



**POLICLÍNICO NORTE  
PLACETAS, VILLA CLARA**

**INFORME DE CASO**

**CROMOMICOSIS. A PROPÓSITO DE UN PACIENTE**

Por:

MSc. Dra. Laura Rosa Sánchez Macías

Especialista de I Grado en Dermatología. Máster en Enfermedades Infecciosas. Policlínico Norte. Placetas, Villa Clara. Asistente. UCM-VC. e-mail: [dermo66@capiro.vcl.sld.cu](mailto:dermo66@capiro.vcl.sld.cu)

**Descriptores DeCS:**

CROMOBLASTOMICOSIS  
INFECCIÓN  
TEJIDO SUBCUTÁNEO  
HONGOS

**Subject headings:**

CHROMOBLASTOMYCOSIS  
INFECTION  
SUBCUTANEOUS TISSUE  
FUNGI

La cromomicosis es una infección subcutánea, poco frecuente, causada por un grupo de hongos dematiáceos<sup>1,2</sup>; se considera no contagiosa, lentamente progresiva y frecuentemente incapacitante<sup>3-5</sup>. Se describió por primera vez en Brasil, en 1911. El término cromomicosis fue propuesto por Moore y Almeida en 1935, y se consideró el más apropiado, ya que no crea confusión en cuanto a la morfología<sup>1</sup>. Se presenta casi exclusivamente en los hombres, preferentemente en los trabajadores agrícolas, por lo que se plantea que la penetración de este se produce a través de heridas o traumatismos cutáneos recibidos con material contaminado con tierra, sitio donde habita de forma saprofítica esta especie<sup>1-4</sup>. Las lesiones se localizan, por lo general, en miembros inferiores, y adoptan formas y estructuras variadas: verrugosas, nodulares o psoriasiformes<sup>6,7</sup>. De manera excepcional, se puede presentar diseminación a las vísceras y a otros órganos, principalmente al cerebro<sup>5,8-10</sup>.

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*<sup>5-8</sup>.

Su inicio es insidioso. Al principio la lesión es pequeña, eritematoescamosa, con presencia de nódulos de color violáceo. Después de varios meses o años, aparecen nuevas lesiones en la misma área o en zonas adyacentes que coalescen y forman extensas placas que van de milímetros a centímetros, o bien pueden afectar todo un segmento, con bordes bien definidos, de aspecto verrugoso<sup>6-9</sup>.

Cuando las lesiones sufren traumatismos, pueden ocasionar infección bacteriana, caracterizada por úlceras y exudado purulento. Como complicaciones, pueden aparecer estasis linfática –que suele producir elefantiasis– y las úlceras crónicas, que pueden transformarse en carcinoma espinocelular<sup>5,9,10</sup>.

El diagnóstico de esta afección se realiza por las características clínicas, pero siempre se debe recurrir al laboratorio, ya que ofrece el diagnóstico certero mediante el estudio micológico directo, el cultivo y el estudio histopatológico<sup>1-10</sup>.

### Presentación del paciente

Paciente de 85 años, masculino, con antecedentes de hipertensión arterial, jubilado de las labores agrícolas, sin antecedentes de hábitos tóxicos. Acude a consulta por presentar lesiones en la pierna izquierda desde hace aproximadamente siete años, de aspecto verrugoso, de cuatro centímetros, con piel áspera (Figs. 1,2), que se han extendido por este miembro con dolor ocasional. Se indicó estudio micológico con cultivo, y el resultado del examen directo fue: se observan células fumagoides.



Fig. 1 Lesiones de aspecto verrugoso y piel áspera en la pierna.



Fig. 2 Lesiones extendidas por la pierna.

En el cultivo se realizó examen micológico de lesiones nodulares verrugosas y costrosas de la pierna izquierda, donde se informó la presencia de *Clasdosporium carrionii*. Se realizó radiografía de la pierna, donde no se observaron alteraciones óseas.

Se indicó tratamiento diario con ketoconazol por vía oral (tabletas de 200 mg) y local con ketoconazol en crema. No se observó mejoría, por lo que se remite al servicio de Dermatología del hospital provincial para su valoración, por los resultados inconstantes de esta afección, la importancia de su evolución y la posibilidad de su transformación en carcinoma espinocelular.  
Comentario

La cromomycosis es una infección micótica crónica de la piel y tejidos subcutáneos, causada por una variedad de hongos pigmentados (dematiáceos), y se caracteriza por nódulos y placas verrugosas de larga evolución<sup>1,4</sup>.

