

# Cromblastomicosis por *Cladosporium* sp.

Juan Caveró<sup>1</sup>, Víctor Delgado<sup>2</sup>.

## RESUMEN

Reportamos un caso de cromblastomicosis causada por *Cladosporium* sp. con lesión de apariencia verrucosa, localizada en piel torácica y tratada con itraconazol, observándose remisión parcial. Se discute el diagnóstico diferencial de este tipo de lesión.

**Palabras clave:** cromblastomicosis, verrucosa, itraconazol.

## SUMMARY

We report a case of chromblastomycosis caused by *Cladosporium* sp., with lesion of verrucous appearance, located in thoracic skin, and treated with itraconazol, being observed partial remission. The differential diagnosis of this lesion is discussed.

**Key words:** chromblastomycosis, verrucous, itraconazol.

## INTRODUCCIÓN

La cromblastomicosis es una micosis producida por inoculación traumática percutánea de hongos pigmentados, llamados dematiáceos (particularmente *Fonsecaea pedrosoi*, *Phialophora verrucosa*, *Cladosporium carrionii* y *Fonsecaea compacta*). Clasificada entre las micosis profundas, la cromblastomicosis prevalece en poblaciones rurales en países de clima tropical o subtropical donde estos hongos, que son saprofitos, pueden ser hallados en la tierra o en la vegetación y madera descompuesta. Las lesiones cutáneas, con apariencia de placas y nódulos verrucosos, se pueden extender por diseminación linfática y raramente por diseminación hematógena. En el examen histopatológico destacan la hiperplasia pseudoepiteliomatosa de la epidermis y el infiltrado linfomononuclear en la dermis; este último puede hacerse absceso y granuloma, con células gigantes, en cuyo interior pue-

den haber células micóticas de pared gruesa y color marrón<sup>(1)</sup>. En el examen micológico directo, en el que deben incluirse los puntos negros que aparecen en las lesiones, se encuentran este tipo de células denominadas "cuerpos de Medlar", que son patognomónicas de la cromblastomicosis, aunque no indican especificidad del agente causal.

## CASO CLÍNICO

Paciente varón de 66 años, natural de Iquitos, procedente de Puente Piedra (3 años de residencia), actualmente jubilado y con residencias anteriores en Pachitea (1948-1976) y Pucallpa (1976-1999). Ingresó al Servicio de Dermatología el 21 de agosto de 2003, por un tiempo de enfermedad de 16 años, caracterizado por prurito y aparición de una lesión en el lado derecho de la espalda,

<sup>1</sup> Médico Asistente del Servicio de Dermatología del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, Lima, Perú.

<sup>2</sup> Médico Asistente del Servicio de Patología Quirúrgica y Necropsias del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, Lima, Perú.

Correo electrónico: jacaverog@yahoo.com.ar

pequeña al inicio y posteriormente de crecimiento lento y progresivo, hasta alcanzar las dimensiones actuales. Recibió tratamiento anteriormente (desconoce que fármacos), sin presentar mejoría. Desde hace 5 años la lesión aumenta de tamaño, agregándose descamación y prurito. Otros síntomas que presenta son dolor en rodillas desde hace 2 meses, tos con expectoración amarillenta desde hace 10 años, dolor abdominal en cuadrante superior derecho desde hace 10 años, diarreas desde hace 1 mes (refiere le detectaron parásitos, pero no precisa el tratamiento). Funciones biológicas normales.

Antecedentes: vivienda de madera, con servicios. Su ocupación siempre fue maderero, refiriendo que debido a eso en numerosas oportunidades ha dormido a la intemperie en bosques amazónicos.

Hábitos nocivos: alcohol, hasta hace 5 meses bebía diariamente, sin embriagarse; tabaco, fuma 1 cigarrillo al día desde hace 20 años.

Alergias: refiere reacción tipo urticaria por ingesta de mariscos. Niega antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus, traumatismo encefalo-craneano, hepatitis, convulsiones y enfermedades de transmisión sexual.

Antecedentes familiares: no contribuyentes.

Examen clínico general: el paciente se encuentra en aparente buen estado general, orientado y lúcido; aparatos respiratorio y cardiovascular sin alteraciones; abdomen blando y depresible, sin visceromegalia; examen neurológico semiológicamente normal; no hay adenopatías.

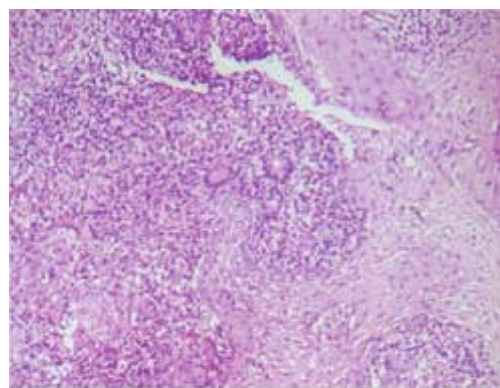
Examen de la piel: gran placa de aspecto verrucoso y eritematoso, de aproximadamente 20x20cm, de forma irregular, en hemitórax posterior derecho, con costras amarillentas y punteado negro en la superficie y zonas de atrofia en la parte central. (Fotografía 1).

