

La cromoblastomicosis en Costa Rica *

por

A. Romero ** y A. Trejos ***

(Recibido para su publicación el 16 de octubre de 1953)

INTRODUCCION

Habiendo observado que Costa Rica es uno de los países donde la cromoblastomicosis es más frecuente, creímos de utilidad resumir en este trabajo las observaciones que hemos podido recoger en nuestro Hospital, donde llega la mayoría de los enfermos de toda la República.¹

El primer caso de cromoblastomicosis observado entre nosotros, fué publicado por SALISBURY en 1928 (8). No obstante haber sido denominado "Pie musgoso", las microfotografías que publica de los cortes histológicos, no dejan duda en cuanto a la etiología del proceso mórbido, pues en las mismas se ven claramente las células fumagoides del parásito, y el autor hace referencia en su trabajo al hongo *Phialophora verrucosa* Thaxter, 1915, como probable causante de las lesiones por él observadas.

En 1931 describe NAUCK (4), otro caso costarricense junto con otro africano; y en los años de 1933 y 1934 respectivamente, publican ROTTER y PEÑA CHAVARRÍA el tercero y cuarto caso (6-7).

* Trabajo del Servicio de Dermatología y del Laboratorio Bacteriológico del Hospital San Juan de Dios.

** Servicio de Enfermedades Infectocontagiosas, Hospital San Juan de Dios.

*** Laboratorio Bacteriológico del Hospital San Juan de Dios.

¹ Deseamos expresar nuestro reconocimiento al Dr. Peña-Chavarría, Director del Hospital, quien nos ha facilitado valiosas publicaciones e indicaciones bibliográficas. Al Dr. Marcial Fallas, Jefe del Laboratorio de Anatomía Patológica, quien nos permitió hacer una revisión de todo el material de piel con que cuenta el archivo de su Laboratorio. Al Prof. José Guerrero y personal del Departamento de Estadística, que han puesto a nuestra disposición las historias clínicas de los casos que nos ocupan.

A partir de esta fecha, no hemos encontrado nuevas referencias en la literatura nacional ni en la extranjera.

Fuera de estos cuatro casos publicados, hemos podido confirmar, desde el punto de vista micológico, treinta más¹. La confirmación se ha hecho en unos por la presencia de parásitos en la biopsia y en otros, en la biopsia y en el pus examinado a fresco; de veinte pacientes hemos obtenido, además, cultivos, cuyo estudio comparativo desde el punto de vista biológico, ecológico, morfológico y taxonómico está llevándose a cabo y será publicado posteriormente por uno de nosotros (A. T.).

Este total de treinta y cuatro casos, coloca a Costa Rica en tercer lugar entre los países en los cuales se ha encontrado la enfermedad, presentando mayor número únicamente Cuba y Brasil, como se puede ver en el Cuadro I, elaborado a base de los datos publicados por CARRIÓN & SILVA en 1947 (1). En el mismo cuadro puede observarse que si tomamos en cuenta el número de habitantes de esos países, Costa Rica se coloca en el primer lugar en cuanto a incidencia con relación a la población, con un caso por cada 24.275 habitantes.

De los treinta casos inéditos que estudiamos, únicamente no pudimos obtener datos clínicos completos de uno que aparece en el Cuadro II bajo el número 3 en orden cronológico, y del cual solamente pudimos encontrar una biopsia que se había diagnosticado como "Fibroepitelioma verrucoso". Los otros veintinueve casos han sido estudiados desde el punto de vista clínico, a través de las historias del Hospital (10 casos), o personalmente por uno de nosotros (A. R.) (19 casos) durante los últimos 5 años.

Resumimos a continuación las observaciones que hemos podido efectuar en estos treinta casos.

CONDICIONES ETIOLOGICAS

SEXO: La enfermedad es frecuente en el hombre y rarísima en la mujer (1 caso sobre 30). Los cuatro casos anteriormente publicados eran también del sexo masculino (ver Cuadro II).

