

## *Cromoblastomycosis en Honduras*

Por J. ADÁN CUEVA (\*)

Trabajo presentado a la II Reunión de la Asociación de  
Patólogos Centroamericana,

Era nuestra mejor intención traer un estudio patológico sobre las micosis encontradas en nuestro servicio del año 1951 a la fecha actual, por considerar este tipo de lesiones altamente frecuentes en nuestra zona tropical.

Sin embargo, la forma apremiante en que se convocó a este evento nos hizo enfocar nuestra comunicación solamente hacia la CROMOBLASTOMICOSIS, sobre la cual en el año 1954 fueron comunicados al III Congreso Centro-Americano de Medicina, 4 casos por el Dr. Hernán Corrales Padilla (2), Jefe del Servicio de Dermatología del Hospital General en Tegucigalpa, debidamente comprobados. De esa fecha a la actual hemos registrado en los Servicios de Dermatología y de Anatomía Patológica, 3 casos más, con lo que se eleva el número de casos hondureños a 7.

Nuestro estudio se limitará a los aspectos macro y microscópicos que hemos tenido la oportunidad de conocer y sobre todo nos referiremos a los aspectos histológicos que para nosotros tienen importancia al hacer el estudio de GRANULOMAS MICOTICOS, que en algunas circunstancias nos hacen dudar profundamente la especificidad de los mismos por el parecido morfológico de unos y otros con diferentes hongos patógenos.

La CROMOBLASTOMICOSIS es una enfermedad producida por tres géneros de hongos: *Hermodendron pedrosoi* (*Acrotheca pedrosoi*, *Hormodendron algeriense*, *Trichosporium pedrosianum*, *Trichosporium pedrosoi*, *Hormodendron rossium*, *Gomphinarina pedrosoi*, *Botryoides monophora*, *Hormodendroides pedrosoi*, *Phialoconidiophora guggenheimia*, *Fonseca Pedrosoi*, *Hormodendron japonicum*). **Hormodendron compactum** (*Phialoconidiophora compactum*) y **Phialophora verrucosa** (*Cadophora americana*, *Phialophora macrospora*).

La incidencia de cromoblastomycosis en diversos países, es como sigue:

Estados Unidos de Norte América.....	9 casos
Cuba .....	43 “

(\*) Patólogo. Departamento de Anatomía Patológica. Hospital San Felipe, Tegucigalpa, Honduras.

Brasil .....	49	“
Costa Rica .....	34	“
Puerto Rico .....	15	“
África del Sur .....	12	“
Venezuela .....	9	“
Rusia .....	5	“
Indias Orientales Holandesas .....	4	“
Japón .....	3	“
Argelia .....	2	“
Argentina .....	2	“
Australia .....	2	“
Rhodesia .....	1	“
República Dominicana.....	1	“
Guatemala .....	1	“
México .....	1	“
Canadá .....	1	“
Paraguay .....	1	“
Uruguay .....	1	“
Zona del Canal .....	1	“

Como se podrá notar., hay casos reportados por cuatro países del Istmo y de ellos Costa Rica ocupa el tercer lugar en el mundo. El cuadro que antecede es de Carrión y Silva, publicado en 1947. Hay más datos de Costa Rica hasta 1950 y a esto hay que agregarle en una modificación obligada los 7 casos de Honduras más los de Howlesjk y colaboradores del Departamento de Dermatología y Sifilología de la Escuela de Medicina de la Universidad de Louisiana, quienes informan que ya son 12 casos de CROMOBLASTOMICOSIS informados por los Estados Unidos, más 9 casos que informan ellos del propio Estado de Louisiana. Es muy probable que a esta hora hayan otros casos reportados que nosotros desconocemos, sobre todo nos interesaría obtener datos de Centro América y Panamá.

