

CASOS CLINICOS

FEOHIFOMICOSIS SUBCUTANEA: PRESENTACION DE DOS CASOS

Jaramillo J. Diego E,
Zuluaga de Cadena, Angela
Santamaría Lucía

RESUMEN

Se presentan dos pacientes con lesiones nodulares en el dorso del pie derecho, uno con múltiples fístulas y otro con una fístula central, a través de las cuales drenaba abundante material hematurpuroso. El examen en fresco revela hifas septadas y pigmentadas. En los cultivos se aíslan dos hongos dematiáceos, uno de ellos identificado como *E. jeanselmei* y el otro no clasificado. Con este reporte se quiere hacer una contribución a la literatura de una entidad poco frecuente en nuestro medio.

(Palabras clave: Feohifomicosis, Hongos Dematiáceos, Cromomicosis).

INTRODUCCION

El término Feohifomicosis propuesto por Ajello y otros en 1974¹ incluye infecciones causadas por mohos dematiáceos que producen hifas y células levaduriformes pigmentadas en el tejido.

En 1978 Ajello² propone una clasificación de estas entidades relacionándolas con el sitio anatómico afectado. Posteriormente McGinnis en 1983³ las reclasifica en cuatro grupos, así: superficial, cutánea y corneal, subcutánea y sistémica, dependiendo del tejido involucrado, el daño a éste y la respuesta del huésped.

La feohifomicosis subcutánea se caracteriza por la formación de una masa o nódulo solitario encapsulado, que ocasionalmente se ulcera y drena material purulento rico en hifas pigmentadas. Se han descrito una gran cantidad de mohos negros asociados con esta entidad. Ajello⁴ los agrupó en 39 géneros y 71 especies, siendo *Exophiala jeanselmei* el agente más

frecuentemente aislado⁵. En este informe se describen dos casos de la forma subcutánea: el primero causado por *E. jeanselmei* y el segundo por un hongo dematiáceo no clasificado.

HISTORIA CLINICA

Caso 1: Agricultor de 40 años, natural y procedente del área rural de Rionegro, diabético indisciplinado, con antecedentes de psicosis maniaco-depresiva, condiciones para las cuales se halla bajo control ambulatorio. Es remitido a la consulta de Dermatología para evaluación de dos dermatosis diferentes: en primer lugar presentaba en áreas expuestas múltiples lesiones hiperqueratósicas sobre piel atrófica con daño solar y que clínica e histológicamente correspondían a queratosis actínicas. En segundo lugar presentaba en el dorso del pie derecho (Fig. 1) un nódulo duro, violáceo, con fístulas que drenaban material hematurpuroso, de seis meses de evolución y resistente a antibioticoterapia intensa. Se consideraron los diagnósticos de micetoma, esporotricosis, infección por micobacterias atípicas u otros gérmenes resistentes a los antibióticos convencionales.

Mediante punción con aguja se extrajo material del nódulo, cuyo examen en fresco fue negativo para gérmenes. Este material se sembró en medios de Sabouraud, simple y el modificado con cloranfenicol y cicloheximida (Mycosel BBL®). Ocho días más tarde y a temperatura ambiente, se obtuvo el crecimiento de un moho verde-grisáceo, que mediante la técnica de Rhidel⁶ en agar/sémola de maíz, se identificó como *Exophiala jeanselmei*, dada la presencia de anélicos intercelulares y terminales con aneloconidias (Fig. No. 2). Una vez establecido el diagnóstico se hizo resección quirúrgica, encontrándose lesión no encapsulada, muy friable y muy vascularizada. El estudio histológico mostró un absceso dérmico, en el centro del cual había células epiteloides, células gigantes de tipo cuerpo extraño y fragmentos de hifas gruesas septadas, las cuales se hicieron más evidentes con la tinción de PAS. El cultivo del material quirúrgico reconfirmó el diagnóstico. El paciente cicatrizó por segunda intención y visto seis meses después no mostró signos de recidiva.

Diego E Jaramillo J. Jefe, Sección de Dermatología, Departamento de Medicina Interna, Facultad de Medicina, U. de A.