EDAD: En 26 casos en que pudo precisarse con alguna exactitud la edad en que se inició la enfermedad encontramos:

¹ Después de la preparación de este trabajo, han sido diagnosticados, con cultivo y examen directo positivo, 19 casos más, que no aparecen en este estudio, y que elevan el número total a 53 y el de cultivos por nosotros estudiados a 39. Ocho de estos casos, aparecidos hasta diciembre de 1951, se incluyen en el mapa de la distribución geográfica.

Años	Nº de casos
0 - 10	0
11 - 20	3
21 - 30	5
31 - 40	7
41 - 50	6
51 - 60	4
61 - 70	1

CUADRO I

INCIDENCIA DE CROMOBLASTOMICOSIS EN DIVERSOS PAISES

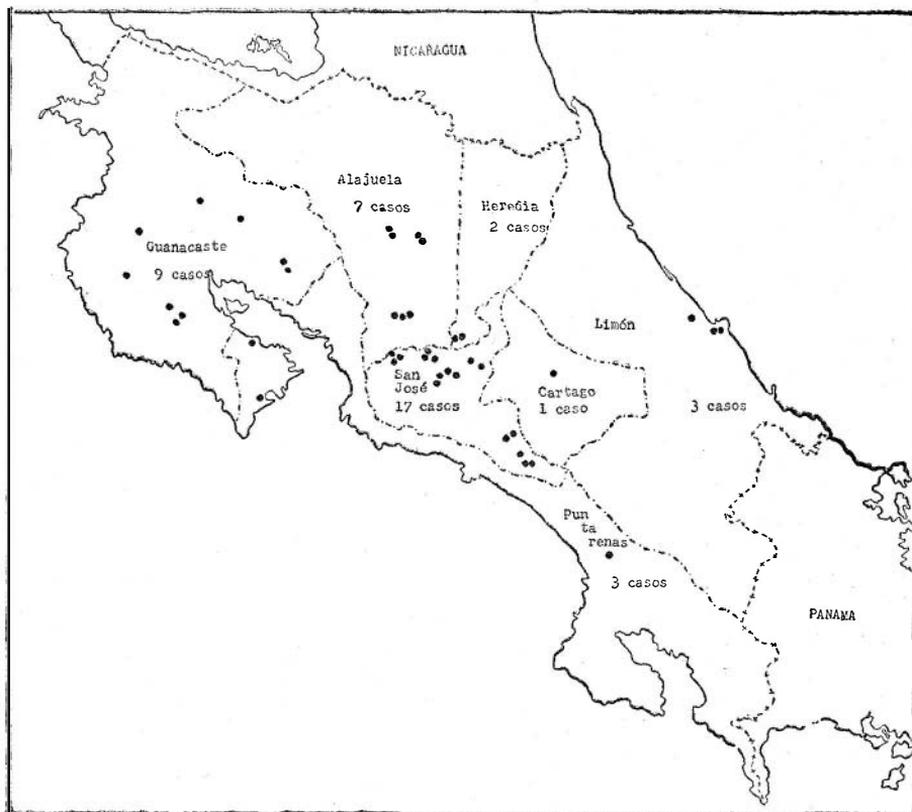
(Según Carrión y Silva, 1947, más datos de Costa Rica hasta febrero de 1950)

PAIS	Nº casos	Nº habitantes	1 caso/ Habitantes
Brasil	49	47.550.000	1/970.408
Cuba	43	5.091.000	1/118.395
Costa Rica	34	825.378	1/24.275
Puerto Rico	15	2.149.000	1/143.266
Africa del Sur	12	11.605.000	1/967.083
Estados Unidos	9	144.034.000	1/16.003.777
Venezuela	9	4.398.000	1/488.666
Rusia	5	170.467.572	1/34.093.514
Indias Orientales Holand. ...	4		
Japón	3	80.216.896	1/26.738.965
Argelia	2	8.665.800	1/4.332.900
Argentina	2	16.109.000	1/8.054.500
Australia	2	7.581.000	1/3.790.500
Rhodesia	1	3.568.000	1/3.568.000
República Dominicana	1	2.151.000	1/2.151.000
Guatemala	1	3.642.000	1/3.642.000
Zona del Canal	1	47.000	1/47.000
México	1	23.434.000	1/23.434.000
Canadá	1	12.582.000	1/12.582.000
Paraguay	1	1.235.000	1/1.235.000
Uruguay	1	2.300.000	1/2.300.000