#### FORMAS CUNICAS-PATOLOGICAS

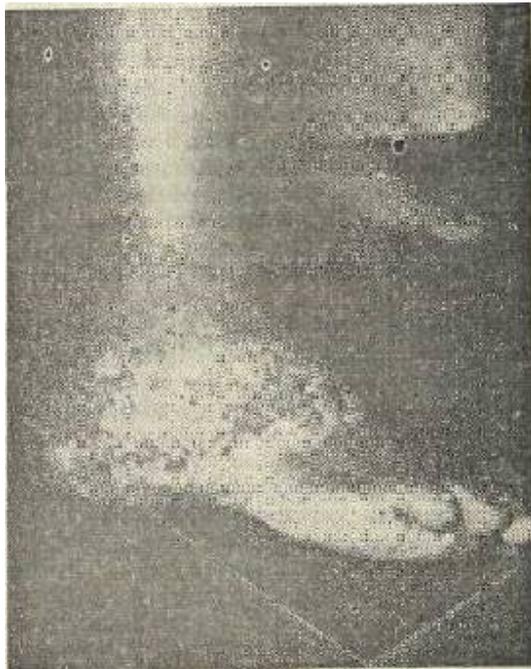
La morfología de las lesiones macroscópicamente, según los diferentes autores, adopta un polimorfismo muy llamativo que puede semejarse a la tuberculosis, sífilis o psoriasis. Pero la más comúnmente observada es la forma verrucosa y nodular, de ahí que Carrión y Silva reconocen cinco formas: nodular, tumoral, verrucosa, en placa y cicatricial. Pardo Castelló, Río León y Trespacios, seguidos por Enveda Silva y Enimons describen también (3), citadas por Trejo y Romero, cinco formas, así: verrucosa o papilomatosa, tuberculoide, sifiloide, psoriasiforme y el elefantásico y cicatricial.

Las lesiones iniciales se presentan en forma de pápula, que lentamente va tomando forma vegetante, hasta alcanzar a veces formas tumorales de carácter exofítico que frecuentemente se infectan en forma secundaria para mostrarse húmedas y fétidas. Los trayectos linfáticos dan lugar a la difusión de la enfermedad, llegando en algunas circunstancias a ocasionar verdaderas adenopatías.

Las lesiones por nosotros observadas se caracterizan, algunas de ellas, por nodulos endurecidos color amarillento grisáceo, a veces con tendencia a formación de pedículos. Pudimos observar lesión única abarcando la mitad del dorso del pie (Fig. 1), que presentaba un aspecto epiteliomatoso ligeramente exuberante (un centímetro y medio de altura), de color rosado con superficie arrugada, con puntos purulentos, el pus presentaba un color blanco amarillento, situado en los sitios hundidos semejando criptas. Los bordes de la lesión circinados a veces prominentes o aplanados, especialmente en la periferia; se nota formación de costras delgadas que se desprenden con facilidad sin provocar dolor alguno. En los límites hay un halo rosado que presenta interferencias de piel aparentemente normal, de donde resulta que en este tipo de lesiones no hay un límite preciso.

#### ASPECTOS MICROSCÓPICOS

Según Costero (1) y Maker (4), el aspecto general se caracteriza por infiltrados inflamatorios intraepidérmicos y dérmicos en muchas circunstancias difusos, pero la mayoría de las veces formando microabscesos. Los infiltrados inflamatorios se caracterizan por la presencia de leucocitos polinucleares, plasmacélulas, linfocitos, macrófagos y células gigantes. La epidermis suele estar modificada por engrosa-



os. No. 1

mientos variables, hay zonas de acantosis donde algunas veces las papilas se pronuncian tanto, que toma todas las características papilomatosas. La hiperqueratosis y paraqueratosis son constantes y nosotros pudimos observar en la mayoría de los especímenes la formación de nodulos comineados que a veces contienen restos nucleares en la parte central. También es frecuente observar en la epidermis pequeñas zonas necróticas con una sustancia ligeramente basófila en la cual se observan células libres del estrato espinoso, en forma independiente y de aspecto globuloso. Los microabscesos intraepidérmicos y dérmicos suelen contener con alguna frecuencia las macrosporas en forma de vesículas diminuías de color amarillo tabaco, que se presentan solitarias y otras veces en mayor número, citándose hasta ocho, pero lo esencial de ellas es que adoptan forma de células fumagoides redondeadas o poliédricas divididas por septos perfectamente limitantes (Figs. 2 y 3). En el corión los infiltrados inflamatorios se hacen más numerosos, dando origen dicha reacción infla-



