

Amputación interescapulotorácica por cromomicosis y carcinoma epidermoide

DR. HIRALIO COLLAZO ÁLVAREZ,¹ DR. ERIDÁN GONZÁLEZ VELÁZQUEZ,² DR. ANDRÉS G. PARDILLO MORALES³
Y DR. STEPHEN YECC COLLAZO MARÍN⁴

Collazo Álvarez H, González Velázquez E, Pardillo Morales AG, Collazo Marín SY. Amputación interescapulotorácica por cromomicosis y carcinoma epidermoide. Rev Cubana Ortop Traumatol 2001;15(1-2):27-31

Resumen

Paciente del sexo masculino y blanco de 74 años de edad, con lesión dermatológica hiperpigmentada y verrucosa de más de 25 años de evolución en codo y antebrazo izquierdo; asimismo posee otra de piel en forma de coliflor y cuya evolución es reciente. Ambas presentaron diagnóstico histopatológico de cromomicosis. El tratamiento inicial fue la exéresis con margen oncológico de la lesión en forma de coliflor y la electrofulguración, curetaje del resto de la lesión y tratamiento antimicótico. En un período de 5 meses el enfermo presenta evolución tórpida con toma del estado general y elefantiasis del miembro superior izquierdo hasta región supraclavicular que obliga a realizarle amputación interescapulotorácica por la técnica de *Berger* para mejorar la calidad de vida. El diagnóstico histopatológico de los paquetes ganglionares resecados mostró metástasis de un carcinoma epidermoide.

DeCS: CROMOBLASTOMICOSIS; AMPUTACION; CARCINOMA DE CELULAS ESCAMOSAS; CALIDAD DE VIDA; TECNICAS Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS.

La cromomicosis es una afección micótica crónica de naturaleza granulomatosa con preferencia por los miembros inferiores,^{1,2} aunque también puede aparecer en los miembros superiores, glúteos, cara, abdomen, etc.³⁻⁵

Se considera la más superficial de las micosis profundas, ataca todas las capas de la piel sin llegar al plano muscular, aunque se han descrito casos con localización profunda y otros con afectaciones sistémicas.¹

Se describió por primera vez en Brasil (1911), y Cuba se encuentra entre los países de mayor incidencia, ocupa el cuarto lugar de afectación.¹ También es muy frecuente en Costa Rica, República Dominicana, Madagascar y otros países tropicales y subtropicales.^{1,4-6}

Se plantea que la cromomicosis se presenta casi exclusivamente en los hombres, frecuente en los trabajadores agrícolas; por lo que se plantea que la

penetración del hongo se produce a través de heridas o traumatismos cutáneos recibidos con material contaminado con tierra, sitio donde habita de forma saprofítica esta especie de hongo.^{1-2,4}

Hay reportes de ser causada esta micosis por la picada de insectos en pacientes inmuno-deprimidos.⁷

Es una enfermedad causada por varias especies de hongos de la familia *dermatiaceae*: *Phialophora verrugosa*, *Phialophora pedrosoi*, *Phialophora compacta*, *Phialophora dermatitidis*, *Cladosporium carrioni* y *Phialophora gougerotii*.⁸⁻¹²

Se describen topográficamente tres formas clínicas: localizada, diseminada y generalizada.¹

Desde el punto de vista morfológico tenemos dos formas clínicas: en placa y nodular o tumoral. En Cuba se han clasificado por diferentes autores ocho formas clínicas: verrugosa o papilomatosa, tuberculoide, sifiloide, psoriasiforme, cicatrizal y elefantásica, pseudoqueloidea y la linfangítica.¹

El diagnóstico de esta afección se realiza por las características clínicas, pero siempre debemos de recurrir al laboratorio, quien nos da el diagnóstico de certeza; ya sea mediante el estudio micológico directo, el cultivo y el estudio histopatológico.^{1,6,11,13-15}

¹ Especialista de II Grado en Ortopedia y Traumatología.

² Especialista de I Grado en Dermatología.