PROFESIÓN: Todos los enfermos eran trabajadores del campo y la única mujer, refiere haber notado la enfermedad cuando se dedicaba a la recolección de café.

DISTRIBUCION GEOGRAFICA EN COSTA RICA

Los casos estudiados proceden de muy diversos lugares del país como puede verse en el mapa adjunto.



Creemos que si se observa una mayor concentración en la parte central del país, ello es debido a que es ésta la región más poblada y la que tiene mayor acceso a la capital, pudiendo así trasladarse los enfermos con mayor facilidad al Hospital. El hongo, que debe mantenerse en estado saprófito en la naturaleza, es probable que se encuentre distribuido por igual en el territorio. Actualmente están siendo llevadas a cabo, por uno de nosotros (A. T.), tentativas del aislamiento del agente etiológico de la cromoblastomicosis, de muestras de tierra y de diversos vegetales de las regiones donde se han encontrado enfermos.

SINTOMATOLOGIA

Las primeras manifestaciones clínicas de la enfermedad, por regla general se presentan en el miembro inferior, como una pápula de coloración amoratada o con el color normal de la piel (como una verruga vulgar o como una pápula de acné, según el decir de los enfermos), sin reacción inflamatoria periférica y sin acompañarse de ningún síntoma subjetivo, ni prurito, ni ardor, ni dolor.

No consideramos un tipo psoriasiforme porque el único caso observado sólo presentaba una placa con esta apariencia (foto 10b), al lado de lesiones vegetantes que habían llegado a la ulceración (fotos 10 y 10a). En este caso el enfermo refiere que las lesiones iniciales fueron elevadas, es decir, vegetantes.

Por todos estos motivos creemos que los diversos aspectos que toma la cromblastomicosis pueden agruparse, ya atendiendo a la evolución, o ya tomando en cuenta las complicaciones, o la morfología dermatológica, en la forma siguiente:

SEGÚN LA EVOLUCIÓN, se puede describir:

- 1º) forma pápulo-botonosa o de principio.
- 2º) forma vegetante en placas (fotos 2, 2a, 3, 4, 5, 6, y 6a).
- 3º) forma exuberante tumoral o pediculada (fotos 7, 7a, 8 y 8a).

A nuestra manera de ver estas formas no son más que aspectos evolutivos de la afección.

SEGÚN LAS COMPLICACIONES, se pueden describir:

1º) formas linfangíticas, caracterizadas por la diseminación linfática, que semejan la esporotricosis, tanto en su forma nodular, de principio, como en la forma ulcerada terminal (fotos 7, 7a, 9, 9a y 9b).

2º) formas ulceradas (ya sea por maceración o por infección secundaria de las vegetaciones), (foto 10a).

SEGÚN EL ASPECTO DERMATOLÓGICO, se pueden clasificar en dos grandes grupos:

1º) forma verrucosa (seca), (fotos 11, 12, 13, 13a y 14).

2º) forma vegetante (húmeda), (fotos 2, 2a, 3, 4, 5, 6, 6a, 7, 7a, 8, 8a, 9, 9a, 9b, 10 y 10a).

A pesar de que nosotros atribuimos importancia a la humedad y a la infección secundaria en la determinación de este último tipo dermatológico, y de que estas dos formas tienen un idéntico substrato histológico, clínicamente presentan caracteres que permiten su diferenciación.

La *forma verrucosa* se observa de preferencia en los miembros superiores. Las papilas son hiperqueratósicas y se extienden en superficie centrífugamente dejando, en algunos casos, en el centro, una zona de piel blanca, lisa, atrófica, cicatricial.

