

SECCION BIBLIOGRAFICA

CROMOBLASTOMICOSIS
(UN CASO DE RARA LOCALIZACION)

Dr. M.F. Pimentel Imbert
Profesor de Parasitología, Universidad de Santo Domingo

Es grande el interés que sigue despertando en todo el mundo la dermatosis conocida como Cromoblastomycosis, no solamente por las muchas nuevas comunicaciones que se han reportado en estos últimos años, sino por los nuevos aspectos clínicos y por la amplia distribución geográfica de la enfermedad.

Es indudable que las comunicaciones se suceden con más frecuencia que antes, debido al conocimiento más exacto del cuadro clínico, ya que las excrescencias verrucosas son tan típicas, tan inconfundibles, que basta la observación de un solo caso para dejar en nuestro ánimo una impresión imborrable.

El primer caso de Cromoblastomycosis en la República Dominicana fue reportado por nosotros en colaboración con nuestro querido Profesor Dr. Arturo L. Carrión, en 1937. Hemos tenido la oportunidad de observar y estudiar nuevos casos, recopilados algunos por el Dr. L.M. Betances Cámpora para su tesis doctoral en la Universidad de Santo Domingo, año 1947-48, y otros casos que luego trataremos de publicar. En todos estos casos las lesiones siempre se presentaban en los miembros inferiores, alrededores de los tobillos, y siempre en agricultores de nuestros cafetales.

Nos ha movido a hacer esta comunicación aparte, ya que se trata de una localización rara, no sólo en los casos observados por nosotros, sino rara en la literatura general de la Cromoblastomycosis. En este caso particular, la excrescencia verrucosa se ha hecho en el dorso de la mano.

En cuanto a los aspectos clínicos de esta micosis, recordemos que la enfermedad comienza, casi siempre sobre una región traumatizada, por pequeños elementos papulosos, aislados, redondeados u ovalados; haciendo relieve en la piel, por regla general, en el miembro inferior, por los alrededores del tobillo. Estos pequeños elementos, al crecer, van tomando un aspecto verrucoso, que pueden confluir y formar placas verrucosas, que pueden llegar a tomar grandes

extensiones, formando masas que recuerdan al coliflor.

Algunas veces llegan a ocupar superficies extensas, siendo las observadas por nosotros de poca extensión comparadas con las observadas por otros investigadores.

Hay veces que las lesiones son discretas, de insidioso y muy lento crecimiento, presentándose con un aspecto banal, pareciendo procesos inflamatorios diversos, por lo que no hacen sospechar su naturaleza micótica. Aunque su localización frecuente son las extremidades inferiores, también se han observado en la cara, manos, nalgas, muslos, tronco y cuello. En todos los casos observados por nosotros, a excepción del que vamos a presentar, la localización de las excrescencias verrucosas se ha hecho en los miembros inferiores.

Generalmente el desarrollo de las lesiones es unilateral, pero se han reportado casos en que ambos miembros inferiores estaban infectados. En uno de los últimos casos observados por mí, las lesiones se presentaban en ambos pies. Cuando las lesiones ocupaban amplias extensiones en el pie y pierna y ha habido contaminación microbiana, la pierna puede tomar un aspecto elefantiásico. Casi siempre en estos casos hay un fuerte olor desagradable. Para la descripción de las lesiones Cromoblastomycóticas, se han clasificado las lesiones en tipos: nodular, tumoral, verrucoso, en placas y cicatricial. En el tipo nodular, los elementos son pequeños, elevadamente moderados, blandos, presentando un color rosado mate, superficie lisa, verrucosa o escamosa. El tipo tumoral es un grado más avanzado de lo anterior, las prominencias verrucosas son más grandes, a veces lobuladas, cubiertas por costras color grisáceo y partículas callosas. En los miembros inferiores es donde el proceso se hace más exuberante, las lesiones verrucosas alcanzan enormes dimensiones y presentándose con la característica apariencia de coliflor.

En el tipo verrucoso se encuentra una marcada hiper-

queratosis. Las lesiones toman una verdadera apariencia verrucosa, semejándose a las lesiones de la Verruga vulgar. Estas lesiones se encuentran en el borde del pie.

El tipo en placas es menos frecuente entre las lesiones de la Cromoblastomicosis. En este tipo se incluyen áreas de infiltración más o menos poco elevadas. Presentan una coloración rojiza o violácea, con escamas en la superficie.

El tipo cicatricial, las lesiones van curando en el centro, dejando una zona esclerótica o atrófica, hiper o hipopigmentada, observándose en los bordes el proceso verrucoso.

El proceso de desarrollo de las lesiones siempre es lento y progresivo, pudiendo con el transcurso del tiempo confluír y extenderse.

Al tratar de desprender alguna pequeña costra o pequeña lesión verrucosa, sangra con suma facilidad. Basta solamente pasar una gasa, en muchas ocasiones, para que la lesión sangre. Es uno de los motivos del poco aseo de los enfermos en sus lesiones cromoblastomiosicósicas y por consecuencia de ese olor nauseabundo que despiden casi todas las lesiones. Con una presión moderada las lesiones de Cromoblastomicosis dejan escapar, algunas de ellas, una sustancia gaseosa y algunas veces un líquido purulento, por varias partes del sitio comprimido.

