



# “TUMORACIÓN CUTÁNEA EN PIE”

Godoy Alba, C<sup>1</sup>; Soria Martínez, MC<sup>2</sup>; García Molina, F<sup>1</sup>; Gil Liñán, AI<sup>1</sup>; Paniza  
Mendoza, MA<sup>1</sup>; Poblet Martínez, E.<sup>1</sup>

(1) S<sup>o</sup> Anatomía Patológica. (2) S<sup>o</sup> Dermatología. Hospital General Universitario “Reina Sofía, Murcia.

## CASO::

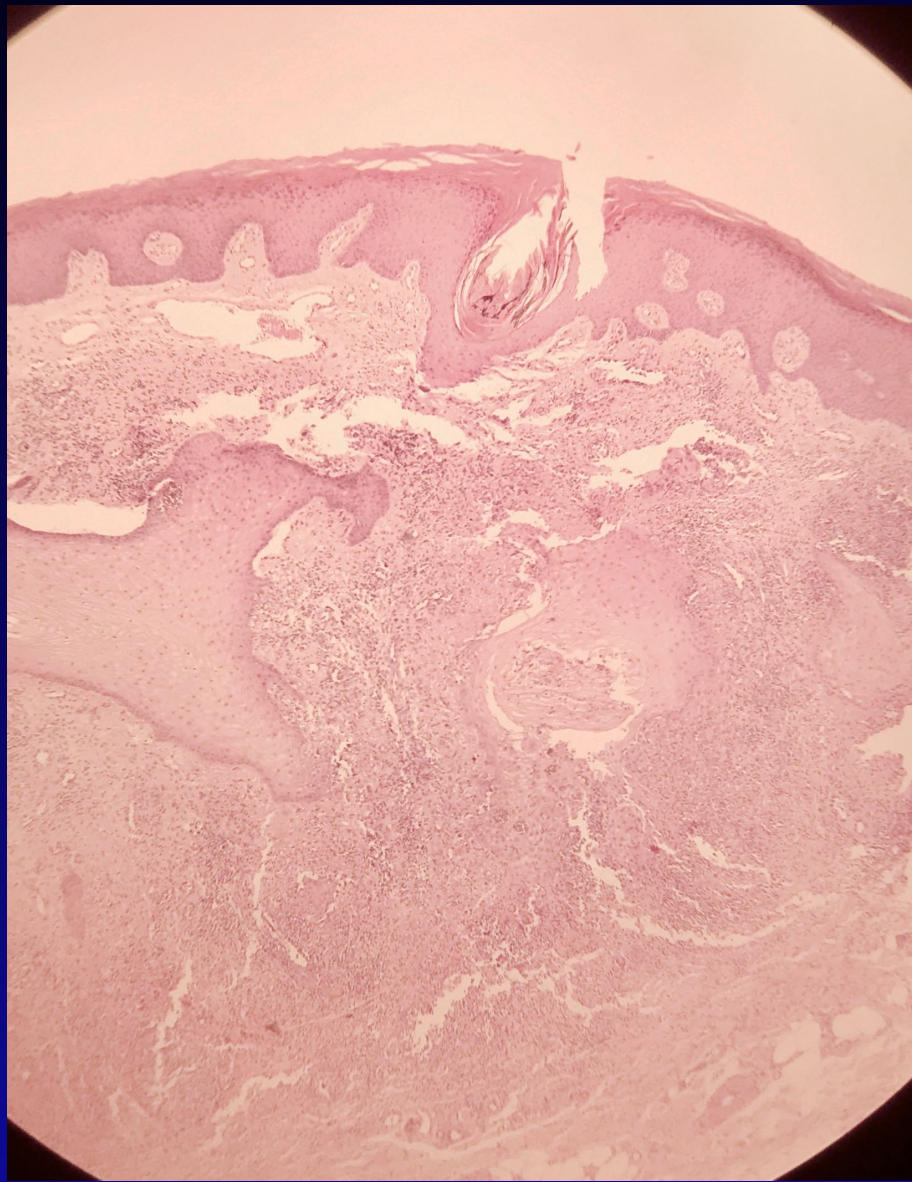
- Varón, 82 años.
- Origen: Puente Tocinos.
- Lesión de 3-5 meses de evolución.
- Tto previo: Clorhexidina + Fucibet (ác. Fusídico + betametasona).