³ Especialista de II Grado en Anatomía Patológica.

⁴ Médico general. Instructor de Ortopedia y Traumatología

Los diversos tratamientos médicos suelen ser ineficaces por lo rebelde que resulta la curación de esta enfermedad. Se han utilizado el yoduro de potasio, anfoterisin B, calciferol, dapsona, flucytosina y más recientemente se viene empleando el ketoconazol, itraconazol, miconazol, tiabendazol, saperconazol y terbinafina con buenos resultados.^{8,11,12,16}

En los casos incipientes de cromomicosis, las lesiones dermatológicas son pequeñas y la terapéutica resulta más fácil, pues se puede hacer cirugía y electrofulguración asociada a curetaje e incluso injerto de piel. Si se extiende y agrava el cuadro, es necesario en ocasiones realizar la amputación del segmento lesionado.¹

Se trata de un paciente masculino y blanco con 74 años de edad, obrero agrícola que ingresó en el Servicio de Dermatología del Hospital General Provincial Docente "Roberto Rodríguez Fernández" por presentar aumento de volumen de todo el miembro superior izquierdo (MSI).

En la historia de la enfermedad actual se recogen los siguientes datos: desde hace 25 años presentaba una lesión negruzca y algo elevada con crecimiento progresivo relacionada con traumatismos en labores agrícolas. El enfermo nunca tuvo asistencia médica hasta hace 5 meses, ocasión en que acudió a la consulta de Dermatología por presentar una gran placa verrucosa e hiperqueratósica con puntetado oscuro en gran parte del codo y tercio medio del

antebrazo por su vara posterior; y un área en forma de coliflor de 4 centímetros en el codo. La impresión diagnóstica en aquel momento fue de cromomicosis asociada con carcinoma epidermoide.

Se solicitó valoración por Ortopedia para la exéresis del área en forma de coliflor, la cual se hizo con adecuado margen oncológico, y al resto de la lesión se le practicó electrofulguración, curetaje e implementación de tratamiento antimicótico (miconazol y flucytosina). El estudio histopatológico mostró una cromomicosis con severa hiperplasia pseudoepiteliomatosa (figuras 1 y 2).

El paciente había resuelto en apariencia su cuadro clínico, pero a los 2 meses comienza a presentar lesiones vegetantes satélites e hiperqueratósicas de coloración oscura en iguales localizaciones conjuntamente con aumento progresivo del volumen de todo el MSI, dolor con impotencia funcional y toma del estado general.

En el examen físico al momento del actual ingreso se constató lo siguiente: adenopatías voluminosas en el lado izquierdo del cuello y axila, linfedema de todo el miembro superior izquierdo que alcanza la región supraclavicular, con grandes placas eritemato-nodulares a nivel del brazo y antebrazo con áreas de telangiectasias, así como lesiones vegetantes sobre una base algo hipocrómica en codo y áreas alledañas con gran fetidez en las lesiones ulceradas (figuras 3 y 4).