Muchos enfermos acusan en las lesiones un prurito más o menos intenso; en ocasiones se hacen dolorosas.

Las infecciones secundarias por bacterias son causas de ulceraciones que pueden cicatrizar en algunos sitios.

En un caso reportado por Carrión y Koppisch, se produjo metástasis en un músculo del muslo, sin afectar la piel de esa región.

No hay dudas, que la localización influye en el cuadro clínico. Los tumores más amplios, en coliflor, se presentan en el pie y tercio inferior de la pierna. Por regla general mientras más alta esté localizada la lesión en la extremidad, menos elevada es de la superficie de la piel.



FIG. 1. Aspecto clínico de la lesión.

Después de las localizaciones en los miembros inferiores, le siguen por orden de frecuencia las extremidades

superiores, comenzando la lesión en la mano o muñeca. Localizaciones en la cara son más raras, reportándose no más de tres casos, y excepcionalmente en el cuello y tronco.

REPORTE CLINICO

J.L., 39 años de edad, raza mestiza, casado, natural de Sabana de la Mar, sección de Cajital, de ocupación agricultor.

Refiere el paciente que hace 14 años, estando en sus labores normales en el campo, recibió una pequeña herida en la región metatarso-falángica, cara dorsal de la mano izquierda, apareciendo luego una pequeña lesión que comparó con una verruga vulgar, pero que a medida que transcurría el tiempo iba creciendo paulatinamente. En una ocasión extirpó la lesión con una cuchilla. Tiempo después apareció en el mismo sitio, pero con base más amplia una nueva



FIG. 2. Aspecto clínico de la lesión.

lesión verrucosa.

Su historia familiar y patológica anterior no contributoria.

EXAMEN FISICO

Cabeza: Cráneo normal. Ojos normales. Lengua saburral, dientes en mal estado. Ligeramente amigdalitis crónica.

Cuello: No se aprecian ganglios. Tiroides y vasos normales.

Tórax: Normal. Pulmones; Inspección, palpación, percusión y auscultación normales.

Aparato Circulatorio: Corazón: Punta latiendo en sexto espacio intercostal por fuera de la línea mamilar izquierda. Cardiotonos normales. Presión arterial: Máxima 140 mm y mínima 85 mm. Pulso 86 por minuto.

Abdomen: No cicatrices. No tumoraciones. Hígado de tamaño y situación normales. Bazo: dubitativamente perceptible. Tractus digestivo: sin signo de importancia. Riñones no palpables ni dolorosos.

Aparato genital: Normal.



FIG. 3. Radiografía de la mano, mostrando la integridad ósea

Sistema Nervioso: Psiquismo, sensibilidad y emotividad normales. Reflejos pupilares conservados. Los demás reflejos normales.

EXAMENES DE LABORATORIO

Análisis de orina normal. Heces fecales: Se observan algunos huevos de *Trichuris trichuris*. Reacción de Kahn negativa. Urea sanguínea 34 mg%. Glicemia 95 mg%. Hemograma: glóbulos rojos 4,050,000/mm³ Hemoglobina 85%. Leucocitos 8,250/mm³ Diferencial de la serie blanca: Polimorfonuclear 63%. Linfocitos 29%, Monocitos 6 por ciento. Eosinófilos 2 por ciento.

ASPECTO CLINICO DE LA LESION

En sentido longitudinal del dorso de la región metatarso falángica del primer dedo de la mano izquierda, se presentaba una eminencia ovalada verrucosa, elevada, de



FIG. 5. Un corte histológico de la lesión cromoblastomíctica. (Nótese en el centro las células escleróticas del hongo)

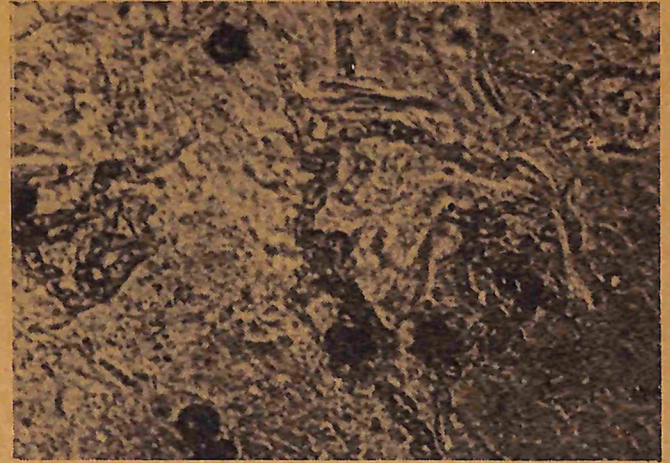


FIG. 4. Aspecto microscópico del hongo en las escamas.

bordes irregulares, con verdadero aspecto de coliflor. El tamaño de esta excrescencia era de 3 centímetros en su eje longitudinal por 2 centímetros en el transversal. El raspado de la superficie de la lesión producía ligera hemorragia. La superficie de la lesión era papilomatosa. La uña correspondiente al mismo dedo estaba normal y la integridad de los huesos de la región fue comprobada radiográficamente. La lesión era única, no había ninguna lesión verrucosa en la mano ni en otra parte del cuerpo. Tomando escamas de la superficie de la lesión, después de tratadas con una solución de potasa cáustica al 20 por ciento, al examen microscópico, comprobamos la existencia de células redondas, de color oliváceo, presentándose en grupos de 3, 4 o 5 elementos o a veces grupos más numerosos, en ocasiones las células fungosas se presentaban septadas, así como también filamentos gruesos septados, de color pardo, que emergían a veces de la misma célula fungosa.