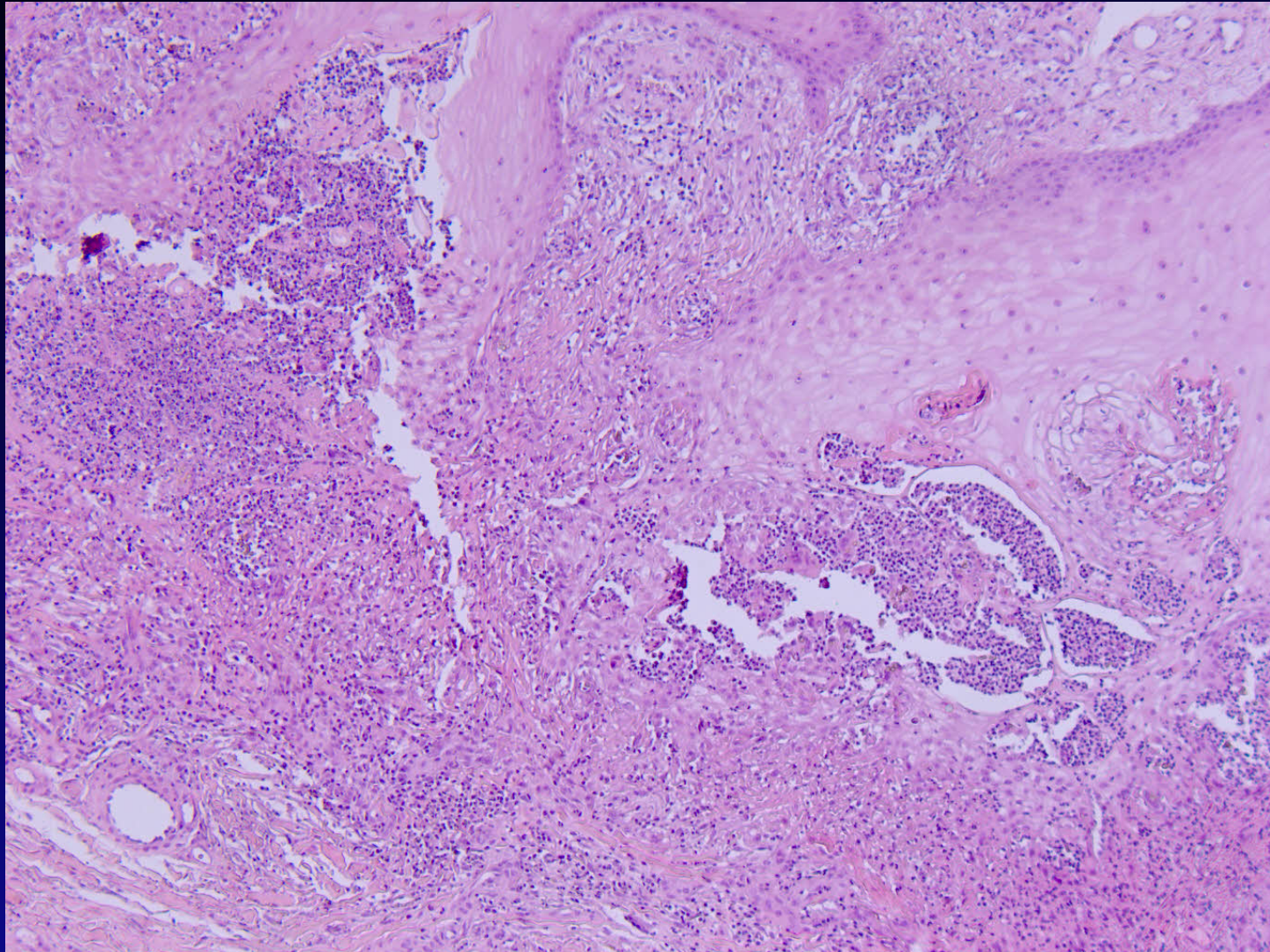


Sospecha clínica: Sarcoma de Kaposi.