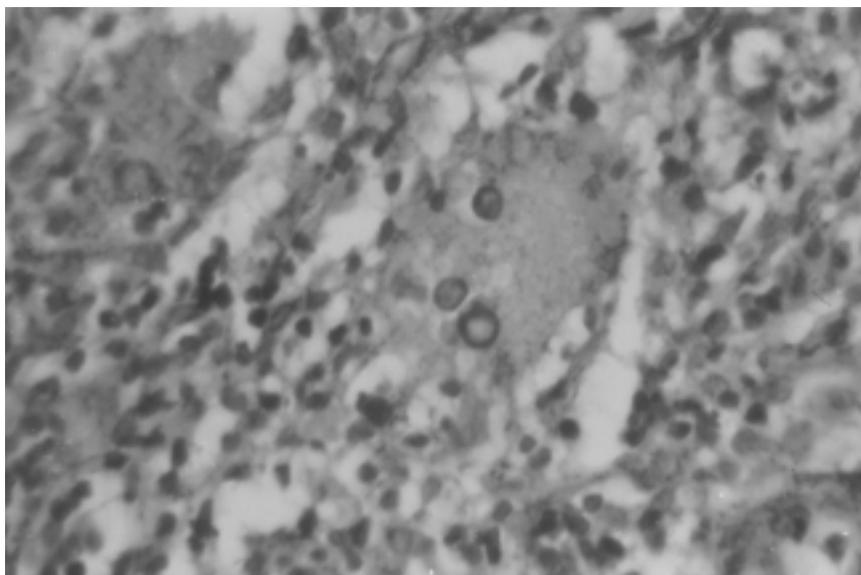


FIG. 1. Cromoblastomicosis. Vista a mayor aumento (células gigantes con tres esporas en su interior, ovales, con gruesa membrana escleróticas, de color pardo amarillento y además infiltrado inflamatorio mononuclear).

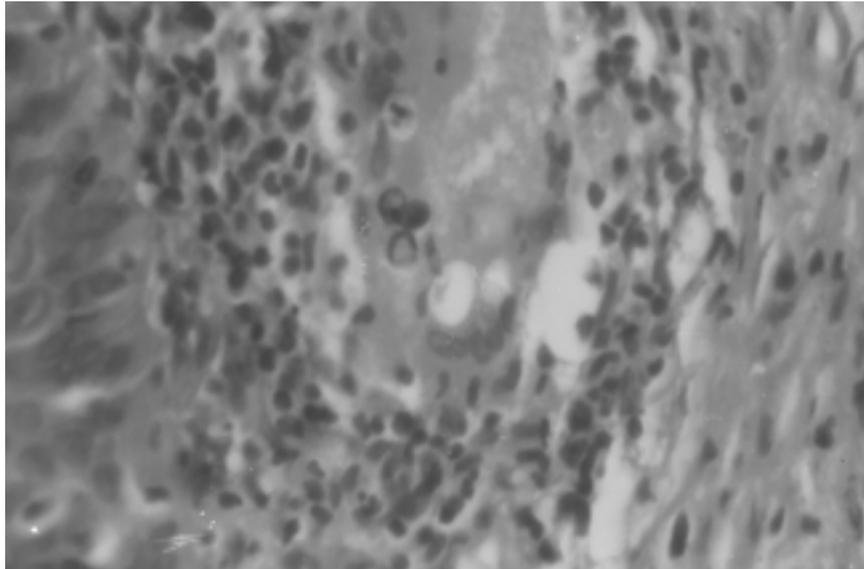


FIG. 2. *Cromoblastomycosis. Vista a mayor aumento (células gigantes con un pequeño racimo de esporas de color amarillo y membranas gruesas, hacia la derecha, fragmento de epidermis con hiperplasia pseudoepiteliomatosa).*



FIG. 3. *Linfedema de todo el miembro superior, con grandes placas eritematosas y nodulares con áreas de telangiectasias.*

Los complementarios realizados reportan los siguientes resultados:

- Gammagrafía ósea computadorizada de ambos miembros superiores, mostró acumulación de radiofármaco que se extiende al tercio medio del húmero izquierdo, el cual no impresionaba de aspecto tumoral.

- Rx simple de cráneo y húmero izquierdo, aumento difuso de la densidad de los huesos de la bóveda craneal y osteoporosis difusa del húmero con aspecto de carcomido y signos de periostitis, con aumento de la densidad de las partes blandas.
- Rx de tórax, reacción pleural bilateral con lesiones reticulonodulillares bilateral a predominio reticular con aspecto de linfangitis carcinomatosa.



FIG. 4. *Lesiones ulcerativas a nivel del codo asociadas a hipocromía adyacente.*

- Biopsia aspirativa percutánea con aguja fina (BAAF) de ganglios, infiltrado de neutrófilos, eosinófilos, linfocitos e histiocitos grandes y atípicos con severa atipias y células gigantes.
- Examen micológico directo y por cultivo, se pudieron observar los esclerotes o células fumagoides, que nos confirman el diagnóstico de cromomicosis; pero dadas las limitaciones de nuestro medio fue imposible clasificar la especie.
- Otros estudios realizados fueron Hb 106 g/L, leucocitos 23×10^9 /xL con stabs 0,7 % y eritrosedimentación de 45 mm.