La papilomatosis de los bordes, dura al tacto, es amoratada reposando sobre base del mismo color. La evolución es muy lenta; en algunos casos puede infectarse, ulcerarse, pero en ningún caso observamos diseminación por vía linfática.

La *forma vegetante* se presenta de preferencia en los miembros inferiores y es más frecuente: 22 formas vegetantes contra 8 verrucosas.

Se inicia por una lesión papulosa o botonosa y se extiende en superficie para formar una placa vegetante, que más tarde prolifera en partes, hasta formar nódulos papilomatosos pediculados. Alrededor de la placa se ven aparecer lesiones papulosas, que al desarrollarse formarán nuevas placas o nódulos proliferantes.

Esta forma se caracteriza por el olor caprílico de su secreción; puede ulcerarse fácilmente y diseminarse por vía linfática con mucho mayor frecuencia que la forma verrucosa.

DIAGNOSTICO CLINICO

El diagnóstico diferencial deberá hacerse con todas las dermatosis vegetantes o verrucosas, ya que todos los casos presentan lesiones papilomatosas. Deberán descartarse: la piodermatitis vegetante, la tuberculosis cutánea, la sífilis terciaria, la leishmaniosis y el pian.

El diagnóstico es más difícil en la forma verrucosa seca pues tanto la tuberculosis, la leishmaniosis, la sífilis, como la cromoblastomicosis, pueden producir una lesión verrucosa en la periferia y cicatricial en el centro, de color amoratado y de evolución crónica, que sólo la demostración microscópica del agente etiológico puede diferenciar.

TRATAMIENTO

Hemos usado el yoduro de potasio a dosis de seis a ocho gramos diarios, por vía oral, durante un mes como máximo, sin ningún resultado.

Localmente hemos aplicado rayos X (diez sesiones de 50 unidades R.) sin lograr ninguna modificación de las lesiones.

Hemos empleado las cauterizaciones con cloruro de etilo día de por medio y hemos logrado aparentes curaciones, pero con la consiguiente recaída en los casos que hemos podido controlar después.

La electrocoagulación superficial de las vegetaciones ha mostrado igualmente curaciones aparentes, pero las recaídas se observan en todos los casos, y con diseminación linfática prematura.

En vista de que la enfermedad se observa en la mujer muy raramente, tratamos dos casos con foliculina a dosis de 20.000 U. día de por medio, hasta un total de 300.000 U. en cada enfermo, y lo único que observamos fué la disminución de la secreción y del mal olor, que reaparecieron unos días después de terminado el tratamiento.

En vista de las observaciones de KEENEY *et al.* (3) que consiguieron inhibición del crecimiento de la *Fonsecaea pedrosoi* (*Phialophora pedrosoi*) "in vitro" con sulfamerazina sódica, se usó este medicamento en un enfermo, en dosis de 200 gramos repartidos en 25 días. Como concomitantemente se empleó la electrocoagulación, y no hemos podido ver nuevamente al paciente, no podemos formarnos juicio respecto al éxito del tratamiento.

Consideramos que la terapéutica más adecuada debe consistir en la extirpación quirúrgica, amplia y profunda, con bisturí eléctrico, de todas las lesiones, acompañada de la administración por vía oral de altas dosis de yoduro de potasio, que ha dado buenos resultados en manos de algunos autores como EMMONS y colaboradores (2).

CONCLUSIONES

Una placa vegetante o verrucosa, de evolución crónica localizada de preferencia en el miembro inferior, máxime si en el caso de ser vegetante tiene secreción y olor caprístico característico, en un trabajador del campo, debe hacer pensar en la cromoblastomicosis.

El diagnóstico debe confirmarse con la búsqueda del hongo en el material obtenido por presión o escarificación de las lesiones, o en la biopsia.