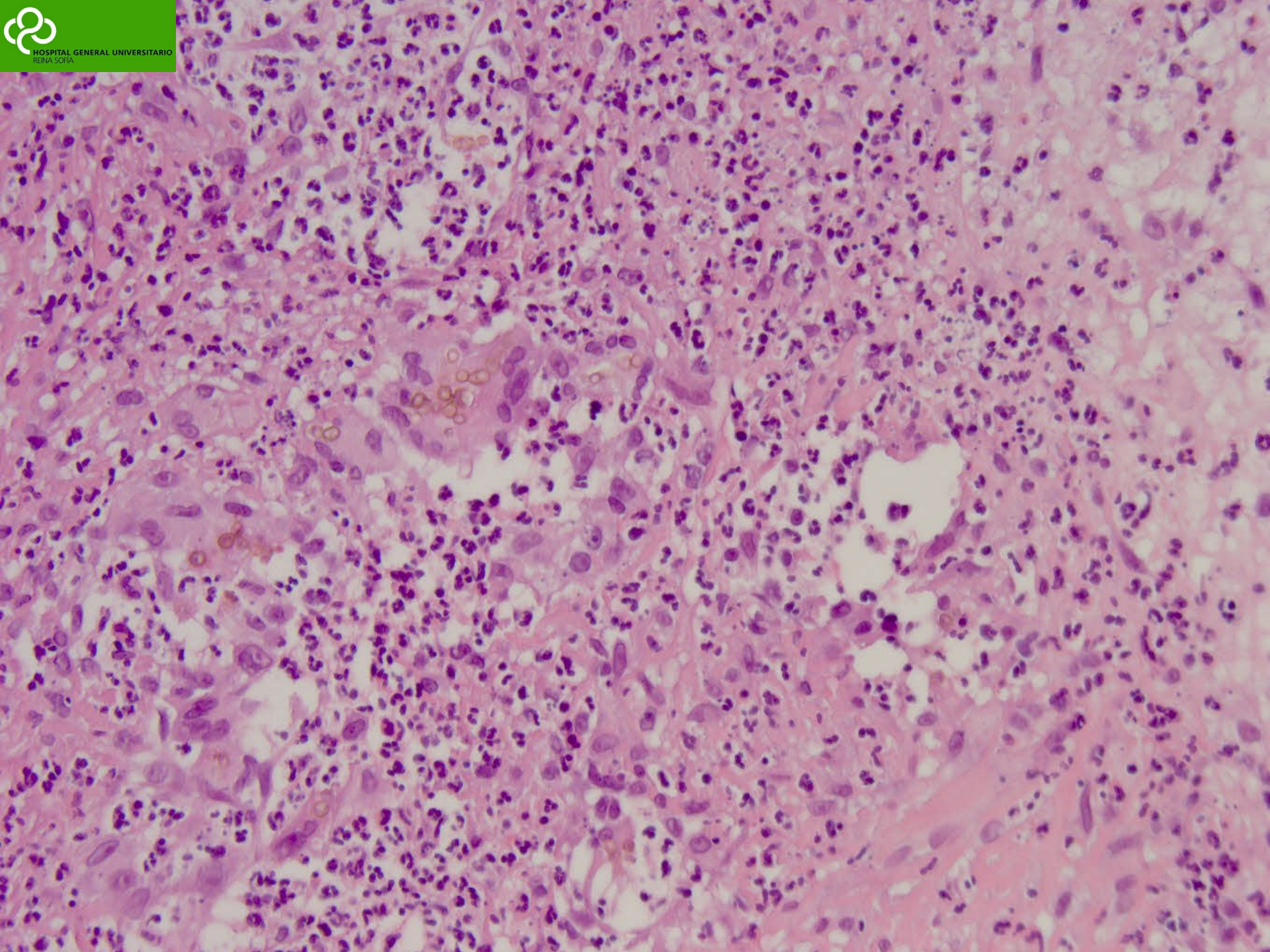




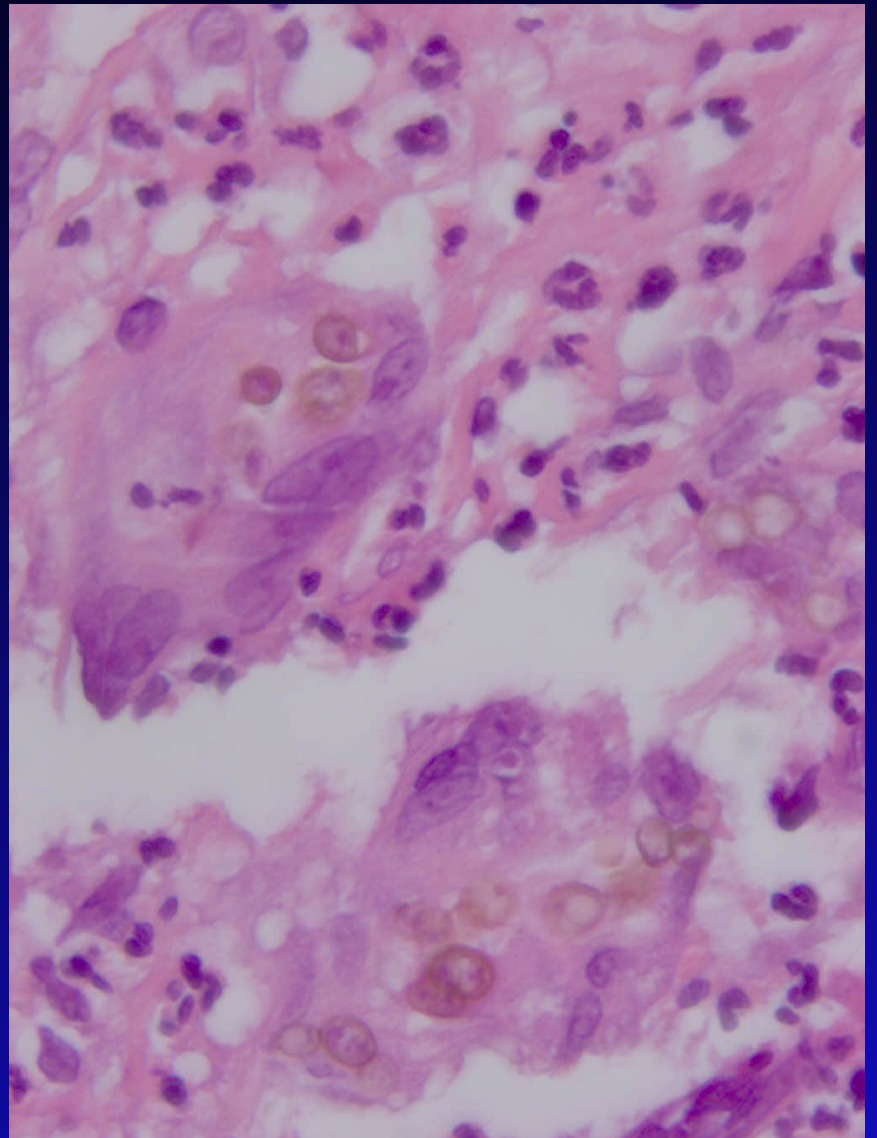
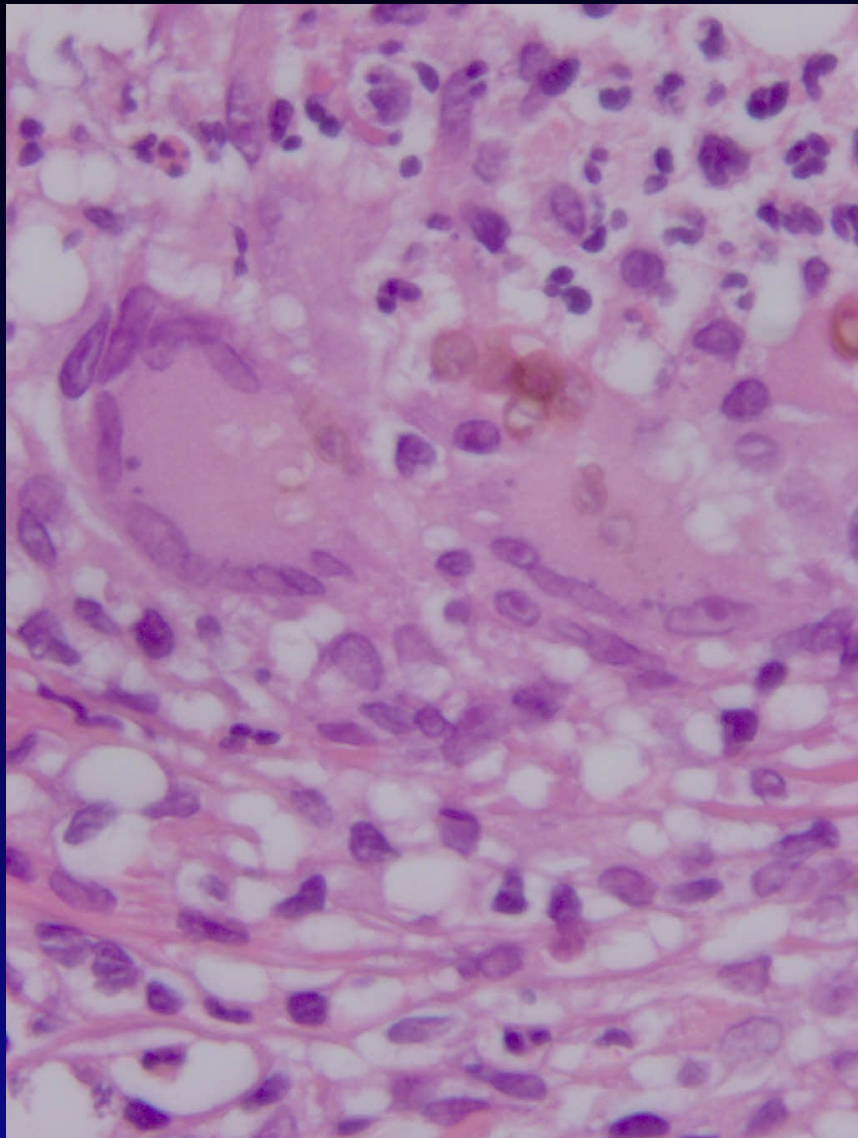


