

## **Cromomicosis verrucosa en tratamiento combinado con crioterapia**

### Verrucous chromomycosis under combined treatment with cryotherapy

Omara Lemus Cosme<sup>1\*</sup>

Aura Catherine Rodríguez Estupiñan<sup>1</sup>

Derkis Prado Lemus<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hospital Clínico Quirúrgico “Manuel Fajardo”. La Habana, Cuba.

<sup>2</sup>Hospital “Celia Sánchez Manduley”. Granma, Cuba.

\*Autor para la correspondencia: [omara.lemus@infomed.sld.cu](mailto:omara.lemus@infomed.sld.cu)

#### **RESUMEN**

La cromomicosis es parte de las micosis subcutáneas crónicas con un amplio espectro clínico. Topográficamente afecta con más frecuencia las extremidades inferiores. El tratamiento combinado es el de elección. Se presenta un caso de cromomicosis variedad verrucosa, con agente etiológico *Fonsecaea pedrosoi*, en paciente masculino, con lesión localizada a nivel de extremidad superior derecha, de largo tiempo de evolución. Recibió tratamiento combinado con itraconazol oral y criocirugía durante 12 meses, con involución de las lesiones iniciales. Se presenta el caso por lo infrecuente de esta enfermedad en nuestro medio y la evolución satisfactoria que presentó el paciente.

**Palabras clave:** cromoblastomicosis; micosis subcutánea; crioterapia.

#### **ABSTRACT**

Chromomycosis is a chronic subcutaneous mycosis with a broad clinical spectrum. Topographically, it more commonly affects the lower limbs. Combined therapy is the treatment of choice. A case is presented of a male patient with verrucous chromomycosis caused by *Fonsecaea pedrosoi* of a lengthy evolution and location of the lesion on his right upper limb. The patient was treated with oral itraconazole and cryosurgery for 12 months, with involution of the initial lesions. The case is presented due to the low frequency of this disease in our environment and the satisfactory evolution of the patient.

**Keywords:** chromoblastomycosis; subcutaneous mycosis; cryotherapy.

Recibido: 05/02/2019

Aceptado: 26/02/2019

## Introducción

La cromomicosis es parte de las micosis subcutáneas, conocida por ser una enfermedad crónica que es producida por diversos hongos del grupo de los dematiáceos, es decir, aquellos que se encuentran pigmentados, dentro de los cuales se encuentran seis grupos: *Fonsecaea pedrosoi* (mayor prevalencia), *fonsecaea compacta*, *fonsecaea monophora*, *phialophora verrucosa*, *cladophialophora carrionii* y *rhinocladiella aquaspersa*, los cuales tienen un amplio espectro de manifestaciones clínicas.<sup>(1)</sup>

Esta micosis subcutánea predomina en climas tropicales y subtropicales, afectando generalmente a los hombres con una edad promedio de 20 - 60 años, cuya ocupación está ligada a las labores agrícolas y otras desarrolladas en áreas rurales,<sup>(2)</sup> debido a que los agentes causales se encuentran en pisos, maderas y plantas húmedas donde llegan a inocularse en la piel por medio de pérdida de la solución de continuidad en la misma (traumas) que afectan desde la epidermis hasta el tejido celular subcutáneo. Topográficamente afecta las extremidades inferiores,<sup>(3)</sup> aunque también se han visto en otras localizaciones como tronco y área facial. Es importante considerar esta enfermedad en aquellos pacientes con historia de inmunosupresión y uso crónico de corticoesteroides.<sup>(4)</sup>

Clínicamente presenta múltiples variantes clínicas, que van desde una pápula o nódulo en el sitio de trauma, que avanza hasta la formación de lesiones verrucosas, que se entremezclan con lesiones costrosas y ulcerativas. Estas pueden tener formas anulares a medida que avanza la enfermedad dadas por la cicatrización central de la lesión. De la misma manera pueden confluir formando lesiones con múltiples nódulos bien circunscritos que se pueden diferenciar de la piel sana adyacente. Dentro de las variedades clínicas se contemplan: nodular, tumoral, psoriasiformes porotricoides, cicatricial, verrucosa o vegetante, y en placa superficial. Es de importancia conocer

que las lesiones no involucionan espontáneamente y se acompañan de síntomas inespecíficos.<sup>(4,5)</sup>