Tomando en cuenta el fracaso de las medidas terapéuticas empleadas, creemos que el único medio de controlar la enfermedad sobre todo en su inicio, es la extirpación amplia y profunda de toda la lesión, empleando de preferencia el bisturí eléctrico, para evitar posibles diseminaciones. A este tratamiento quirúrgico se debe agregar la administración de yoduros.

RESUMEN

Se presenta una rápida revisión de los cuatro casos costarricenses de cromoblastomicosis publicados hasta la fecha.

Luego se hace el estudio comparativo de treinta casos más, que pudieron ser confirmados desde el punto de vista micológico, por la presencia del parásito en las lesiones.

Se sugiere una clasificación de las diversas formas clínicas, haciendo una revisión de las dos anteriormente propuestas.

Se observa que la cromoblastomicosis en Costa Rica no presenta particularidades con respecto a lo reportado en otros países americanos.

RÉSUMÉ

Les AA. font une revision rapide des quatre cas costarriciens de chromoblastomycose publiés jusq'au present.

Ils font ensuite l'étude comparative de trente autres cas qui on pu etre confirmés au point de vue mycologique, par la presence du parasite dans les lésions.

Ils suggerent une classification des diverses formes cliniques, faisant une revision des deux autres proposés antérieurement.

Ils observent que la chromoblastomycose au Costa Rica, comparée aux observations faites dans d'autres pays américains, ne présentent aucune particularité.

SUMMARY

A review of the four Costa Rican cases of chromoblastomycosis published to date is presented.

A comparative study of other cases, confirmed from a mycological viewpoint by the presence of parasites in the lesions, is presented.

A classification of the various clinical forms is suggested and the previous two classifications are reviewed.

It is noted that chromoblastomycosis in Costa Rica shows no outstanding differences from that in other american countries.

ZUSAMMENFASSUNG

Es wird eine Überprüfung der vier bisher veröffentlichten Fälle von Chromoblastomycose in Costa Rica dargestellt.

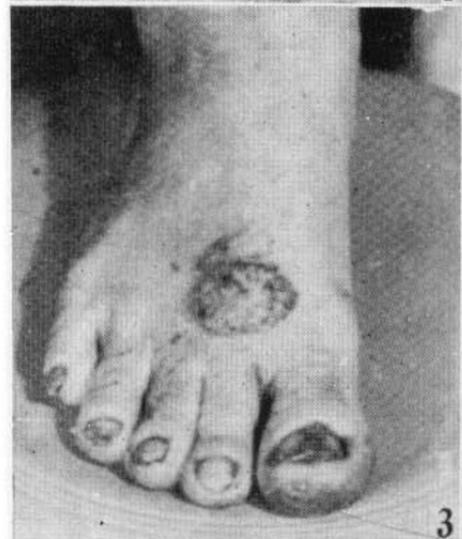
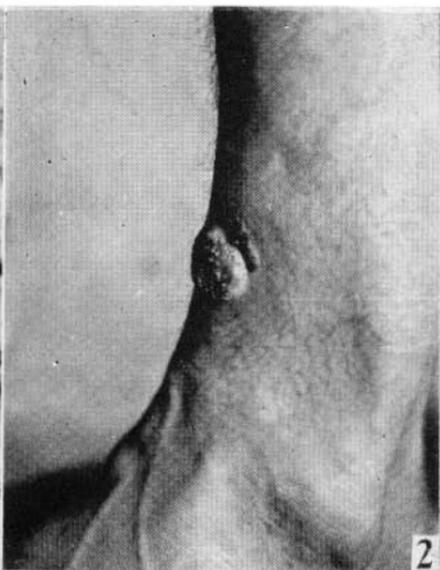
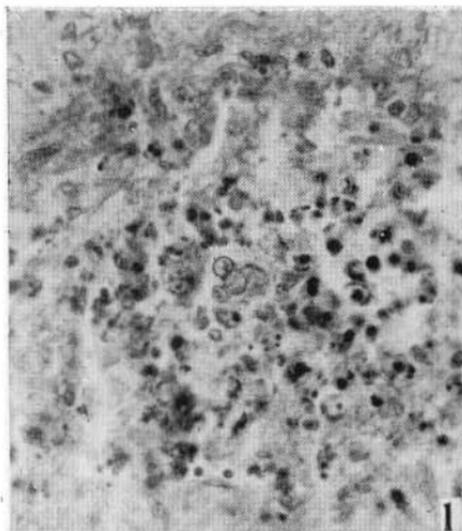
Ferner werden vergleichende Studien von dreissig weiteren Fällen vorgenommen, die durch den Nachweis der Pilze in den Läsionen bestätigt werden konnten.