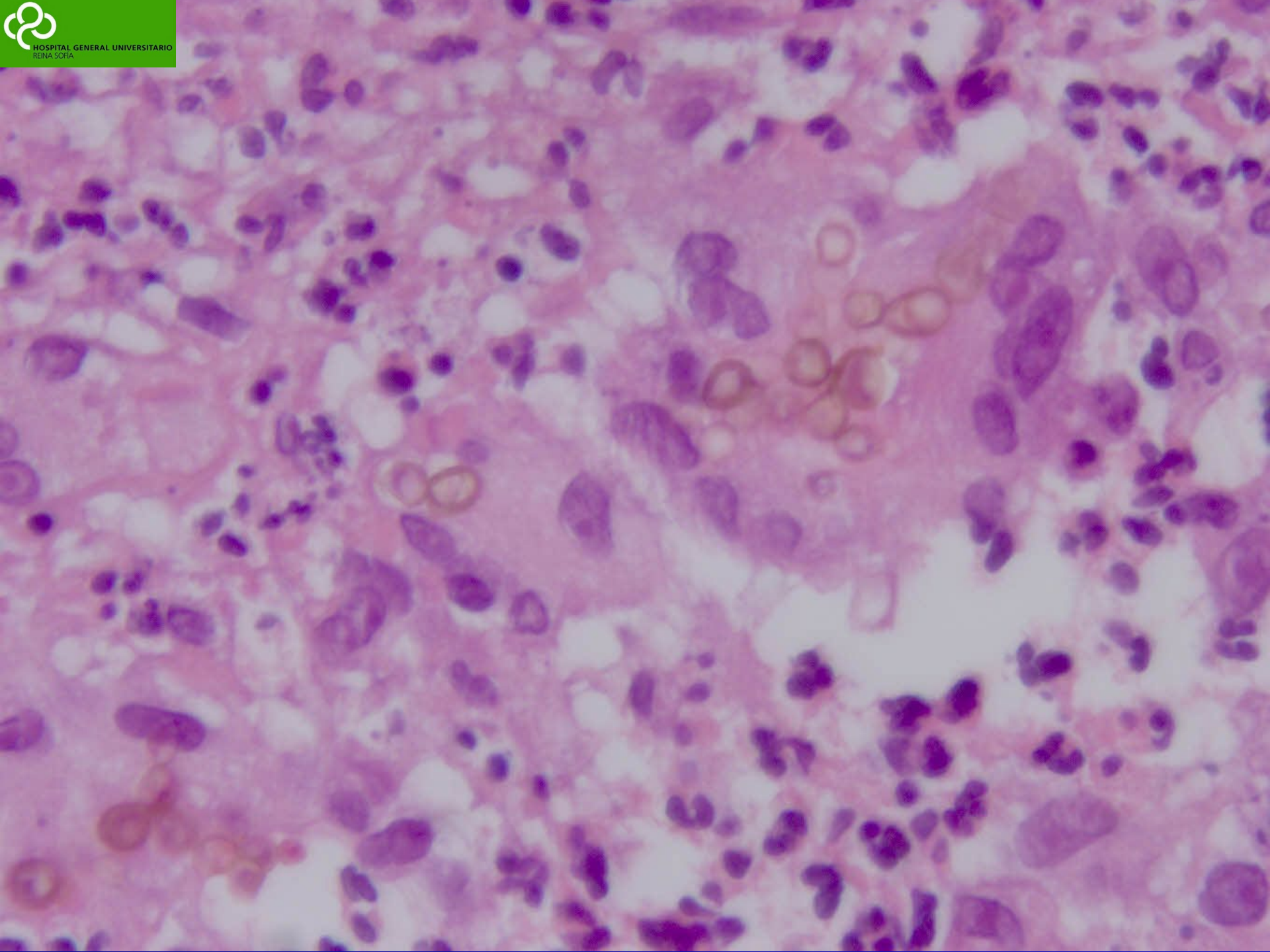




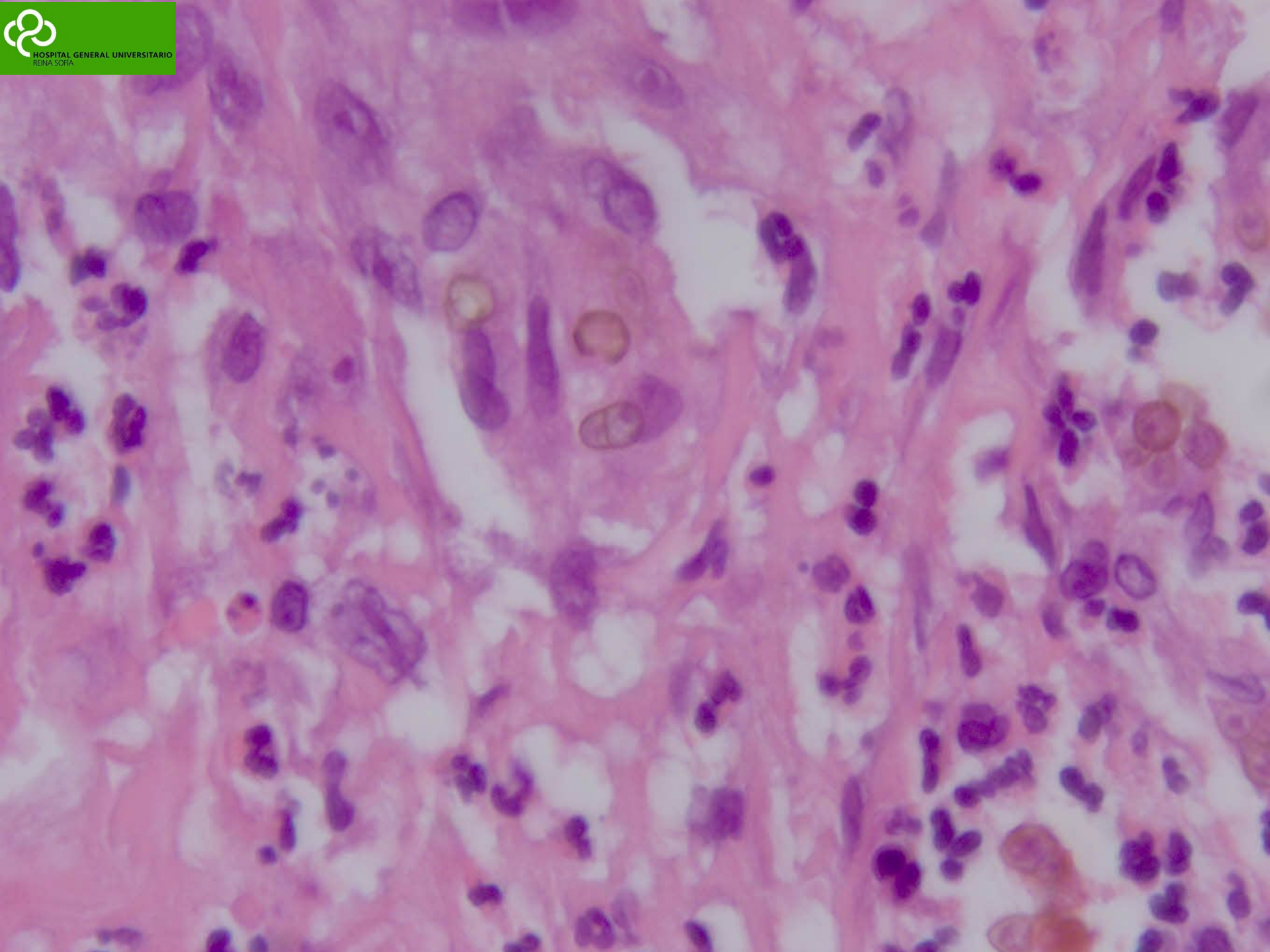












# DIAGNÓSTICO:

- Compatible con **CROMOBLASTOMICOSIS**.

(Se recomienda confirmación-cultivo microbiológico)



- Se toma nueva muestra para cultivo microbiológico.
