

Discusión

La cromoblastomicosis es una micosis subcutánea que predomina en áreas rurales de climas tropicales, de distribución mundial pero más frecuente en Brasil, Centroamérica y México. En nuestro país se ha reportado con más frecuencia en Veracruz, Oaxaca, Tabasco, Sinaloa y la zona de la Huasteca por sus características climáticas.^{4,5}

La tuberculosis cutánea y la cromoblastomicosis son padecimientos crónicos en los que signos clínicos como las verrugosidades, nódulos agrupados en placas que se cubren de una escama abundante, son en la mayoría de las ocasiones indistinguibles clínicamente, situación que muchas veces nos plantea un reto diagnóstico, principalmente si no se cuenta con las facilidades para realizar un estudio micológico.^{1, 6-8}

El presente caso es característico de cromoblastomicosis, con lesiones nodulares de aspecto verrugoso, de larga evolución y prácticamente indistinguible de la tuberculosis verrugosa, la cual es altamente endémica en Guerrero. Cabe citar la importancia que reviste el estudio micológico, que aporta el diagnóstico confirmatorio, independientemente de ser una prueba sencilla, barata y casi inmediata pero que debe ser realizada por personal capacitado.

En este caso se observaron múltiples células fumagoides o esclerotes de Medlar, que dan la certeza en el diagnóstico; sin embargo, venían acompañadas de una gran cantidad de hifas gruesas, pigmentadas y tabicadas, que hacen prácticamente un micelio; esta imagen puede generar confusión con la feohifomicosis subcutánea o quiste micótico. Este fenómeno de la observación de células con abundantes hifas se presenta poco *in vivo*, sobre todo en casos verrugosos y con gran cantidad de escamas.

Min-Wei *et al.*⁹ han reportado este fenómeno en un par de casos muy crónicos (de 10-15 años de evolución), en los cuales consideran que a escala de capa córnea las células fumagoides prácticamente “germinan” formando nuevas hifas. En nuestro medio este fenómeno ha sido también observado y de hecho se menciona en textos micológicos como un hecho común.^{5,8} Podría explicarse por la abundante presencia de escamas que hacen las veces de un medio de cultivo similar a uno *in vitro*, que provoca la formación de hifas a partir de las células fumagoides pero sin que se presenten formas de fructificación. Esto sólo se observa en los exámenes directos y nunca en los estudios histopatológicos.

Es importante remarcar la utilidad de las biopsias en la mayoría de las lesiones de tipo verrugoso, pues aunque la imagen histológica es similar en la tuberculosis por la pre-

sencia de un verdadero granuloma tuberculoide, en esta micosis subcutánea se observan con gran facilidad las formas parasitarias.^{1, 5, 9, 10}

En 1991 la feohifomicosis fue definida por el subcomité de nomenclatura de micosis de la Sociedad Internacional de Micología Humana y Animal (ISHAM) como toda infección humana o animal causada por hongos dematiáceos, con excepción de los que dan origen a cromoblastomicosis.^{5,11} La diferenciación entre cromoblastomicosis y feohifomicosis no siempre es fácil, pues ambas entidades pueden ser causadas por los mismos agentes y a veces tener el mismo aspecto clínico, pero en la primera es privativa la presencia de células fumagoides.^{5, 11, 12}

El quiste micótico es la forma clínica más frecuente de feohifomicosis; se origina por implantación traumática de los hongos y se manifiesta por un nódulo subcutáneo de alrededor de 2 cm de diámetro encapsulado y asintomático. Es una infección cosmopolita rara que se presenta en cualquier raza, edad y sexo; predomina en varones adultos. En la mitad de los casos se ha ligado a inmunosupresión.^{1, 5, 11} En la histopatología se encuentra un absceso con polimorfonucleares o una imagen granulomatosa con células gigantes, una banda periférica de tejido fibroso y la presencia de filamentos pigmentados, de 2 a 6 micras de diámetro; también se encuentran células levaduriformes, solitarias o en cadenas cortas, pseudohifas o hifas septadas, a menudo irregularmente torcidas, ramificadas o no, y cualquier combinación de éstas.¹³

En una comunicación en la República Dominicana de ocho pacientes inmunocompetentes con este diagnóstico, la edad varió de 15 a 87 años y la localización fue en extremidades, pero predominó en el pie. La histopatología mostró un granuloma con necrosis y la presencia de estructuras micóticas variadas como pseudohifas, filamentos toruloides y levaduras, y en dos casos, presencia de una astilla vegetal.¹⁴

Los agentes causales en feohifomicosis han sido clasificados en los géneros *Exophiala*, *Phialophora*, *Wangiella*, *Alternaria*, *Exserobolium*, *Cladosporium*, *Bipolaris*, *Curvularia*; las especies implicadas son *E. jeanselmei*, *E. spinifera*, *W. dermatitidis*, *P. parasitica*, *P. richardsiae* y *A. alternata*,^{15, 16} y también se han implicado hongos patógenos de plantas como *Geniculosporium*.¹⁷

Recientemente se ha considerado que los informes de casos clínicos causados por hongos negros en ocasiones son clasificados sin hacer muchas veces una diferenciación clara entre cromoblastomicosis y feohifomicosis, especialmente ante lesiones verrugosas o pleomórficas. Estas enfermedades se pueden considerar dos extremos de una infección