Es wird eine Klassifizierung der verschiedenen klinischen Formen sowie eine Revision der beiden früher vorgeschlagenen angeregt.

Es wird beobachtet, dass die Chromoblastomycose in Costa Rica keine Besonderheiten gegenüber den in anderen Ländern berichteten Fällen zeigt.

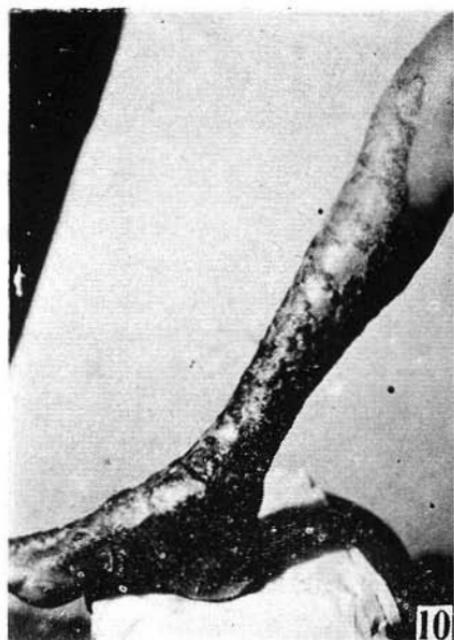
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. CARRIÓN, A.L. & M. SILVA
1947. Chromoblastomycosis and its etiologic fungi. In Nickerson, J. W., *Biology of pathogenic fungi. Ann. Cryptogamici Phytopathol.* 6: 20-62. Chronica Bot. Co. Waltham Mass. U.S.A.
2. EMMONS, C. W., H. HAILEY & H. HAILEY
1941. Chromoblastomycosis. Report of the sixth case from continental United States. Separata con comentarios, *Jour. Amer. Med. Assoc.* 116:25-28.
3. KEENEY, E.L., L. AJELLO & ELSIE LANKFORD
1944. Studies on common pathogenic fungi and on *Actinomyces bovis*. II In vitro effect of sulfonamides. *Bull. Johns Hopkins Hosp.* 75 (6):393-408.
4. NAUCK, E. G.
1931. Histologische Untersuchung über Dermatitis verrucosa und Mossy-foot. *Arch. f. Schiffs u. Trop.-Hyg.* 35 (7): 399-410.
5. PARDO CASTELLO, V., E. RÍO LEÓN & F. TRESPALACIOS
1942. Chromoblastomycosis in Cuba. *Arch. Dermatol. and Syphilol.* 45:19-32.
6. ROTTER, W. & A. PEÑA-CHAVARRÍA
1933. Untersuchungen über Blastomykosen in Costa Rica. *Arch. f. Schiffs-u. Trop.-Hyg.* 37 (1):1-10.
7. ROTTER, W. & A. PEÑA-CHAVARRÍA
1934. Weitere Untersuchungen über Blastomykosen in Costa Rica. *Arch. f. Schiffs-u. Trop.-Hyg.* 38 (10):406-417.
8. SALISBURY, E.I.
1928. Mossy foot. A case report. *Annual Rep. United Fruit Co. Med. Dep.* 17: 185-190.
9. SILVA, N.N. DA
1949. Cromoblastomicose no Rio Grande do Sul. Aspecto clínico, micológico e experimental. *An. Brasil. Dermat. Sifilograf.* 24 (2):113-145.











12



13 a



13



14