- Comienza tratamiento con Itraconazol.



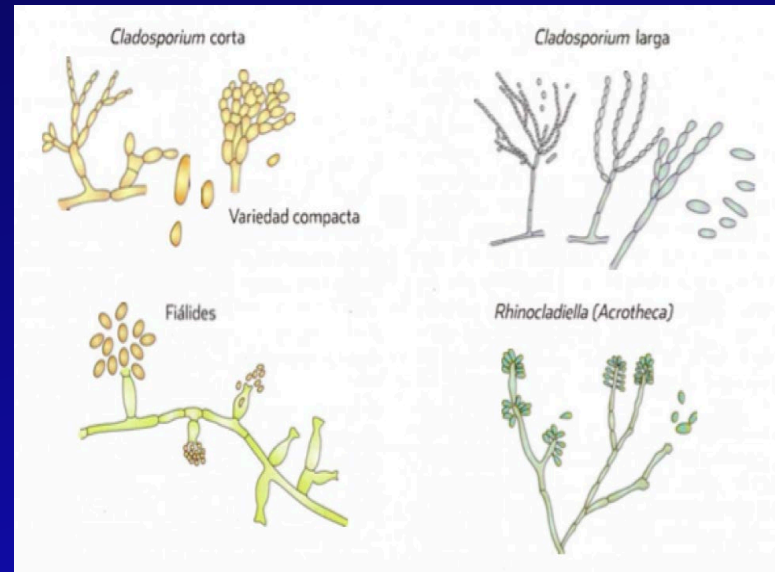
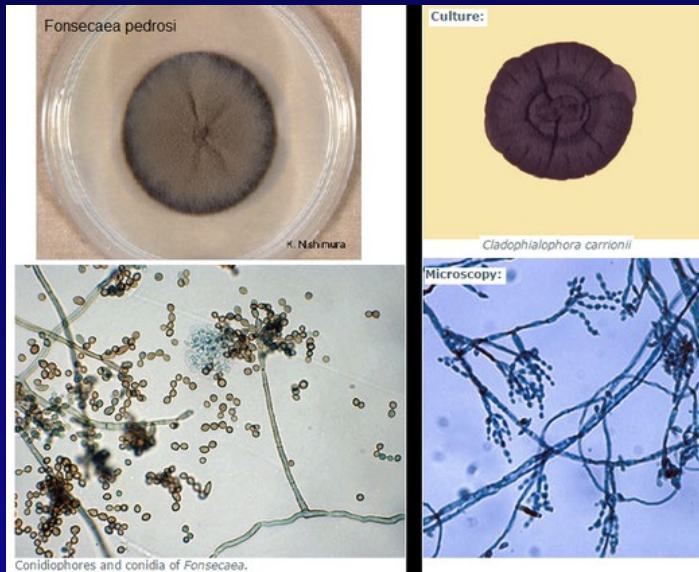
- Medios de cultivo habituales (Sabouraud simple o con Atb).
- Crecimiento lento.
- Colonias algodonosas-aterciopeladas de coloración negra, gris-verdosa oscura o café.



