

LOBOMICOSIS DE 35 AÑOS DE EVOLUCION

Cáceres, Sergio
Rodríguez Toro, Gerzaín

RESUMEN

Presentamos un caso de lobomicosis de 35 años de evolución en un hombre de 60 años de edad. La lesión había sido reseca 25 años antes⁶ cuando era un nódulo queiloideo de 2 cm de diámetro situado en el codo izquierdo. La recidiva se extendió ampliamente ocupando el tercio inferior del brazo y el extremo superior del antebrazo; se ulceró y se infectó secundariamente, ocasionando imposibilidad funcional transitoria. Desde hace 8 años presenta extensa placa queiloidea y nodular en la espalda que se interpreta como autoinoculación. Tratado con ketoconazol durante un año sin mejoría; se hizo criocirugía de la placa de la espalda con curación satisfactoria de esta lesión. Se ilustran aspectos macro y microscópicos del paciente y se comentan características de la lobomicosis en Colombia.

(Palabras Clave: Lobomicosis, criocirugía)

INTRODUCCION

La enfermedad de Jorge Lobo se caracteriza por placas o nódulos queiloideanos de evolución muy crónica, en general pequeños y localizados, lo que ha llevado a sugerir¹ que el nombre de "enfermedad" para la entidad sería exagerado. En este trabajo presentamos un paciente con lobomicosis de 35 años de evolución, con lesiones extensas, ulceradas e incapacitantes.

HISTORIA CLINICA

Hombre de 60 años, natural de Ocaña y residente en Cúcuta. Sus lesiones comenzaron hace 35 años con un pequeño nódulo en el codo izquierdo, cuando trabajaba en ganadería y agricultura en una finca de clima caliente, en Aguachica (Cesar). La lesión le fue extirpada en el Hospital San Juan de Dios de Bogotá. Recidivó 10 años después y creció lentamente, hasta hace 10 años, cuando su avance se aceleró. Hace 8 años apareció nueva placa en la base de la nuca, que también ha crecido paulatinamente.

Sergio Cáceres, Dermatólogo, Hospital Erasmo Meoz. Cúcuta
Gerzaín Rodríguez Toro, Jefe, Grupo de Patología, Instituto Nacional de Salud.
Profesor Titular de los Departamentos de Morfología y Patología. Facultad de Medicina - Universidad Nacional - Bogotá. Apartado Aéreo 80334, Bogotá.



Fig. No. 1. Extensa placa eritematosa, nodular, del tercio inferior del brazo, el codo y parte superior del antebrazo. La cicatriz deprimida central corresponde a la curación de la úlcera.

Al ingreso se observó una extensa placa eritematosa, firme, con zonas nodulares y áreas de ulceración, costrosas, secretantes y fétidas, que abarcaban la cara postero-interna en los dos tercios inferiores del brazo y en el extremo superior del antebrazo izquierdos (Fig. 1). El paciente se sentía muy mal, con dolor espontáneo y a la palpación y con alguna dificultad para los movimientos de flexión y extensión del codo. Estaba dispuesto a que se le amputara el brazo.

En la línea media del extremo superior de la espalda presentaba además una placa irregular de 8 cm de diámetro mayor, con pápulas, nódulos y trayectos acordonados queiloideanos (Fig. 2).

Una evaluación general por laboratorio no mostró alteraciones especiales. El cultivo de la secreción purulenta del brazo fue positivo para *Pseudomonas aeruginosa*. El paciente recibió



Fig. No. 2. Placa eritematosa, papulosa, nodular y queiloidea de la espalda.



Fig. No. 3. Aspecto de la misma lesión, 1 año después de la criocirugía.

tratamiento antibiótico general y cuidados locales de las úlceras, con lo cual mejoró notablemente. El estudio histopatológico de las lesiones del brazo y la espalda confirmó el

diagnóstico de lobomycosis (Figs. 4-6). Previamente el enfermo había sido tratado en Medellín con ketoconazol durante un año, sin mejoría de sus lesiones.