En escamas sembradas en el medio de prueba de Sabouraud, obtenidas de la lesión, pudimos cultivar un hongo

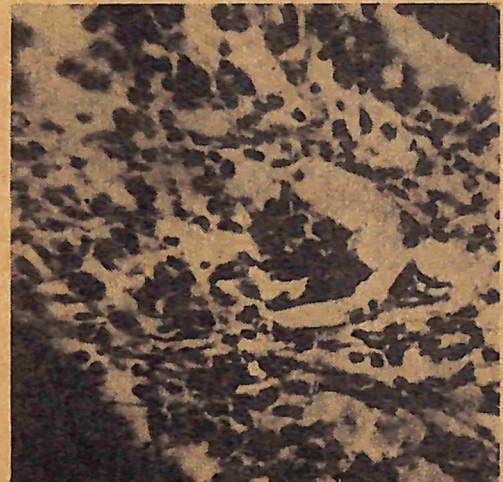


FIG. 6. En el centro las mismas células escleróticas más aumentadas

color oscuro que clasificamos como *hermodendrum pedrosoi*.

HISTOPATOLOGIA

Se observa el cuerpo de malpígio ligeramente engrosado. Las columnas epiteliales interpilares se presentan bien definidas sobre el coriun subyacente.

La capa córnea engrosada, el coriun se observa ensanchado, presentando una infiltración difusa de células redondas, formando focos en la superficie. Hay ciertos sitios en que se observan estructuras tuberculoides formadas por células epiteloideas y alguna que otra célula gigante de Langhan. En ocasiones las células fungosas, de color pardo, esféricas septadas en ocasiones, aisladas o agrupadas, se notaban en el interior de las células gigantes como libres en los espacios de infiltración.

RESUMEN Y COMENTARIO

El caso que presentamos en esta comunicación es el primero en cuanto a su localización en la mano, ya que todos los casos de Cromoblastomycosis observados en nuestro país han tenido su localización en los miembros inferiores. Como en nuestro primer trabajo publicado al presentar el primer caso de la enfermedad en la República Dominicana, nos llama la atención, que a pesar de la larga duración de la enfermedad más o menos 14 años, el proceso patológico fue moderado, no dando lugar a las extensiones verrucosas tan características en la Cromoblastomycosis. Tanto el examen de las escamas, el cultivo del hongo y el cuadro histopatológico, corresponden fundamentalmente a los que suele acompañar a las lesiones de Cromoblastomycosis.

Siempre nos ha llamado la atención el curso lento de la enfermedad en todos los casos vistos por nosotros, hacién-

dose, podríamos decir estacionarios, en muchos de estos casos. No hay dudas que el hongo en la República tiene una virulencia débil o nuestros enfermos oponen una barrera defensiva más fuerte.

BIBLIOGRAFIA

- A.L. Carrión. La Cromoblastomycosis en Puerto Rico. The Pto. Rco. Journ. of Public Health and Trop. Med. Septiembre, 1938.
- A.L. Carrión y M.F. Pimentel Imbert. Cromoblastomycosis en la República Dominicana. The Pto. Rco. Journal of Public Health and Trop. Med. Vol. XIII, No. 4, junio, 1938.
- M.F. Pimentel Imbert. Conferencia sobre Cromoblastomycosis dictada en el paraninfo de la Universidad de Santo Domingo la noche del 30 de marzo de 1944.
- P.L. Baliña. A Case of Chromoblastomycosis arising in Argentina. Revista Arg. de Dermatosifilografía. 16: 1932.
- A.L. Carrión. Observation in Dermatomycosis in Puerto Rico, an Report on a case of Chromoblastomycosis. Pto. Rco. Journal of Public Health and Trop. Med. Vol. IX No. 2, Sept. 1933.
- C. Pardo Castelló. Dermatología y Sifilografía. 3ra. edición.
- A.L. Carrión. Chromoblastomycosis. Preliminary Report on a New Clinical Type of Disease Caused by *Hermodendrum Compactum*. Pto. Rico Journal of Public Health and Trop. Med. 10. Nov. 1935.
- Armando del Pozo García. Un caso de Cromoblastomycosis cutánea. Medicina Latina. Año III, No. 3, mayo-junio, 1944.
- Lewis & Hopper. An Introduction to Medical Mycology. 3th. edition. 1948.
- L.J. Betances Cámpora. Tesis doctoral: La Cromoblastomycosis en la República Dominicana. Universidad de Santo Domingo. 1947-48.