El diagnóstico está basado en la anamnesis y el cuadro clínico, pero se apoya en el examen micológico directo con hidróxido de potasio, en el cual se observan las células fumagoides o muriformes patognomónicas de esta enfermedad, y en el cultivo para determinar la variedad etiológica.<sup>(6,7)</sup> Los estudios histopatológicos muestran una hiperplasia pseudoepiteliomatosa, abscesos intraepidérmicos, y a nivel de la dermis, la presencia de células gigantes que en su interior presentan los cuerpos de Medlar o cuerpos escleróticos pigmentados patognomónicos de la enfermedad.<sup>(6)</sup>

El manejo terapéutico está basado en tratamientos combinados, teniendo como pilar principal los antifúngicos sistémicos tales como: 5-fluocitosina, anfotericina B itraconazol, voriconazol y posaconazol, con buena respuesta en períodos de al menos 6 - 12 meses de tratamiento continuado,<sup>(6)</sup> al que se adicionan otras opciones terapéuticas como son la criocirugía y la escisión quirúrgica, esta última para lesiones pequeñas.<sup>(5,6)</sup>

## Caso clínico

Paciente masculino de 50 años de edad, color de piel mestizo, fototipo cutáneo IV, procedente de la provincia Granma y residente en La Habana, Cuba. Presenta antecedentes patológicos personales de asma bronquial, para lo cual lleva tratamientos frecuentes con ciclos de prednisona tabletas 5 mg y salbutamol inhalado. Acude al servicio de Dermatología del Hospital Clínico Quirúrgico “Manuel Fajardo” por presentar lesiones en piel de 12 años de evolución, consistentes en placas verrucosas de diferentes tamaños a nivel del dorso de mano, muñeca y tercio distal de antebrazo derecho. Refiere haber sufrido trauma con una rama de árbol y luego de dos meses comienza con una lesión tipo “grano”, la cual fue aumentando de tamaño paulatinamente por lo que en dicho momento es valorado y manejado con antibioticoterapia oral sin mejoría. La lesión continuó creciendo y se tornó verruciforme, con presencia de costras y acompañada de prurito leve.

Se decide su ingreso por sospecha de enfermedad micótica subcutánea en un paciente con uso crónico de esteroides, sin tratamiento antifúngico previo.

### Examen dermatológico

Paciente fototipo cutáneo IV con dos lesiones localizadas en dorso y cara lateral externa de mano, muñeca y tercio distal de antebrazo derecho. Ambas forman placas sobre elevadas de aspecto verrucoso de bordes bien definidos, siendo la de mayor tamaño de aproximadamente 10 cm en su eje mayor, con presencia en su superficie de escamas blanquecinas, adherentes, secas, entremezcladas con costras hemáticas y melicéricas. A nivel de la zona central de ambas lesiones se observa tejido cicatrizal con ligera atrofia y lesiones residuales hiperpigmentadas perilesionales (Fig. 1).



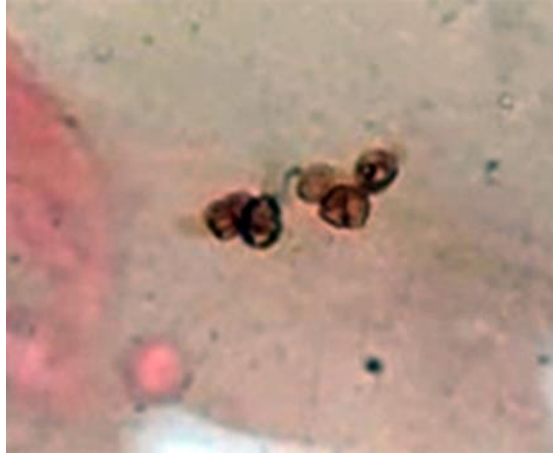
**Fig. 1** – Lesiones en placas, sobre elevadas, de aspecto verrugoso, con escamas y costras en la superficie.

Examen dermatoneurológico: Sin alteraciones

Examen físico: Sin alteraciones.