INSTITUTO CARLOS III  
(MAJALAHONDA)



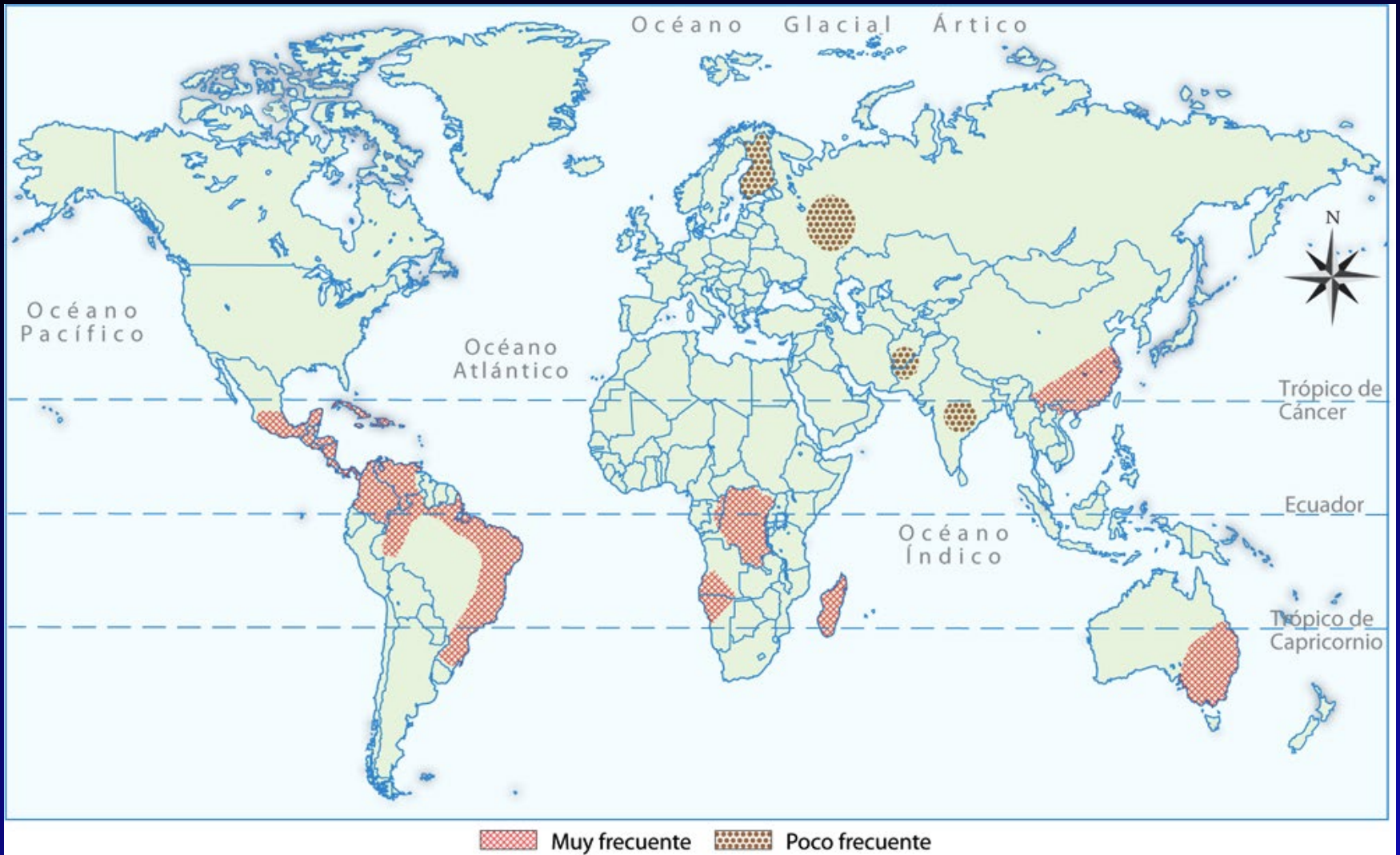
- Microscopía para definir la especie según el tipo de crecimiento:
  - *Fonsecaea pedrosoi*,
  - *Fonsecaea compacta*,
  - *Phialophora verrucosa*,
  - *Cladosporium carrionii*,
  - *Aureobasidium pullulans*,
  - *Acrotheca aquaspersa*, ...



# CROMOBLASTOMICOSIS

- Hongos pigmentados (**dematiáceos**).
- Climas tropicales y subtropicales.
- **Suelo y material vegetal** en descomposición: **inoculación directa** en piel (riesgo laboral).
- Primer caso descrito en Brasil por **Pedroso** (1911): “Blastomicosis negra”.
- **Sinónimos:** Cromomicosis, dermatitis verrugosa, enfermedad de Fonseca, enfermedad de Pedroso y Lane, cladosporiosis.





Fuente: J. Alejandro Bonifaz Trujillo: *Micología médica básica*, 5e: [www.accessmedicina.com](http://www.accessmedicina.com)  
Derechos © McGraw-Hill Education. Derechos Reservados.

# En España...

## En España...

### CROMOBLASTOMICOSIS AUTÓCTONA (A propósito de un caso)

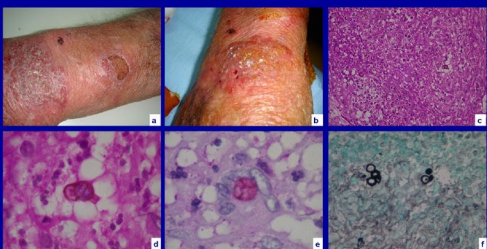
J.M. Rodríguez, L. Zaidunbide, J.M. Manterola, C.C. Tamayo,  
Servicio de Anatomía Patológica, Servicio de Microbiología, Servicio de Dermatología, Hospital Mendator, Guipúzcoa.

