

Hospital Universitario “General Calixto García”

Tratamiento exitoso de un caso de cromoblastomicosis verrucosa extensa con exéresis quirúrgica asociada a uso de ketoconazol

[Dra. Marisela Moreira Preciado,¹](#) [Dr. José G. Díaz Almeida,²](#) [Dra. Edelisa Moredo Romo,³](#) [Dra. Aylet Pérez López³](#) y [Dra. Lilia de la Torre Navarro³](#)

Resumen

Se presentó el caso de un hombre de 56 años de edad con una cromoblastomicosis verrucosa extensa, de larga evolución, con lesiones localizadas en pie derecho, que no había curado con tratamientos previos y fue tratado con éxito mediante exéresis quirúrgica de todas las lesiones junto con ketoconazol oral. Se revisó la literatura para concluir que el tratamiento de la cromoblastomicosis continúa siendo un reto y debe ser seleccionado para cada caso en particular. En pacientes con lesiones exuberantes, la exéresis quirúrgica previa parece ser un proceder de utilidad.

Palabras clave: Cromomicosis, tratamiento quirúrgico, ketoconazol.

La cromoblastomicosis o cromomicosis es una enfermedad poco frecuente, causada por hongos dematiáceos. Fue descrita por primera vez en Brasil por *Pedroso*, en 1911.¹ *Díaz Almeida* y otros² realizaron un estudio retrospectivo clínico epidemiológico de 72 casos de cromoblastomicosis en Cuba donde encontraron predominio de la raza blanca y el sexo masculino y la localización más frecuente en los miembros inferiores. El 72% de los casos provenían de áreas rurales y 41,7 % eran obreros agrícolas. Ellos recomendaron la notificación obligatoria de los casos para lograr un mejor registro estadístico.

Otros autores también han encontrado predominio del sexo masculino y la raza blanca y la localización en miembros inferiores de la enfermedad.^{3,4} El agente etiológico más frecuentemente encontrado ha sido el *Fonsecaea pedrosoi*.³⁻⁵

La cromoblastomicosis se ha descrito en todos los continentes, pero predomina en zonas tropicales y subtropicales. Es endémica en América Latina, Las Antillas, Indonesia, Malasia, y África.

Ríos Fabra y otros⁶ de Venezuela, consideran que las infecciones micóticas permanecen como un problema de salud en los países de América Latina. La mayoría de los casos pertenecen a grupos de bajo nivel económico y social y viven en áreas rurales.

Se han utilizado diferentes tratamientos en la enfermedad con variables resultados, no siempre satisfactorios.

Presentación del caso

Paciente masculino de 53 años de edad, mestizo, procedente de zona rural, que refirió haber recibido quemaduras en el pie derecho, 7 años antes del comienzo de las lesiones cutáneas a ese nivel.

Desde hace 2 años notaba crecimiento de lesiones sobre las cicatrices de las quemaduras, las cuales habían sido tratadas con electrocoagulación y crioterapia en varias ocasiones, con diagnóstico clínico de verrugas vulgares, recidivando siempre. Las lesiones han ido en aumento en número y tamaño, dificultándole la marcha.

En el momento de su ingreso, presentaba múltiples placas verrucosas y vegetantes, localizadas en el dorso de los dedos, bordes laterales, talón y planta del pie derecho, dolorosas a la presión (figs.1 y 2). Se planteó el diagnóstico clínico de cromoblastomicosis verrucosa.



Fig. 1. Lesiones de planta y cara lateral del pie.



Fig. 2. Acercamiento de la lesión plantar.

Se realizó examen micológico directo de la lesión, visualizándose hifas y cuerpos dematiáceos. No pudo aislarse el agente causal en el cultivo, pero el estudio dermatopatológico mostró infiltrado granulomatoso en la dermis, compuesto por neutrófilos, histiocitos y linfocitos con cuerpos fumagoides en el citoplasma de las células fagocíticas (fig. 3).

