita Universidad Autónoma de Puebla

³ Maestra en Ciencias Microbiología, Licenciada en Biomedicina, Médico Cirujano y Partero. Agentes Biológicos, Facultad de Medicina, Benemérita Universidad Autónoma de Puebla.

⁴ Estudiante de la Licenciatura en Medicina Facultad de Medicina, Benemérita Universidad Autónoma de Puebla.

RESUMEN

La Cromoblastomicosis es una micosis subcutánea producida por hongos melanizados conocidos como dematiáceos, comúnmente secundario a un proceso traumático previo. Actualmente la incidencia de esta patología es desconocida. Se presenta el caso de un hombre de 64 años originario de la comunidad de Coyomeapan, Puebla, México, quien acude por falta de cicatrización de una úlcera en hueso poplíteo derecho generada por quemadura con candil de petróleo hace cuatro años. Refiriendo dolor con leve dificultad para la deambulación y sin evidencia de sangrado activo. Se realiza raspado de la lesión con presencia de células fumagoides posteriormente se aisló *Cladophialophora carrionii* en Agar Boreli. Se inició tratamiento con terbinafina para su recuperación. El conocimiento de este tipo de micosis aumenta la posibilidad de un diagnóstico temprano y certero para evitar complicaciones derivadas de la cronicidad o retraso del diagnóstico.

ABSTRACT

Chromoblastomycosis is a subcutaneous mycosis produced by pigment-producing fungi known as dematiaceous, commonly after a previous traumatic process. Currently the incidence of this pathology is unknown. We present the case of a 64-year-old man from the community of Coyomeapan, Puebla, Mexico, who came for lack of healing of an ulcer in the right popliteal socket generated by burning with an oil lamp four years ago. Referring pain with mild difficulty in ambulation and without evidence of active bleeding. Scraping of the lesion was performed with the presence of fumagoid cells. *Cladophialophora carrionii* was isolated on Boreli Agar. Treatment was started with terbinafina for recovery. The knowledge of this type of mycosis increases the possibility of an early and accurate diagnosis to avoid complications derived from the chronicity or delay of the diagnosis.

INTRODUCCIÓN

La Cromoblastomicosis o Enfermedad de Fonseca es una micosis subcutánea, crónica causada por hongos melanizados conocidos como dematiáceos¹. Posee una distribución mundial frecuentemente encontrada en climas tropicales y subtropicales² y es ocasionada por hongos que generan color dematiáceos o feoides de los géneros *Fonsecaea*, *Cladophialophora* en su mayoría, aunque puede ser causada por otras especies^{3,5}.

Padecimiento que se limita a piel y tejido subcutáneo, de desarrollo crónico y por lo regular se presenta en una sola forma clínica como nódulos verrugosos que se localizan más en miembros inferiores. Los hombres son los más afectados al igual que los campesinos. Cursa con lesiones verrugosas en forma de coliflor hasta producir lesiones incapacitantes^{1,5}.

Existen diferentes factores que no favorecen al correcto diagnóstico de una entidad dermatológica, como el desconocimiento de la misma o la falta de reportes epidemiológicos.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Hombre de 64 años, originario de Coyomeapan, Puebla, de ocupación campesino, viudo. Acude a consulta rural del programa PROSAH (Proyecto de Salud Ambiental y Humana).

Se realiza interrogatorio indirecto mediante traductor para dialecto náhuatl, no presenta antecedentes de importancia.

El paciente acude a consulta por presentar lesión ulcerosa en hueso poplíteo derecho de tres años de

Correspondencia a:

Correspondencia a: Aco Luna Jesús Alberto
Correo: jealaclu@gmail.com
Tel: +52 2222295500 Ext. 6058

Palabras clave: Cromoblastomicosis, úlcera, cicatriz.

Keywords: Chromoblastomycosis, scars, ulcer.

Procedencia y arbitraje: no comisionado, sometido a arbitraje externo.

Recibido para publicación:

05 de marzo del 2019

Aceptado para publicación:

31 de Julio del 2019

Citar como:

Rev Cient Cienc Med
2019; 22(1): 53-56

evolución sobre cicatriz secundaria a quemadura de candil de petróleo hace cuatro años la cual no ha cicatrizado por completo.

A la exploración física se observa ulceración de márgenes bien definidos de poca profundidad (4 mm) de 2,3 cm por 1,2 cm de largo y ancho respectivamente, de fondo rojo sin secreción serosa o hemática (**Figura 1**). Se encuentra cicatriz retráctil perilesional, con descamación en bordes y aspecto blanquecino por aplicación de crema local. Escamas con puntilleo oscuro.

Presenta dolor a la movilización de la extremidad en intensidad 3 de 10, y dolor ardoroso moderado a la palpación 5 de 10. No se encuentran adenomegalias regionales. Refiere aplicación de cicatrizante para caballos, ignorando el nombre del mismo, durante el último año sin mejoría.

Acorde a la ocupación y la zona geográfica se realiza toma de escamas perilesionales analizándolas microscópicamente con NaOH (hidróxido de sodio) al 15% encontrando Esclerotes de Medlar (**Figura 2**), correspondiendo con probable Cromoblastomycosis. El paciente fue tratado con Terbinafina para su pronta recuperación además de la aplicación de fomentos calientes para la disminución del tamaño de la lesión.