#### INTRODUCCIÓN

La cromoblastomycosis es una dermatomycosis subcutánea de evolución crónica y asintomática, localizada preferentemente en miembros inferiores, con predominio en el pie y causada por hongos pigmentados de la familia de los Dematiaceae.<sup>1-4</sup> La cromoblastomycosis es sinónimo de cromomycosis y dermatitis verrugosa.<sup>5</sup> Los agentes etiológicos viven específicamente en la naturaleza, la vía de entrada del hongo es la piel por una solución de continuidad (microtraumatismos). Se desarrolla de forma local, se extiende por contiguidad y rara vez por vía linfática o hematogena.<sup>2,4</sup>

#### CASO CLÍNICO

Paciente de 81 años agricultor y ganadero de Mendator, sin antecedentes de viajes al extranjero que acude a consulta de Dermatología por presentar en el antebrazo derecho dos placas eczematosas de 2 y 6 cm (a) con trayectos filiformes (b), asintomáticas y de varios meses de evolución. Se realizó biopsia-punch de piel y al examen microscópico demostró una hiperplasia pseudoepiteliomatosa, una dermatitis granulomatosa, frecuentes microabscesos (c) y presencia de estructuras esféricas, pigmentadas, algunas tabicadas (c-d) que se tiñeron con PAS (e) y Plata-Metanamina (f). Son los llamados cuerpos escleróticos, Medlar o muriformes típicos de la cromoblastomycosis. El estudio microbiológico identificó a *Fonsecaea pedrosoi* como agente causal. Los hongos fueron identificados mediante la morfología de la colonia, el examen microscópico con azul de lactofenol, la amplificación y secuenciación de las internal transcriber spacer (ITS) 1 y 2 del rDNA en el Instituto Carlos III de Madrid (Dr. Rodríguez Tudela).



#### COMENTARIO

El término de cromoblastomycosis fue usado por primera vez por Terra y cols<sup>2,4</sup>, en Brasil en el año 1992, para designar a una micosis profunda de localización subcutánea, observada por primera vez en 1911 por Pedroso en Brasil.<sup>6</sup> El agente etiológico más frecuente es *F. pedrosoi*.<sup>7</sup> Esta micosis se encuentra ampliamente distribuida en el mundo, aunque son infecciones más frecuentes en países tropicales y subtropicales, especialmente en Sudamérica.<sup>2,4</sup> En Europa se han descrito escasos casos de cromoblastomycosis por *F. pedrosoi*, sobre todo en Rusia y Europa del Este.<sup>8</sup> En nuestro país, la incidencia de la enfermedad es muy baja, siendo muy escaso el número de casos hallados en nuestra literatura hasta el momento.<sup>9</sup> En 1976 Borrelli y cols<sup>1</sup>, describen el caso de un paciente nacido en Suecia (Valencia) y refieren que es el segundo caso originado en la Península Ibérica. Describimos por primera vez en el Hospital General de Mendator un caso de cromoblastomycosis autóctona en un paciente del medio rural que nunca viajó fuera del país.

#### BIBLIOGRAFÍA

- Borrelli D, Bayes O. Cromomycosis en Italia. *Med Cutan Venereol* 1976;4(2): 159-166.
- Terra F y cols. Estudio de las variedades clínicas, epidemiológicas y etiológicas de cromoblastomycosis en el 105 casos. *CIMEL* 2002; 7: 35-38.
- Blázquez y cols. Cromomycosis en pacientes emigrantes. *Anál Dermatol* 2003; 94: 69-70.
- Parada MC y cols. Cromoblastomycosis. Presentación de dos casos. *Rev Clin Dermatol* 2008; 5(1): 181-188.

### Un caso de cromoblastomycosis en un diabético

L. PILAR SANTANA y E. ROJAS-HIDALGO.

Servicio de Nutrición, Clínica Puerta de Hierro, Madrid.

(Recibido: 24 de enero de 1977).

#### HISTORIA CLÍNICA

Varón de 60 años diagnosticado de diabetes mellitus no insulino dependiente en el año 1966. En un principio fue tratado con insulina y posteriormente con antidiabéticos orales. En la actualidad se controla exclusivamente con dieta.

En sus antecedentes personales hay que destacar una amputación a nivel de muslo derecho por osteomielitis en el año 1926; infarto del miocardio, en 1966; y accidente cerebrovascular transitorio, en 1971.

Entre sus antecedentes familiares hay que destacar 6 hermanos y 2 sobrinos diabéticos.

Examen físico a su ingreso (1971).—Peso, 60 Kg. Talla, 159 cm. Pecho ísoal 60 kg. Paresia facial izquierda. TA, 170/110 mm Hg. Amputación a nivel del muslo derecho. En región pretilial izquierda manchas alfardeas hiperpigmentadas. Amputación del 1º dedo del pie izquierdo. Úlcera tórpida en región submaleolar interna de uñas 3 cm. de diámetro y pulso pedio muy débil. Resto de la exploración clínica sin interés. Se le practicó una biopsia de la zona ulcerada que reveló la existencia de lesiones inflamatorias agudas y crónicas inespecíficas.

Cuatro años más tarde reingresa con una lesión sobreañadida en dicha zona en forma de placa vegetal, de color carabao, violácea, indolora, no pruriginosa y de bordes circunscritos. Además aparecía un líquido amarillo claro y fétido. Al depender la costra sangraba con facilidad. En el extremo posterior de la lesión aparecían los nodulos de 1 x 0,5 cm. de color violáceo y de consistencia dura. Reingresado el paciente, refirió que 4 años antes sufrió una rozadura con el zapato y le apareció una papula pruriginosa que no cedió a diversos tratamientos. Por el contrario, fue creciendo lentamente y se sanaron otras hasta formarse una costra. En la actualidad aparece en forma de placa y ocupa casi la tercera parte de la región inframaleolar en su cara posterointerna (Figs. 1 y 2.)