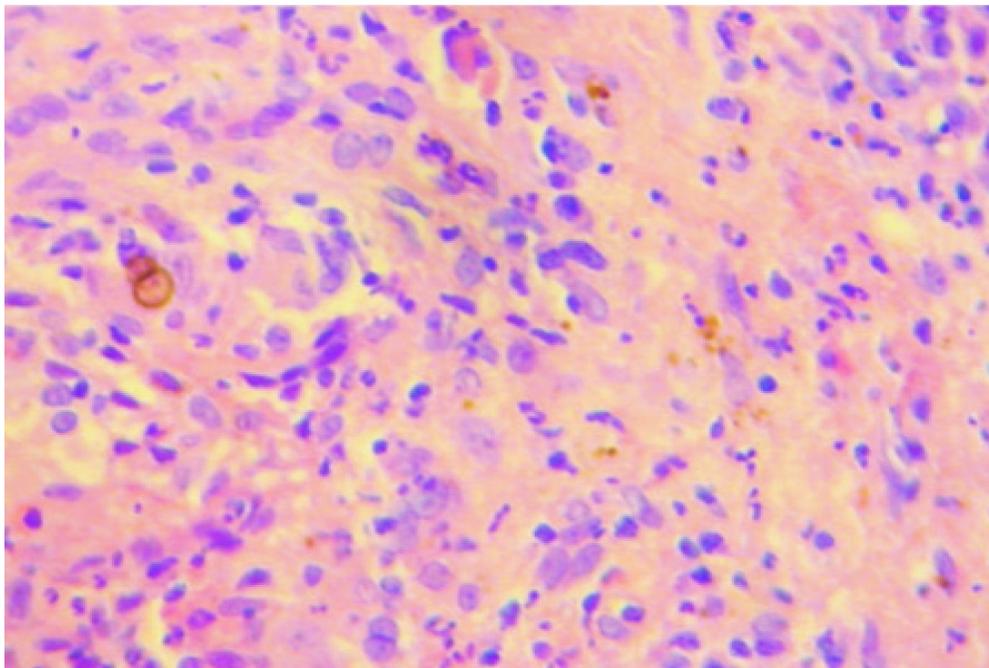


Fig. 3. Se observan los cuerpos fumagoides.

Se decidió tratamiento quirúrgico y administración de 200 mg de ketoconazol oral diariamente, que se comenzó una semana antes de la operación.

El tratamiento quirúrgico se realizó en coordinación con ortopedia por presentar el paciente en el 5to. dedo demasiadas lesiones, el cual se decidió desarticular.

El resto de las lesiones fueron extirpadas completamente, y se aplicó nitrofurazona y se dejó cura oclusiva.

A las 6 semanas después de la exéresis (fig. 4) se realizaron injertos libres en las zonas cruentas más amplias. El paciente fue dado de alta hospitalaria 10 semanas después de operado con solo pequeñas zonas por epitelizar (fig. 5). Se mantuvo tratamiento con ketoconazol por un mes más. A las 14 semanas las lesiones estaban completamente cicatrizadas (fig. 6) y el paciente deambulaba normalmente.



Fig. 4. Aspecto de la herida 6 semanas después de operado.



Fig. 5. Lesión prácticamente cicatrizada 10 semanas después de operado.



Fig. 6. Lesión completamente cicatrizada a las 14 semanas de operado

A los 18 meses de evolución el paciente no había presentado recidiva de las lesiones.

Discusión

La cromoblastomicosis cuando es tratada en etapas tempranas, con lesiones pequeñas puede curar con relativa facilidad.

Los autores de este trabajo han tratado varios casos con 5 fluoracilo local con curación completa, en otros casos con placas mayores, han realizado exéresis quirúrgica con autoinjertos, sin asociación con agentes antimicóticos, con iguales resultados. No obstante, cuando la enfermedad es extensa, los tratamientos pueden no resultar exitosos y en algunos casos se ha requerido amputación de un miembro.

Minotto y otros en una revisión de 100 casos de la enfermedad en Brasil, reportan recrudescencia en 43 % de los casos a pesar del tratamiento utilizado.³

Se han reportado excelentes resultados en 2 pacientes que sufrieron cromoblastomicosis extensas tras inoculación traumática, tratados uno, con itraconazol y 5 fluoracilo local y otro, con itraconazol y criospray.⁷

Bonifaz A y otros⁴ reportan la experiencia con 51 casos de cromoblastomicosis en los que 31 % de los pacientes curaron, 57 % mejoraron y 12 % no obtuvieron respuesta, logrando los mejores resultados con crioterapia en lesiones pequeñas e itraconazol, solo o en combinación, en lesiones grandes.

Kumarasenghe y otros⁸ obtuvieron buena respuesta en un caso con lesiones extensas con el uso de itraconazol en pulsos de 200 mg por 1 semana y 3 semanas libres de tratamiento, por un período de 6 meses, considerando que este tratamiento es efectivo y menos costoso que el itraconazol administrado diariamente.

Hira y otros⁹ reportan curación de 1 caso de cromoblastomicosis recurrente después del tratamiento con terbinafina, con tratamiento de termoterapia local seguida por láser CO₂, obteniendo la reepitelización en 10 semanas.

Sevigny y otros¹⁰ presentan un caso debido a *Fonsecaea pedrosoi* tratado con 200 mg de terbinafina oral diariamente por 6 meses con curación histológica y micológica.

Gupta y otros¹¹ trataron 4 pacientes de cromoblastomicosis de larga evolución, con itraconazol y terbinafina, de forma alternativa semanal. Consideran efectiva esta combinación en pacientes con pobre respuesta a los tratamientos.

Guerriero y otros¹² reportan tratamiento de una lesión de cromoblastomicosis debida a *Phialophora verrucosa* que fue tratada con curetaje quirúrgico de la lesión exuberante y administración de fluconazol sistémico con buenos resultados terapéuticos y sin efectos adversos importantes.