Se procedió a la realización del cultivo de las escamas en Agar de Borelli en el Laboratorio de Agentes Biológicos de la Facultad de Medicina BUAP identificándose a las 3 semanas *Cladophialophora carrionii*. (**Figura 3**).

DISCUSIÓN

En el grupo de las micosis subcutáneas se encuentran: el micetoma, la esporotricosis, la cromoblastomycosis, la lobomycosis y la rinosporidiosis⁴. La cromoblastomycosis es una entidad patológica causada por 5 diferentes géneros de hongos conocidos como dematiáceos, dos de estos géneros de hifomicetos melanizados son *Cladophialophora* y *Fonsecaea*, ambos pertenecen a la familia de los Herpotrichiellaceae en el orden de los Chaetothyriales, que son los agentes causales más comunes⁵ y ocasionalmente se han reportado casos ocasionados por especies de *Phialophora*, *Exophiala*, y *Rhinocladiella*, quienes también pertenecen a esta familia.

La melanina, es un importante factor de virulencia, interfiere con la activación del complemento reduciendo la susceptibilidad del pigmento fúngico a los antifúngicos^{1,6}. Tras la inoculación por un trauma

de la piel, infección local con crecimiento lento se desarrollan las lesiones⁶.

En una manifestación típica se forman las lesiones dérmicas como nódulos de coliflor. En el tejido infectado, característico de color oscuro, de paredes gruesas, las células muriformes es decir esclerotes (cuerpos de Medlar)⁷.

El prurito es relevante en el curso de esta enfermedad, ya que causa que el paciente contribuya a la inoculación del hongo en diferentes áreas, esto ayuda a que se ocasione una segunda infección, la cual es la complicación más frecuente de la cromoblastomycosis⁸.

Existen cinco formas clínicas de esta enfermedad: 1) Lesiones nodulares con superficie elevada y cubiertas por costras en forma de coliflor; 2) Lesiones tumorales extensas; 3) Lesiones verrucosas hiperqueratósicas irregulares extensas; 4) Placas superficiales escamosas, planas, rojizas; 5) Lesiones cicatrizales cutáneas con resguardo del centro.

Las formas más frecuentes son las lesiones hiperqueratósicas verrucosas y las nodulares y pueden existir varios tipos a la vez¹⁰.

El diagnóstico citológico de la cromoblastomycosis requiere de la demostración de las células fumagoides o muriformes (**Figura 2**).



Figura 1: Lesión en hueso poplíteo derecho. Cicatriz retráctil con úlcera secundaria

en el material clínico incluyendo una Biopsia por Aspiración con Aguja Fina (BAAF)¹¹ o en un examen directo con hidróxido de potasio (KOH) al 10% y para corroborar el agente causal se utiliza medio de cultivo Borelli.

En el presente caso se detalla una cicatriz retráctil, ulcerosa haciéndose diagnóstico diferencial con una úlcera de Marjolin ya que en este caso se produjo una úlcera sobre una cicatriz previa en específico por quemadura¹².

Para su tratamiento se han realizado estudios acerca de la sensibilidad y resistencia de *C. carrionii* ante los antimicóticos, la cual es particularmente susceptible in vitro a los nuevos Azoles y a la Terbinafina, pero resistente a la Anfotericina B, Fluconazol, y Caspofungina⁶. La aplicación local de calor en la lesiones a temperaturas alrededor de 40-45°C permite la reducción en el tamaño de las lesiones y puede ser usado como tratamiento concomitante¹⁰. En casos donde la lesión es pequeña se puede usar la criocirugía o la cirugía para la extirpación de la lesión^{1,13}.

Su pronóstico es bueno en casos superficiales, regular en resistencia a tratamiento y recidivas; y malo en variedades profundas hasta llegar a producir una incapacidad por el dolor o su localización¹.

Consideraciones Éticas:

El presente reporte es de tipo descriptivo y no se realizaron tratamientos experimentales en el paciente. Se cuenta con consentimiento informado del paciente. Se ajusta a los lineamientos de la ley general de salud de México promulgada en 1986 y al código de Helsinki de 1975 y modificado en 1989, respecto a la confidencialidad de los participantes en el estudio, con registro del mismo en el comité de Investigación de la Facultad de Medicina de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla.

Conflicto de Intereses.

Los autores declaran no tener algún conflicto de intereses.

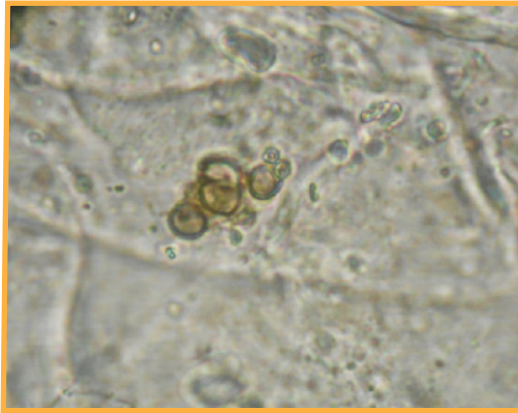


Figura 2: Células fumagoides (Esclerotes de Medlar) en observación directa con NaOH.