Figura 1

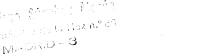


Figura 2

Otras exploraciones y análisis.—Sangre: Series roja y blanca; normales. V. de S. 15-30 mm. Colesterol, calcio, fósforo, bilirrubina, albumina, proteínas totales, ácido úrico, urea, LDH, fosfatasa alcalina y GOT, normales. Análisis elemental de orina: anodino. Bajo dieta de 2.000 kcal las glucosurias fueron negativas; no se observó cetona y la glucemia fue de 115 mg/100 ml. ECG: Hemibloqueo anterior de rama izquierda, necrosis de tejido inferior del tabique y pared libre del ventrículo izquierdo con isquemia subepicárdica. Plestomografía digital fotofluorescente y reografía: Pérdida de la elasticidad arterial que afecta a las circulaciones superficial y profunda de las tres extremidades. Exploración oftalmológica: Arterias con reflejo aumentado, venas de calibre alterado, microaneurismas, hemorragias, exudados duros y drusos en lámina vitrea.

Una nueva biopsia de la zona afectada reveló una epidermis con papilomatosis, prominente acantosis e hiperqueratosis con formación de fillos globos córneos. En la dermis papilar se observó tejido de granulación con abundantes vasos reorganizados e infiltrado linfocitario. En el límite entre las dermis reticular y la papilar existían áreas de necrosis y formaciones granulomatosas con células gigantes y abscesos con polimorfonucleares centrales. El diagnóstico fue el siguiente: «Pel con hiperplasia pseudoepiteliomatosa y granulomas abscesificados con células gigantes de la dermis. Compatible con el diagnóstico clínico de cromoblastomycosis».

#### DISCUSIÓN Y COMENTARIO

La cromoblastomycosis es una infección micótica cutánea, a veces ulcerativa, granulomatosa y crónica, que aparece comúnmente en las extremidades inferiores. A veces puede diseminarse por vía linfática o hemática y llegar a invadir el cerebro. (Moss y McQuown, 1969).



### Revista Clínica Española

www.elsevier.es/rce



#### IMAGEN DEL MES



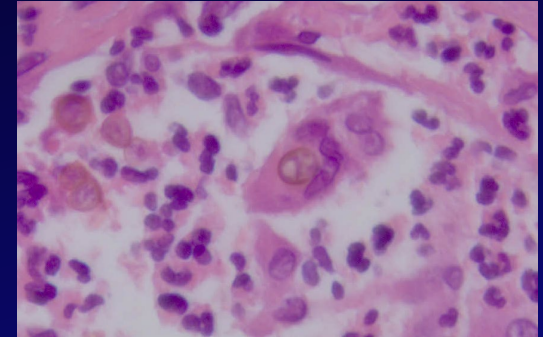
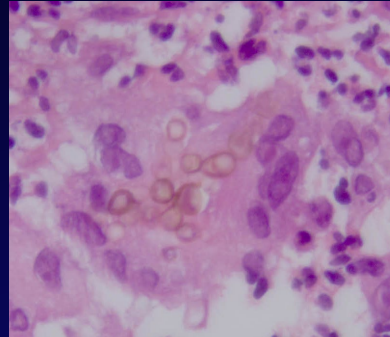
# CLÍNICA:

- Micosis de implantación y curso **crónico**.
- **Miembros inferiores**.
- Después de **trauma/inoculación**.
- **Pápula** escamosa → Crecimiento lento a **nódulo o placa verrugosa**.
- **Micetomas**: lesión tumefacta con seno de drenaje y tejido de granulación.
- evolución → Phaeochromomycosis/cromohyphomycosis.
- Poco frecuente (**inmunodeprimidos**): cara, uñas, úlceras, diseminación o lesión cutánea generalizada, nódulos linfangíticos o lesiones hematógenas.
- Raro **inhalación** → pulmón → infec. Sistémica.

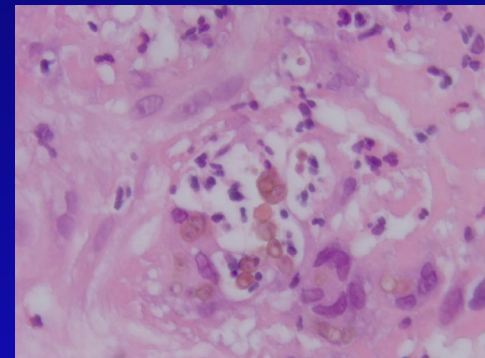
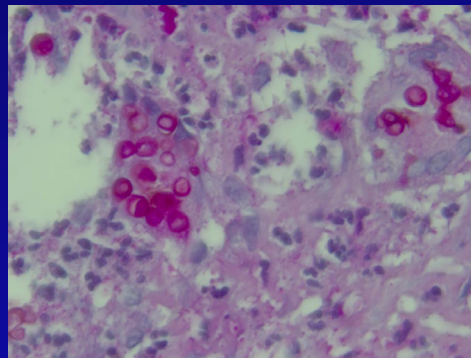
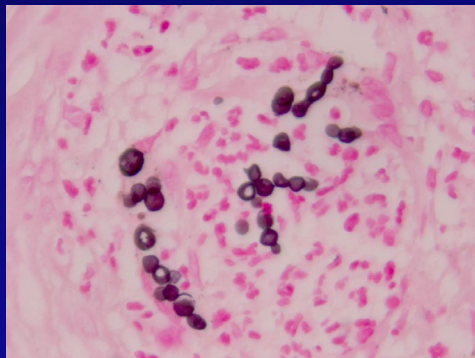


# MICROSCOPIA:

- “Células muriformes” “fumagoides” o “cuerpos escleróticos”: cuerpos septados de pared gruesa.



- Muestras:
  - Raspado cutáneo (gota KOH).
  - Parafina.
- Tinciones: HE, PAS, PAS-D, Grocott, Mason- F.
- Fluorescencia (KOH+ calcofluor white ).



# TRATAMIENTO:

- Lesiones pequeñas: Cirugía.
- Alternativas: criocirugía, láser.
- Itraconazol, Terbinafina y Fluconazol.
- Anfotericina B (enf. extensa o diseminada)

# MUCHAS GRACIAS