Cabello normal, uñas de los pies distróficas.

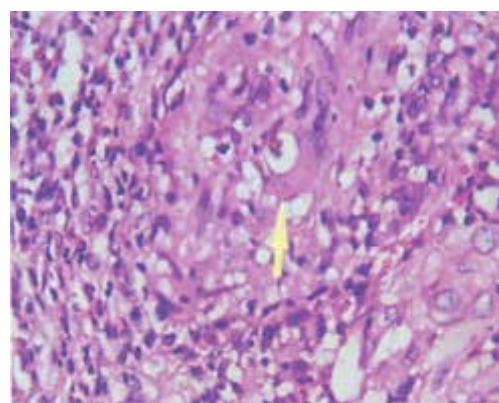


Fotografía 1: Aspecto inicial de la lesión

La biopsia cutánea revela hiperplasia epidermal con áreas pseudoepiteliomatosas. En la dermis se evidencia infiltrado inflamatorio severo de aspecto nodular, con formación de granulomas y presencia de células gigantes multinucleadas de tipo tuberculoide (Fotografía 2), abscesos focales, así como células plasmáticas y eosinófilos. Algunas células gigantes engloban esporas ovoideas, pigmentadas, de aproximadamente 10mm de diámetro (Fotografía 3); dichas esporas también se localizan en el intersticio y en los abscesos. Diagnóstico histopatológico: dermatitis nodular crónica granulomatosa compatible con cromblastomycosis.



Fotografía 2: Hiperplasia epidermal e infiltrado inflamatorio dermal formando granulomas HE/10X



Fotografía 3: Celula gigante multinucleada englobando espora pigmentada en zona central de un granuloma. HE 40X

Exámenes auxiliares: hemoglobina 14,3 g/dl, leucocitos 7 470/mm<sup>2</sup>, bastonados 0%, segmentados 61%, eosinófilos 8%, monocitos 1%, linfocitos 30%, recuento de plaquetas normal. Perfil hepático normal, triglicéridos 221mg/dl, colesterol 191mg/dl, proteína C reactiva 5.4mg/ml, velocidad de sedimentación 24mm/h. BK en esputo

negativo, parasitológico en heces negativo, micológico en uñas negativo. Radiografía de tórax normal. El examen micológico de piel del área de la lesión evidencia células escleróticas compatibles con cromblastomycosis y cultivo micológico es positivo para *Cladosporium* sp.

Evolución: Se instaura tratamiento con itraconazol a dosis de 200mg bid. Luego de dos meses y medio de seguimiento (noviembre de 2003) se aprecia sustancial reducción en el tamaño de la lesión ( **Fotografía 4** ).



Fotografía 4: Aspecto lesional luego de dos meses y medio de tratamiento con itraconazol.

## DISCUSIÓN

En el diagnóstico diferencial del tipo de lesión presentada en este paciente debe considerarse, además de cromblastomycosis, leishmaniasis, tuberculosis verrucosa cutis, esporotricosis y carcinoma escamocelular. Tanto en cromblastomycosis como en esporotricosis y leishmaniasis puede verse al examen histopatológico una reacción granulomatosa con células gigantes. Esta misma reacción, en su forma tuberculoides<sup>(1)</sup>, es característica de tuberculosis verrucosa cutis. Será necesario, por tanto, acudir a los datos que nos proporcione la epidemiología, así como a hallazgos más específicos, tanto en el examen histopatológico como en el estudio microbiológico. En cuanto al carcinoma escamocelular, si bien el examen histopatológico es definitorio, debe considerarse además que esta entidad puede aparecer en lesiones de cromblastomycosis de larga data, así como en otros procesos inflamatorios o degenerativos, mostrando mayor agresividad<sup>(1-3)</sup>.

En la historia de nuestro paciente destacan su larga estancia en la selva de nuestro país y su oficio de maderero, en el cual son frecuentes los traumatismos con el