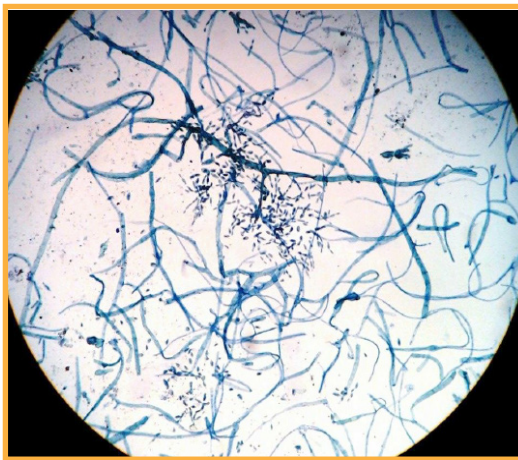


Figura 3: *Cladophialophora carrionii* 40X. Tinción con azul de metileno.

Conclusiones.

Al carecer de notificación epidemiológica, la incidencia real de cromoblastomycosis es incierta, por ello, cualquier caso confirmado microbiológicamente debe ser tomado como referente clínico y epidemiológico. El conocimiento de este tipo de micosis aumenta la posibilidad de un diagnóstico temprano y certero para evitar complicaciones derivadas de la cronicidad o retraso del diagnóstico.

REFERENCIAS

- 1.-Bonifaz A. **Cromoblastomicosis**. En Bonifaz A. *Micología Médica Básica* 4ª ed. México: McGraw-Hill; 2010. P. 231-246
- 2.- Torres-Guerrero E, Isa-Isa R, Isa M, Arenas R. **Chromoblastomycosis**. *Clinics in Dermat* 2012;30(4): 403-408. doi:10.1016/j.clindermatol.2011.09.011 Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0738081X11002902>
- 3.- Romero NM, Arenas GR, Muñoz EVF, Atoche DCE, Mayorga RJ, Bonifaz A, Moraila MGF, et al. **Cromoblastomicosis en México: Revisión de 603 casos en siete décadas**. *Dermatología CMQ* 2014;12(2):87-93. Disponible en: <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDREVISTA=323&IDARTICULO=54758&IDPUBLICACION=5535>
- 4.- Bonifaz A, Vazquez GD, Perusquía OAM. **Subcutaneous mycoses: Chromoblastomycosis, sporotrichosis and mycetoma**. *J Dtsch Dermatol Ges*. 2010;8:619-27. doi:10.1111/j.1610-0387.2010.07453.x Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1610-0387.2010.07453.x/abstract>
- 5.- Deng S, de Hoog GS, Badali H, et al. **In Vitro Antifungal Susceptibility of Cladophialophora carrionii, an Agent of Human Chromoblastomycosis**. *Antimicrobial Agents and Chemotherapy* 2013;57(4):1974-1977. doi:10.1128/AAC.02114-12. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3623317/>
- 6.- Jakopp B, Stamm B, Eyer D, Conen A. **Hidden under a Cauliflower-Like Skin Tumor: Chromoblastomycosis**. *Case Reports in Infectious Diseases* 2013;2013:450153. doi:10.1155/2013/450153. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3705846/>
- 7.- Krzyściak PM, Pindycka-Piaszczyńska M, Piaszczyński M. **Chromoblastomycosis**. *Advances in Dermatology and Allergology/Postpy Dermatologii i Alergologii* 2014;31(5):310-321. doi:10.5114/pdia.2014.40949. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4221348/>
- 8.- Bonifaz A, Carrasco-Gerard E, Saúl A. **Chromoblastomycosis: clinical and mycologic experience of 51 cases**. *Mycoses* 2001;44(1-2):-7. doi: 10.1046/j.1439-0507.2001.00613.x. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1439-0507.2001.00613.x/full>
- 9.- López MR, Méndez TLJ. **Chromoblastomycosis**. *Clinics in Dermatology* 2007;25(2):188-194. doi:10.1016/j.clindermatol.2006.05.007. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0738081X06000691>
- 10.-Bonifaz A. **Micología Médica Básica**. Cuarta edición. McGraw-Hill, México, D.F. 2012:231-246.
- 11.- Chavan SS, Reddy P. **Cytological diagnosis of chromoblastomycosis**. *Journal of Cytology / Indian Academy of Cytologists* 2013;30(4):276-277. doi:10.4103/0970-9371.126668. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3945632/>
- 12.- Morales Piñero Sergio, Morales Piñero Roberto, Morales Morera Tatiana. **Úlcera de Marjolin. Presentación de un caso**. *Medisur* [Internet]. 2016 Feb; 14(1): 53-57. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2016000100010&lng=es.
- 13.- Bada MM, Arenas GR, Vergara TL. **Cromoblastomicosis en Veracruz. Un caso curado con extirpación quirúrgica**. *Med Int Mex* 2012;28(2):192-195. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim-2012/mim122m.pdf>