La fluorocitosina (5FC) como monoterapia presenta con frecuencia resistencia, sin embargo, en combinación con anfotericín B puede ser usada para el tratamiento de micosis profunda, así como en combinación con los nuevos agentes azoles.¹³

*Pérez A*¹⁴ indica la eficacia clínica de la terbinafina en un amplio espectro de micosis sistémicas.

Por la revisión realizada y la experiencia personal de los autores de este trabajo, consideran que la cromoblastomicosis extensa o de larga evolución sigue siendo un problema difícil en cuanto a la curación, a pesar de los nuevos agentes antifúngicos y que se deberá seleccionar el tratamiento según el caso clínico, lográndose en algunas ocasiones los mejores resultados con la combinación de distintas modalidades terapéuticas.

En cuanto a los pacientes con lesiones exuberantes, la exéresis quirúrgica, o el curetaje, combinados con un agente antimicótico, parece ser el tratamiento de elección como se evidencia en el caso aquí presentado y esto permitiría un tratamiento más corto con terapéuticas que resultan de alto costo, además de los efectos adversos que producen.

Successful treatment of a case of extense verrucous chromoblastomycosis with surgical exeresis associated with the use of ketoconazole

Summary

The case of a 56-year-old man with an extense verrucous chromoblastomycosis of long evolution, with lesions in the right foot that had not been cured with previous treatment, and that was successfully treated by surgical exeresis of all the lesions together with oral ketoconazole, is presented. Literature was reviewed to conclude that the treatment of chromoblastomycosis is still a challenge and that it should be selected for each case in particular.

Key words: Chromomycosis, surgical treated, ketoconazole.

Referencias bibliográficas

1. Al-Doory Y. Chromomycosis. Montana: Mountain Press Publishing Company; 1972.
2. Díaz JG, Taboas M, Dubé A. Chromoblastomicosis en Cuba, estudio retrospectivo clínico y epidemiológico de 72 enfermos. Rev Cubana Med Trop 1978;30(2):98-108.
3. Minotto R, Bernardi CD, Mallman LF, Edelweiss MI, Scrofeneker ML. J Am Acad Dermatol

- 2001 april;44(4):585-92.
4. Bonifaz A, Carrasco-Gerard E, Soul A. Chromoblastomycosis: clinica and mycologic experience of 51 cases. *Mycoses* 2001;44 (1-2):1-7.
 5. Simón RD, Moya S, Abreu M. Cromomicosis. Hongos dematiáceos que intervienen en su etiología. *Rev Cubana Med* 1998;37(3):136-40.
 6. Rios Fabra A, Moreno AR, Isturiz RE. Fungal infection in Latin American countries. *Infect Dis Clin North Am* 1994;8(1):129-54.
 7. Alio AB, Castro S, Mendoza M, Hernández I, Díaz I, Caballera E, et al. Cromomicosis: uso del tratamiento combinado de Itraconazol y 5-flouracilo en *Fonsecae pedrosoi* e Itraconazol y Criospray en *Exophiala jeanselmei* var. *Lecanii-corni*. *Derm Venez* 2001;39:11-5.
 8. Kumarasenghe SP, Kumarasenghe MP. Itraconazole pulse therapy in chromoblastomycosis. *Eur J Dermatol* 2000;10(3):220-2.
 9. Hira K, Yamada H, Takahashi Y, Ogawa H. Successful treatment of chromomycosis using carbon dioxide laser associated with topical heat aplications.:*Eur Acad Dermatol Venereol* 2002;16(3):273-5.
 10. Seigny GM, Ramos-Caro FA. Treatment of chromoblastomycosis due to *Fonsecae pedrosoi* with low dose terbinafine. *Cutis* 2000;66(1):45-6.
 11. Gupta AK, Taborda PR, Sanzoro AD. Alternate week and combination itraconazole and terbinafine therapy for chromoblastomycosis caused by *Fonsecae pedrosoi* in Brazil. *Med Mycol* 2002;40(5):529-34.
 12. Guerriero C, De Simone C, Tulli A. A case of chromoblastomycosis due to *Phialophora verrucosa* responding to treatment whith fluconazol. *Eur J Dermatol* 1998;8(3):167-8.
 13. Vermes A, Guchelaar HJ, Danker J. Flucytosine:a review of its pharmacology, clinical, indications, pharmacokinetics, toxicity an drug interactions. *J Antimicrob Chemother* 2000;46 (2):171.
 14. Pérez A. Terbinafine: broad new spectrum of indication in several subcutaneous and systemic and parasitic diseases. *Mycoses* 1999;42:111-4.

Recibido: 16 de marzo de 2004. Aprobado: 30 de septiembre de 2005.

Dra. *Marisela Moreira Preciado*. Hospital Universitario “General Calixto García”. Correo electrónico: marisela@infomed.sld.cu

¹ Profesor Auxiliar de Dermatología.-

² Doctor en Ciencias Médicas. Profesor Titular de Dermatología.-

³ Especialista de I Grado en Dermatología.