Fig. No. 2 (1000X) H y E

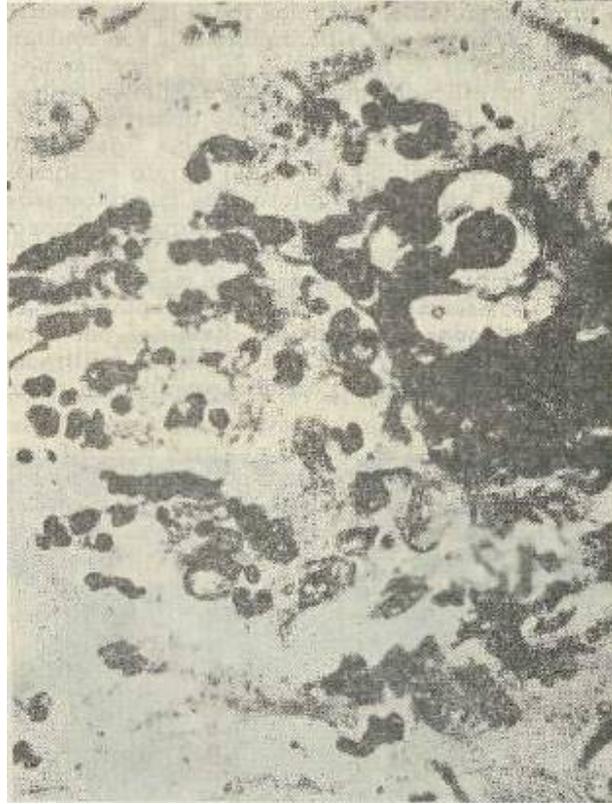


Fig. No. 3 (1600X) H y E

matoria a la formación de células gigantes tipo Langhans, con frecuencia estas células están muy próximas a la capa basal de la epidermis, por otro lado suelen contener en su interior los hongos antes mencionados. En la mayoría de las veces se realizan formaciones nodulares muy semejantes a los de la tuberculosis, nodulos con célula gigante central o periférica o simplemente con una reacción epitelioide, pero su diferencia estriba en que siempre se encuentran en medio de esta reacción pocos o muchos polinucleares y que hacia la periferia no presentan corona linfocitaria. La presencia de células gigantes es constante, nosotros las hemos encontrado en todos los casos estudiados y nos llamó poderosamente la atención el hecho de que aún en un eje papilar cortado transversalmente, se había realizado la formación de una célula gigante.

La presencia de plasmazellen es constante y no es difícil observar la formación de corpúsculos de Russel con sus características hialino-eosinófilas.

La coloración de tejidos con hematoxilina y eosina conforme las técnicas universales, nos parece suficiente para establecer el diagnóstico; sin embargo, en algunas circunstancias la coloración con Giemsa da buenos resultados porque hace resaltar los hongos con un anillo verde parduzco o azulado.

Es nuestra opinión que en los preparados en que sospechemos de principio una micosis, servirá de orientación para pensar en la CROMOBLASTOMICOSIS el numeroso infiltrado al nivel del corion con reacción gigantocelular.

Y como definitivos, la comprobación de las esporas, ya sea situados en los microabscesos o en cualquier sitio del infiltrado granulomatoso.

El tejido conectivo presenta la transformación habitual de las inflamaciones crónicas. El endotelio vascular no sufre modificaciones.

1.—Se pone de manifiesto la frecuencia una vez más en Centro América de la CROMOBLASTOMICOSIS, y se eleva a siete el número de casos comunicados de Honduras.

2.—Importancia de una profunda investigación en el estudio de los granulomas micóticos.

3.—Su semejanza microscópica "especialmente con la tuberculosis y sífilis.

4.—La orientación del diagnóstico ante un infiltrado con microabscesos intraepidérmicos Y dérmicos.

5.—Frecuencia de reacción gigantocelular predominantemente del corion.

6.—La frecuencia con que suele encontrarse la presencia de cromoblastos.

#### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Costero I. Tratado de Anatomía Patológica - Vol. II, 14 : 18, 1946. Editorial Atlante, México, D. F.
- (2) Corrales P., H. - Micosis Profundas en Honduras - Rev. Med. Hond. 23; ' 174; 1955.
- (3) Trejos A. - Romero A. - Cromoblastomicosis en Costa Rica y Cromoblastomicosis Experimental en Bufos Harimus - Rev. de Biol. Trop. Vol. 1 y 2 - 95 : 39.
- (4) Baker K. D. - Histopathology of. The Mycoses. Pág. 31, Copyright 1945.