Se realiza la amputación interescapulotorácica por la clásica técnica de Berger, decisión que se determina por el estado séptico con gran toma del estado general.

El resultado histopatológico de los paquetes ganglionares resecaados mostró metástasis de un carcinoma epidermoide pobremente diferenciado. La descripción histopatológica de la pieza presenta marcada acantosis con papilomatosis que se extiende profundamente en la dermis, mostrando cambios de severa hiperplasia pseudoepiteliomatosa muy difícil de diferenciar del carcinoma epidermoide. En la dermis se observa tejido de granulación con severo infiltrado mononuclear, células gigantes con algunas esporas en su interior y microabscesos formados por neutrófilos, generalmente con esporas en ellos. Es de destacar que sólo en la biopsia ganglionar se realizó el diagnóstico de carcinoma epidermoide; ya que por la severa reacción inflamatoria y la marcada hiperplasia pseudoepiteliomatosa característica de esta enfermedad, resultó muy difícil el diagnóstico diferencial.

El paciente fallece a los tres meses y medio de operado por la infiltración carcinomatosa del parénquima pulmonar.

Comentarios

Lo interesante del caso es alertar sobre la malignización de las lesiones cromoblásticas de la piel de larga evolución y sin tratamiento, tal como le ocurrió a este que requirió de una amputación y falleció por una infiltración carcinomatosa del parénquima pulmonar, por un carcinoma epidermoide. Además, el examen histopatológico en esta enfermedad, para descartar malignización, a veces es difícil, pues como en el que aquí se

presenta ha de realizarse en los paquetes ganglionares resecaados durante la amputación.

Esta enfermedad debe de detectarse en la atención médica primaria, sobre todo en trabajadores agrícolas, y en caso de lesiones sospechosas, no demorar la interconsulta con Dermatología para instaurar los tratamientos pertinentes de forma precoz.

Summary

The case of a 74-year-old white male patient with a hyperpigmented and verrucose dermatological injury of more than 25 years of evolution in his left elbow and forearm is reported. He also has another cauliflower-like skin injury of recent evolution. Both presented histopathological diagnosis of chromomycosis. The initial treatment was exeresis with oncological margin of the cauliflower-like injury and electrofulguration, curettage of the rest of the injury and antimycotic treatment. In 5 months, the patient had a torpid evolution with taking of the general state and elephantiasis of the upper left extremity to the supraclavicular region that led to the interscapulothoracic amputation by Berger's technique to improve his quality of life. The histopathological diagnosis of the resected ganglionic packages showed metastasis of an epidermoid carcinoma.

Subject headings: CHROMOBLASTOMYCOSIS; AMPUTATION; CARCINOMA, SQUAMOUS CELL; QUALITY OF LIFE; DIAGNOSTIC TECHNIQUES AND PROCEDURES.

Résumé

Un patient, du sexe masculin et blanc, âgé de 74 ans, atteint d'une lésion dermatologique hyperpigmentée et verruqueuse de plus de 25 ans d'évolution sur le coude et l'avant-bras gauche, est présenté; il a de même une autre lésion cutanée en forme de chou-fleur dont l'évolution est récente. Toutes les deux lésions ont présenté un diagnostic histopathologique de chromomycose. Le traitement primaire a été l'exérèse à marge oncologique de la lésion en forme de chou-fleur, la fulguration, le curetage du reste de la lésion et le traitement antimycosique. Pendant une période de 5 mois, le malade a présenté une évolution torpide, un mauvais état général et un éléphantiasis du membre supérieur gauche jusqu'à la région sus-claviculaire obligeant à réaliser l'amputation interscapulothoracique par la technique de *Berger* pour améliorer sa qualité de la vie. Le diagnostic histopathologique des agglomérations ganglionnaires réséquées a montré une métastase d'un carcinome épidermoïde.