Se indicaron estudios de laboratorio los cuales reportaron química sanguínea y biometría hemática dentro de parámetros normales, VSG 30 mm/H, exudado bacteriológico negativo, examen micológico directo con KOH donde se observa la presencia de células fumagoides (Fig. 2), cultivo positivo para *fonsecaea pedrosoi*.

Radiografía de extremidad superior derecha: Sin alteraciones.



**Fig. 2** - Células fumagoides en el examen directo con KOH.

Se concluye el caso como una cromomicosis y se inicia tratamiento combinado con itraconazol (tabletas 100 mg) una cada 12 horas vía oral y crioterapia, una aplicación semanal durante 12 meses.

Al paciente se le realizaron controles cada 2 semanas. Luego de concluir el tratamiento se observa involución de las placas verrucosas sobre elevadas, con presencia de lesiones de tipo cicatriz, algunas atróficas (Fig. 3).



**Fig. 3**- Imagen de las lesiones al concluir el tratamiento.

En la actualidad, el paciente se encuentra sin recurrencia de las lesiones.

## Comentarios

La cromomicosis tiene mayor incidencia en pacientes del sexo masculino que trabajen en zonas rurales o que estén en contacto con suelos, plantas y maderas donde se encuentran las 6 especies de agentes etiológicos.

Se inocula en piel y tejido celular subcutáneo por medio del trauma y se auto inocula en otras partes del cuerpo por el rascado. La autoinoculación por el rascado es un factor determinante para la diseminación de la enfermedad. Como característica, esta tiende a afectar una sola extremidad, que paulatinamente presenta aumento de volumen, exudación y mal olor, que se denomina pie musgoso o cromomicosis elefantiásica por estasis linfático, que es la complicación más frecuente. Se han descrito algunos casos de inserción de carcinoma espinocelular en las lesiones.<sup>(5)</sup>

El diagnóstico se basa en una adecuada anamnesis y nexo epidemiológico, así como en las manifestaciones clínicas presentes.<sup>(5,6)</sup>

Aunque es una patología muy conocida y estudiada, el manejo farmacológico se reduce a un grupo pequeño de tratamientos que según la experiencia deben hacerse combinados. De esta manera se asocian los antifúngicos orales de diferente espectro, con modalidades terapéuticas como la criocirugía o escisión quirúrgica, esta última en lesiones de pequeño tamaño. Dichos manejos serán escogidos según riesgo/beneficio del paciente y del cuadro clínico que presente.<sup>(5)</sup>

Este caso se concluye como una cromomicosis variedad verrucosa, con agente etiológico *Fonsecaea pedrosoi*, en un paciente masculino con uso frecuente de corticoesteroides orales. Se inició manejo con terapia combinada de itraconazol y criocirugía, con mejoría clínica a los 12 meses de instaurado el tratamiento, sin recurrencia de lesiones en piel.

## Referencias bibliográficas

1. Bologna JL, Schaffer J, Cerroni L. Dermatology. 4th ed. New York: Elsevier; 2018. p. 1347-48.
2. Arenas Guzmán R. Dermatología. 6 ed. México D.F: McGraw-Hill; 2015. p. 505-8.
3. Burns T, Breathnach S, Cox N, Griffiths C. Rook's textbook of dermatology. 8th ed. Oxford: Blackwell Publishing; 2010. p. 57.

4. Fitzpatrick T, Goldsmith L, Wolff K. Fitzpatrick's dermatology in general medicine. 9th ed. New York: McGraw-Hill; 2019. p. 2971-72.
5. Bonifaz Trujillo J. Micología médica básica. México: McGraw-Hill; 2015.
6. Arenas Guzmán R, Torres Guerrero E. Micología médica ilustrada. 6 ed. Ciudad de México: McGraw-Hill Interamericana; 2019.
7. Bailey W, Scott E. Diagnostic microbiology. 12th ed. Saint Louis: Mosby; 2015.

### **Conflicto de intereses**

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de intereses con la elaboración de este documento.

### **Contribución de los autores**

Omara Lemus Cosme (seguimiento del paciente desde su diagnóstico, organización de la información y revisión final del artículo).

Aura Catherine Rodríguez Estupiñán (confección de historia clínica del paciente y redacción del artículo).

Derkis Prado Lemus (búsqueda bibliográfica para la confección del artículo).