Angela Zuluaga de Cadena, Profesora y Coordinadora de Dermatología, Instituto de Ciencias de la Salud (CES).

Lucía Santamaría, Profesora, Sección de Micología, Departamento de Microbiología y Parasitología, Facultad de Medicina, U. de A.

Caso 2: Hombre de 45 años, natural y residente en Medellín, vendedor ambulante de frutas. Desde hacía ocho meses presentaba en el dorso del pie derecho una lesión nodular de tres centímetros de diámetro, con una fistula central a través de la cual drenaba material purulento (Fig. 3). No recordaba traumatismo previo y había sido tratado varias veces con antibióticos, sin ninguna mejoría. Al examen en fresco se observaron hifas gruesas y pigmentadas de color marrón. El material purulento se sembró en Mycosel® y Sabouraud y se



Fig. No.1.- Feohifomicosis subcutánea fistulosa y supurativa simulando micetoma.



Fig. No.3.- Nódulo supurativo dorsal del pie, del segundo caso.

obtuvo un hongo dematiáceo de crecimiento rápido, con micelio estéril, al cual se le practicaron microcultivos repetidamente, sin obtener esporulación (Fig. 4). El cultivo fue remitido al Centro de Referencia del North Caroline Memorial Hospital (Dr. McGinnis), donde tampoco pudieron clasificarlo. El quiste se reseó quirúrgicamente y tenía una cápsula fibrosa bien definida y los resultados histológicos fueron muy similares a los del enfermo No. 1.

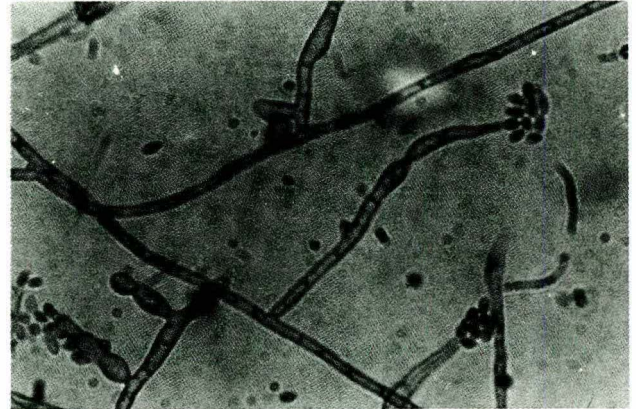


Fig. No.2.- *Exophiala jeanselmei* cultivado a partir del paciente No. 1. Se aprecian los terminales con aneloconidias.

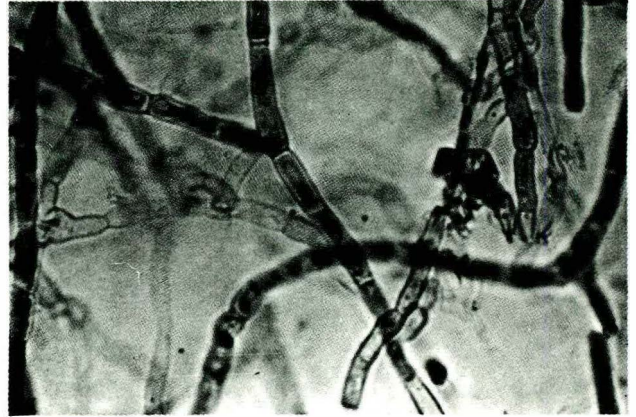


Fig. No. 4.- Microcultivo que muestra un hongo dematiáceo, estéril, ya que no se consiguió obtener esporulación.

COMENTARIOS

Con estos dos casos se completan cinco en la casuística médica colombiana. El primero fue publicado por Giraldo en 1972⁷. En 1977 fueron publicados dos más por Suescún y colaboradores⁸. En el presente estudio se logró aislar el hongo en ambos pacientes, aunque sólo pudo ser clasificado uno de ellos. En ninguno de los informes colombianos previos se había aislado el hongo.