En Cúcuta se realizó criocirugía sobre la placa dorsal, luego de anestesia local con lidocaína más marcaína. Se hizo atomización abierta de nitrógeno líquido mediante una unidad Cryosurg (Frigitronics), para congelar la lesión sólidamente, siguiendo un patrón en espiral. El tiempo total de descongelación fue de 3 minutos y el halo de congelación de 3 milímetros. La zona cicatrizó normalmente y 1 año después no presenta recidiva (Fig. 3). Se descubrieron en la periferia del área tratada una pequeña pápula y un nódulo subcutáneo, ambos con histopatología positiva para lobomycosis. No obstante, no los consideramos como recidivas porque la revisión iconográfica mostró su presencia previa a la criocirugía y no fueron congelados durante este procedimiento por estar distantes de la lesión principal.

COMENTARIOS

Esta historia ilustra aspectos típicos de la lobomycosis como la cronicidad, la recidiva de las lesiones, la ulceración como complicación importante, la autoinoculación y la resistencia al tratamiento

El enfermo demostrado presenta una de las lesiones más extensas de todos los casos colombianos², y nos indica que la entidad puede alcanzar difusión considerable con incapacidad importante, estética, física y funcional. En los pacientes brasileros se documentan también lesiones diseminadas cutáneas muy severas³. Y si bien la diseminación no sobrepasa el ganglio linfático, existe un ejemplo de orquidectomía unilateral por invasión de *Loboa lobo* al testículo, a partir de las lesiones cutáneas⁴.

Es llamativa la frecuente ulceración de sus lesiones que presentan los pacientes colombianos con lobomycosis². Esta es la complicación más importante y propicia la infección secundaria, como en el enfermo demostrado. Se debe también estar alerta ante la posibilidad de desarrollo de un carcinoma escamocelular sobre tales lesiones^{2,5}.

Este paciente fue tratado de su nódulo inicial en el Hospital San Juan de Dios de Bogotá y es uno de los dos casos informados por Peña⁶. La recidiva de sus lesiones 10 años más tarde sugiere para la reproducción un período de incubación muy largo.

La recidiva postquirúrgica es frecuente^{2,3} y tiende a presentarse en los extremos de la herida. La explicación más lógica es la persistencia de macrófagos parasitados por el hongo, a distancia de la lesión principal y que se diseminan por vía linfática.

La aparición de la placa de la espalda hace sólo 8 años sugiere que se haya producido por autoinoculación a partir de las lesiones del brazo. Esta circunstancia no es rara en los pacientes con lobomycosis³ y ha sido reproducida experimentalmente en humanos por Borelli en Venezuela.



Fig. No. 4. Granuloma dérmico muy rico en células gigantes que fagocitan *L. loboii*, que se ven como estructuras claras, redondeadas. H.E. 160X.



Fig. No. 5. La coloración con plata metenamina revela las levaduras abundantes, uniformes, de pared gruesa, unidas por delgados puentes. 400X.

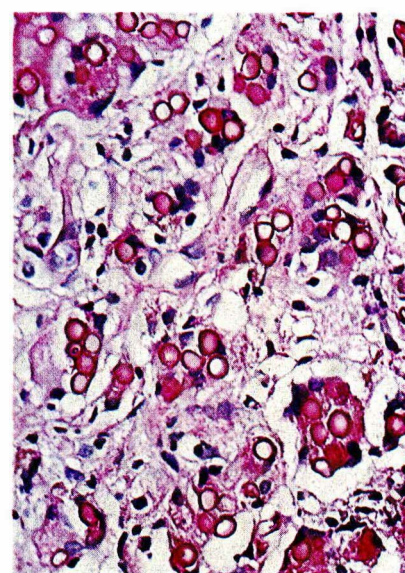


Fig. No. 6. Con la coloración de PAS se destaca la gruesa pared celular y es muy aparente que todas las levaduras son intracelulares. 400X.