material de trabajo o, como en el caso que comentamos, con materiales que albergan hongos. El hábito de dormir a la intemperie probablemente explique la ubicación poco frecuente de sus lesiones. En efecto, las series de cromblastomycosis publicadas señalan mayoritariamente como principal sitio de compromiso las extremidades (especialmente las inferiores) y en menor proporción el tronco<sup>(4)</sup>. La posibilidad diagnóstica de leishmaniasis cutánea (de la cual se han descrito presentaciones de tipo verrucoso) así como la de esporotricosis (que en el caso presente no sería la forma linfocutánea sino la cutánea fija<sup>(1,2,5)</sup>) requieren el hallazgo característico correspondiente, ya sea en el examen histopatológico o en el estudio microbiológico. El antecedente de tosedor crónico suscita la posibilidad de una enfermedad pulmonar frecuente en nuestro medio, como la tuberculosis, a la cual estaría asociada una forma cutánea de la misma, que por la morfología de la lesión sería la verrucosa cutis, expresión de respuesta inmune de alto grado<sup>(2)</sup>. En el presente caso no se encontró evidencia de tuberculosis pulmonar y los síntomas se atribuyeron al hábito de fumador crónico. Un detalle sutil, pero que puede ser importante en el examen clínico, es aquel de los puntos negros sobre la superficie verrucosa, que no se describen por lo general en los otros diagnósticos a considerar, pero sí en la cromblastomycosis, facilitando su inclusión el hallazgo del microorganismo causal<sup>(6)</sup>.

Los hallazgos histopatológicos, como se ha mencionado líneas arriba, pueden ser similares en el caso de cromblastomycosis, esporotricosis, leishmaniasis y tuberculosis verrucosa cutis, pues en las 3 primeras puede darse incluso el caso de granuloma tuberculoides. Se mencionan datos sutiles como la mayor cantidad de microabscesos intra epidérmicos que puede darse en la esporotricosis, o la ausencia de necrosis caseosa en los granulomas tuberculoides de la cromblastomycosis, pero lo fundamental será el hallazgo del microorganismo respectivo. Esto se da en la forma de amastigotes infiltrando histiocitos en la leishmaniasis<sup>(1)</sup>, de cuerpos asteroides en la esporotricosis, de bacilos de Koch en la tuberculosis verrucosa cutis, o de las células micóticas de pared gruesa y color marrón características de la cromblastomycosis. En cuanto al examen micológico directo, es definitivo el hallazgo de estas células micóticas denominadas cuerpos de Medlar, que aunque patognomónicas de cromblastomycosis, se pueden encontrar en infecciones por cualquiera de los hongos dematiáceos mencionados en la introducción. Hará falta entonces el cultivo micológico para identificar el hongo. En nuestro caso llamó la atención el haber aislado *Cladosporium* sp. ya que se describe a *Cladosporium carrionii* como endé-

mico en zonas semi-áridas y más bien a *Fonsecaea pedrosoi* en áreas cálidas y húmedas<sup>(7)</sup>.

En cuanto al tratamiento, la rápida respuesta al itraconazol está reportada, mencionándose una mayor sensibilidad de *Cladosporium carrionii* al itraconazol que *Fonsecaea pedrosoi*<sup>(8)</sup>. Dada la gran extensión de la lesión presentada, se recomienda el uso de crioterapia (una importante alternativa terapéutica en cromblastomycosis), previa terapia sistémica para reducir el tamaño de la lesión<sup>(8)</sup>.

#### COMENTARIO

Reportamos un caso de cromblastomycosis en piel torácica por la poca frecuencia de presentación, tanto en su etiología como en su ubicación corporal. De igual modo, la morfología de la lesión verrucosa suscita una interesante discusión clínica e histopatológica.

#### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 WEEDON D. Skin Pathology. New York: Churchill Livingstone; 1997.
- 2 LEVER WF, SCHAMBERG-LEVER G. Histopathology of the Skin. Squamous cell carcinoma. Philadelphia: J.B. Lippincott Company; 1983.
- 3 COLLAZO H, GONZÁLEZ E, PARDILLO AG, COLLAZO SY. Amputación interescapulotorácica por cromomycosis y carcinoma epidermoide. Rev Cub Ortop Traumatol. 2001;15 (1-2):27-31.
- 4 RAJENDRAN C, RAMESH V, MISRA RS, KANDHARI S, UPRETI HB, DATTA KK. Chromoblastomycosis in India. Int J Dermatol. 1997;36:29-33.
- 5 COSTA H, BRAVO F, SCAVINO Y, BUSTAMANTE B. Esporotricosis cutánea fija resistente a itraconazol. Fol Dermatol Per. 2001;12(1):44-46.
- 6 CASIRO IGM, SCHWARTZ RA, BARAN E. Chromo-blastomycosis. E-Medicine [Publicación periódica en línea], 2003, Mayo 20 [citada 2004, Enero, 27]. En: URL <http://www.emedicine.com/derm/topic855.htm>.
- 7 SHARMA NL, SHARMA RC, GROVER PS, GUPTA ML, SHARMA AK, MAHAJAN VK. Chromoblastomycosis in India. Int J Dermatol. 1999;38:846-51.
- 8 BONIFAZ A, MARTÍNEZ E, CARRASCO E, PENICHE J. Treatment of chromoblastomycosis with itraconazole, cryosurgery, and a combination of both. Int J Dermatol. 1997;36:542-47.