La feohifomicosis subcutánea se ha conocido bajo diferentes denominaciones, siendo la más frecuente "cromomicosis subcutánea". Usualmente se presenta bajo la forma de nódulos subcutáneos encapsulados y asintomáticos, que se diagnostican clínicamente en forma errónea como quistes epidérmicos, lipomas, neurofibromas, etc., llegándose al diagnóstico verda-

dero por la histopatología, cuando ya no se dispone de material viable para los cultivos. Nuestros dos casos poseen particularidades especiales que los alejan de lo clásico⁹; ambos mostraban trayectos fistulosos y uno de ellos no era encapsulado. En vista de que las lesiones clínicas tenían características de micetoma, se practicó examen directo para buscar los gránulos de azufre, circunstancia que permitió observar las hifas septadas en uno de los casos y el cultivo micológico en ambos.

La etiología de la feohifomicosis ha sido motivo de controversia desde 1907, a raíz de una publicación de Beurmann y Gougerot¹⁰ sobre una "esporotricosis subcutánea causada por

una nueva especie". Tres años más tarde Matruchot describió este agente como una variante de *Sporotrix spp* y lo llamó *Sporotrix gougerotti*. Muchos micólogos desde entonces han terciado en la controversia; sin embargo, a partir de la creación del término Feohifomicosis por Ajello parece haberse resuelto la confusión. Este término significa etimológicamente micosis de las hifas pardas y agrupa a las entidades causadas por hongos dematiáceos, diferentes a los de la cromomicosis verrucosa clásica. Estas entidades difieren en sus aspectos clínicos, histológicos y micológicos. En los tejidos los agentes se comportan de diferentes maneras: en las cromomicosis se observan las células escleróticas de Medlar y en la feohifomicosis se ven hifas septadas, pseudohifas y células levaduriformes. Los agentes etiológicos que se aíslan con mayor frecuencia en la forma subcutánea son *Exophiala jeanselmei* y *Wangiella dermatitidis*.

SUMMARY

Two patients with nodular lesions on the dorsum of foot are reported, one of them with a central fistula and the other one with multiple ones, which discharged hematopurulent material. The fresh examination of the pus revealed septated and pigmented hyphae. By culture, two dematiaceous fungi were isolated, one of them identified as *E. Jeanselmei* and the other one could not be adequately classified. With this report the authors intend to make a contribution to the knowledge of this rare condition in their area.

Key words: Phaeohyphomycosis, Dermatiaceous Fungi, Chromomycosis

BIBLIOGRAFIA

1. Ajello L. et al. A case of Phaeohyphomycosis caused by a new species of *Phialophora*. *Mycology* 1974; 66:490-498.
2. Ajello L. The black yeasts as disease agents: historical perspective. *Pan Am Health Organ Sci Publ.* 1978; 356: 9-16.
3. McGinnis M R. Chromoblastomycosis and phaeohyphomycosis: new concepts diagnosis and mycology. *J Am Acad Dermatol.* 1983; 8: 1-16.
4. Ajello L. Hylohyphomycosis and phaeohyphomycosis: two global disease entities of public health importance. *Eur J Epidemiol.* 1986; 2:243-251.
5. McGinnis M R. Infections caused by Black Fungi. *Arch Dermatol.* 1987; 123:1300-1302.
6. Rhidell R W. Permanent stained mycological preparations obtained by slide culture. *Mycology* 1950; 42:265-270.
7. Giraldo C A. Absceso subcutáneo por hongo pigmentado. *Ant Med* 1972; 22:459-464.
8. Suescún D, Jaramillo D, Prada S M. Abscesos subcutáneos por hongos dematiáceos: Presentación de dos casos. *Mycopatología* 1977; 62:97-102.
9. Ziefer A. Phaeohyphomycotic cyst. A clinicopathologic study of twenty five patients. *Am J Trop Med. Hyg.* 1980; 29:901-911.
10. De Beurmann and Gougerot. Associations morbides dans les sporotrichose. 11th observation de sporotrichose: syphilis, tuberculose et sporotrichose. *Bull Soc Med Hos (Paris).* 1907; 24:591-596.

AGRADECIMIENTOS: a la doctora Angela Restrepo M., quien remitió las muestras al Dr. McGinnis.