La resistencia a toda terapia, incluidos los antimicóticos modernos, es también característica de la lobomicosis. El ketocozazol ya había sido infructuoso en otro paciente⁷. *Loboa loboii* es un hongo intracelular que no se ha podido cultivar y que, en otro parecido con el bacilo de Hansen, prefiere áreas cutáneas frías como el pabellón auricular y la región lumbosacra, donde tenía las lesiones el caso princeps de Jorge Lobo. La criocirugía usada en este paciente mejoró las lesiones sustancialmente y constituye una opción terapéutica digna de intentarse en otros casos.

Los pacientes colombianos con lobomicosis comprobada histológicamente, son ya 41 y constituyen la segunda casuística mundial, después del Brasil, entre los cerca de 300 casos informados^{2,3}. Se destaca su presencia en indígenas de la Amazonia y de la Orinoquia², con un nuevo foco de 14 pacientes en el resguardo indígena del Casanare, entre las tribus Amoruas, Wipiwi y Cuiba, cuyas biopsias pudimos estudiar gracias a la gentileza del Dr. Nelson Téllez, patólogo de Yopal (Casanare) y del Dr. Gustavo Moreno, patólogo de Sogamoso (Boyacá).

La lobomicosis es una entidad latinoamericana que todo patólogo y dermatólogo colombiano debe conocer bien. Recientemente el Dr. José María Caraballo, patólogo de la Universidad de Cartagena, diagnosticó una lobomicosis en la biopsia de un hombre de 34 años que presentaba nodulaciones recidivantes en el pabellón auricular y que le fue remitida desde la isla de San Andrés, donde reside el enfermo. Las características clínicas y epidemiológicas de este paciente, cuya biopsia también pudimos observar por gentileza del Dr. Caraballo, están por investigarse.

SUMMARY

We present a case report of a 35 years lobomycosis in a 60 years old man. Twenty five years previously a 2 cm keloid-like, left elbow's nodule was surgically ablated⁶. He has a broad recurrence affecting both left arm and forearm. It was ulcerate and secondary infected, producing a functional transient disability. He has had a broad keloid-like lesion over the last 8 years. It has been located in his back and it has been considered an autoinnoculation. A one year ketoconazole's treatment was unsuccessful. Then, he underwent cryosurgery of this back's lesion with a satisfactory outcome. The macro an microscopic aspects of the lesions are shown and we make commentaries about lobomycosis' characteristics in Colombia. (Key Words: Lobomycosis, Cryosurgery).

BIBLIOGRAFIA

1. Wiersema JJ, Nieme PL A. Lobo's disease in Surinan Patients. Trop Geogr Med, 1965; 17:80-111.
2. Rodríguez G. Enfermedad de Jorge Lobo o Blastomicosis Queloideana. Nuevos aspectos de la entidad en Colombia. Revisión. Biomédica 1989; 9(3-4): 133-146.
3. Varuzzi RG, Lacaz C de S, Souza P A A. Historia natural da doença de Jorge Lobo. Ocorrência entre los indios caibai (Brasil Central). Rev Med Trop Sao Paulo 1979; 21 (6): 302-338.
4. Montero-Gei F. Comunicación personal. XVII Congreso Centroamericano de Dermatología. Guatemala. Oct. 12-16, 1990.
5. Baruzz RG, Rodríguez D, Michalany NS, Salomao R. Squamous-cell carcinoma and lobomycosis (Jorge Lobo's disease), Int J Dermatol, 1989; 78: 183-185.
6. Peña, C.E. Blastomicosis queloide en Colombia. Presentación de dos casos. Mycol Appl 1967; 33: 313-320.
7. Lawrence D, Ajello L. Lobomycosis in Western Brazil: Report of a clinical trial with Ketoconazole. Am J Trop Med Hyg. 1986; 35(1): 162-166.