Mots clés: CHROMOBLASTOMYCOSE; AMPUTATION; CARCINOME DE CELLULES SQUAMEUSES; QUALITÉ DE LA VIE; TECHNIQUES ET PROCÉDÉS DIAGNOSTIQUES.

Referencias bibliográficas

1. Fernández Hernández Vaquero G. Dermatología. La Habana: Científico-Técnica; 1986:348-53.

2. Benenson AS: El control de las enfermedades transmisibles en el hombre. La Habana: Científico-Técnica; 1985:62-4.
3. Marcon M, Zoopas Barbara Catarina De Antoni, Guerra Alessandra Eifler, Cambruzzi E, Pavan L, Zan Rodrigo Camargo: Chromoblastomycosis. Rev Cient AMECS 1996;5(2):189-93.
4. Silva Conceisao de María P, Rocha RM, Moreno Janise S, Branco María dos Remedios FC, Silva Raimunda R, Marques Sirley G. Costa Jackson Mauricio L. O babacu (*Orbignya phalerata martins*) como provavel fator de riesco de infeccao humana pelo agente da cromoblastomycose no Estado do Maranhao. Brasil. Rev Soc Bras Med Trop 1995;28(1):49-52.
5. Arango M, Jaramillo C, Cortes A, Restrepo A. Auricular chromoblastomycosis caused by *Rhinochrysiella aguaspersa*. Med Mycol 1998;36(1):43-5.
6. Romano MS. Histopatología de las micosis profundas de mayor frecuencia en el noroeste argentino. Arch Argent Dermatol 1996;46(4):175-82.
7. Sauerteig E, Hernández R, Salfelder K, Bastidas C. Acute chromoblastomycosis provoked by an insect bite in an immunosuppressed patient. Mycoses 1998;41(5-6):191-4.
8. Zapater RR. Atlas de Diagnóstico Micológico. 3 ed. Barcelona: El Ateneo; 1973:208.
9. Gay Prieto J. Dermatología. 7 ed. Barcelona: Ed. Científico Médica; 1971:251.
10. Domonkos AN. Andrews Tratado de Dermatología. T. 1. La Habana: Científico-Técnica; 1977:400-2.
11. Cardona Castro N, Agudelo Flores P, Restrepo Molina R. Chromoblastomycosis murine model and in vitro test to evaluate the sensitivity of Fonseca pedrosoi to Ketoconazole, Itraconazole and Saperconazole. Mem Inst Oswaldo Cruz 1996;91(6):779-84.
12. Vintimillar PP, Medina GC, Ugaldá P, Díaz RJ. Manejo de la cromomycosis por *Phialophora verrucosa*: Presentación de un caso. Educ Med Contin 1997;54:19-21.
13. Lee MW, Hsu S, Rosen T. Spores and mycelia in cutaneous chromomycosis. J Am Acad Dermatol 1998;39(5 Pt 2): 850-2.
14. Sauer-T, Jebsen-PW. Cytological findings in a fine-needle aspirate (FNA) from chromoblastomycosis. Cytopathology 1998;9(5):350-2
15. Pavithran-K. Chromoblastomycosis simulating lepromatous leprosy. Int J Lepr Other Mycobact Dis 1998;66(1):59-61.
16. Ricard Blum S, Hartmann DJ, Esterre P. Monitoring of extracellular matrix metabolism and cross-linking in tissue, serum and urine of patients with chromoblasto-mycosis, a chronic skin fibrosis. Eur J Clin Invest 1998;28(9):748-54.

Recibido: 27 de diciembre de 2001. Aprobado: 8 de enero de 2002.

Dr. *Hiralio Collazo Álvarez*. Hermanos González No. 92. Morón. Ciego de Ávila. Cuba.

E. Mail: hiralio@cmishmrn.cav.sld.cu