El término "cromo" se refiere al color de las formas parasitarias (células fumagoides) y no al color de las lesiones<sup>5,6</sup>.

Esta enfermedad debe detectarse en la atención médica primaria, sobre todo en los trabajadores agrícolas, y en caso de existir lesiones sospechosas, no debe demorar la interconsulta con la especialidad de Dermatología, para instaurar la terapia pertinente de forma precoz<sup>4,6</sup>. Los diversos tratamientos médicos suelen ser ineficaces, por lo rebelde que resulta la curación de esta enfermedad<sup>2,3</sup>.

Al consultar la literatura, se encontró que los síntomas predominantes eran dolor y asociación con úlceras y carcinoma espinocelular. En el paciente estudiado, solo se observaron lesiones verrugosas extendidas por la pierna, con dolor ocasional, lo cual no coincide con la bibliografía consultada.

En los casos incipientes de cromomycosis, las lesiones cutáneas 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 la infección, es necesario, en ocasiones, realizar la amputación del segmento lesionado<sup>9,10</sup>.

### **Referencias bibliográficas**

1. Di Martino B, González L, Valdovinos G, Arguello G, Rodríguez Masi M, Knopfmacher O, et al. Cromomycosis de presentación clínica inusual. Rev Panam Infectol [Internet]. 2010. [citado 2 jun. 2010];13(3):[aprox. 5 p.]. Disponible en: <http://www.librostonic.com/pdf/Cromomycosis-de-presentacion-clinica-inusual>
2. Padilla DM, Martínez EV, Peña J, Novales J, Ramos GA, Emilia MP, et al. Cromoblastomycosis. Presentación de dos casos. Rev Cent Dermatol Pascua. 2006;15(3):181-6.
3. Brown M, Pasvol G. Chromoblastomycosis. Images in Clinical Medicine. N Engl J Med. 2005;352(2):19.
4. McDaniel P, Walsh DS. Chromoblastomycosis in Western Thailand. Am J Trop Med Hyg [Internet]. 2010 Sep. [citado 18 feb. 2010];83(3):[aprox. 6 p.]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2929032/>
5. Andrade Pineda RE, Marcano-Lozada MJ. La Microbiología actualizada en enfermedades emergentes y reemergentes Parte II. VITAE Academia Biomédica Digital. 2005 jul.-sep. [citado 22 nov. 2010];24:[aprox. 10 p.]. Disponible en: <http://www.bioline.org.br/request?va05009>
6. Perdigón OL, Romero H, Pérez-Blanco M, Apitz-Castro R. Inmunoanálisis enzimático en la evolución terapéutica de la cromoblastomycosis por *Cladophialophora carrionii* en el área endémica del Estado Falcón, Venezuela. Rev Iberoam Micol. 2005;22:39-43.
7. Yerres Nicole R, Yerres JF. La endemia de cromomycosis en Venezuela: Una estrategia para su control. VITAE Academia Biomédica Digital. 2005. [citado 12 ago. 2010];7(24):[aprox. 4 p.]. Disponible en: [http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?id\\_revista=137&id\\_ejemplar=3451](http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?id_revista=137&id_ejemplar=3451)
8. Sousa MG, Bou E, Ghosn E, Cicio Nascimento R, Facchioli Bomfim G, Noal Santiago VK, et al. Monocyte-derived dendritic cells from patients with severe forms of chromoblastomycosis induce CD4+ T cell activation in vitro. Clin Exp Immunol. 2009 Apr. [citado 27 mar. 2010];156(1):[aprox. 7 p.]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2673749/>

9. Salgado C, Da Silva MB, Yamano SS, Salgado UI, Diniz JA, Da Silva JP. Cutaneous localized annular chromoblastomycosis. J Cutaneous Pathol. 2008 Ago. [citado 12 feb. 2009];36(2):[aprox. 1 p.]. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1600-0560.2008.01025.x/full>
10. Richard-Yegres N, Yegres F. Cromomicosis: una epidemia rural en la región noroccidental en Venezuela. Rev Cubana Med Trop. 2009 sep.-dic. [citado 12 abr. 2010];61(3):[aprox. 4 p.]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0375-07602009000300001&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0375-07602009000300001&script=sci_arttext)

Recibido: 7 de diciembre de 2010

Aprobado: 2 de enero de 2011