

Lobomycosis diseminada: Presentación diseminada

Disseminated lobomycosis: Disseminated presentation

Ana María Rebolledo A.

Alfonso Rebolledo M.

Gerzain Rodríguez T.

RESUMEN

Se presenta el caso de un paciente de sexo masculino, de 58 años de edad, agricultor de banana, quien consultó por presentar lesiones nodulares de treinta años de evolución en la pierna izquierda, no dolorosas, que aumentaron en tamaño y se diseminaron, causando limitación funcional y deformidad. El paciente había consultado a una institución de salud por aparición de nuevas lesiones en la cara desde hacía cinco años, recibiendo múltiples tratamientos antibióticos y antimicóticos, sin mejoría.

La historia clínica, el examen físico, la histología, las tinciones de PAS y Grocott confirmaron el diagnóstico de lobomycosis.

La lobomycosis es una enfermedad crónica, subepidérmica, infrecuente, producida por la *Lacazia loboi*.¹ Existen 425 casos reportados en la literatura. Es el tercer caso en Ecuador, y su importancia radica en su presentación, con diseminación profusa. Generalmente se afecta una sola parte del cuerpo. Este caso podría ser explicado por una diseminación hematogena y su tratamiento representa un reto.

Palabras clave: lesiones nodulares, lobomycosis.

SUMMARY

We show the case of a fifty eight-year-old male patient, banana farmer, who consulted for showing thirty years of nodular lesions evolution on his left leg, that increased in shape and were spread producing functional limitation and deformity. Patient had consulted to a health center for appearance of new lesions on face five years ago, receiving several antibiotic and antimycotic treatments without improvement.

Clinical history, physical examination, histology, PAS and Grocott dye confirmed the diagnosis of Lobomycosis.

Lobomycosis is a chronic disease, subepidermic, unfrequent, produced by *Lacazia loboi*. There are 425 cases reported in literature. It is the third case in Ecuador, and its importance is due to its presentation, with wide dissemination. Generally one part of the body is affected. This case could be explained for an haematogenous dissemination and its treatment represents a challenge.

Key words: nodular lesions, lobomycosis.

REPORTE DEL CASO

Paciente de sexo masculino, de cincuenta y ocho años de edad, natural de Puerres (Nariño), quien consultó al servicio de dermatología del Hospital Departamental de Nariño por presentar lesiones nodulares y tumorales en varias regiones del cuerpo, de treinta años de evolución.

El cuadro clínico se inició cuando trabajaba como agricultor de banana en Santo Domingo de los Colorados, zona tropical húmeda ecuatoriana. Las lesiones comenzaron con un nódulo en la pierna izquierda, no doloroso, que aumentó de tamaño. En los siguientes años aparecieron nuevas lesiones que comprometían el muslo y la pierna izquierda y que posteriormente se diseminaron al miembro inferior contralateral y al tronco.

Todas las lesiones presentaron características similares a la inicial y su crecimiento progresivo causó limitación

Ana María Rebolledo A., Universidad El Bosque, Bogotá, DC, Colombia.

Alfonso Rebolledo M., Universidad El Bosque, Bogotá, DC, Colombia.

Gerzain Rodríguez T., Dermatólogo, Instituto Nacional de Salud, Bogotá, D.C., Colombia.

Correspondencia: Ana María Rebolledo A. Carrera 38-A No. 125-A-51 Apto. 22, Bogotá, DC, teléfono: 226 56 37. E-mail: rebolledoana@hotmail.com

Lobomicosis diseminada: Presentación diseminada

funcional y deformidad de las áreas afectadas. Algunas de las lesiones se ulceraron, produciendo dolor. El paciente había consultado a una institución de salud de la zona, donde le realizaron múltiples tratamientos antibióticos y antimicóticos sin mejoría del cuadro clínico y con aparición de nuevas lesiones en la cara desde hace cinco años.

Al examen físico el paciente presentaba múltiples placas nodulares infiltradas, algunas con aspecto queiloideano, otras verrucosas y otras tumorales que se agrupaban en áreas de la cara de predominio malar derecho y mandibular, el tórax anterior, la región dorso lumbar, los brazos, los antebrazos, la región glútea, los muslos y las piernas. Algunas de estas lesiones presentaban ulceración, costras serohemáticas y focos de necrosis. El diámetro de todo el miembro inferior izquierdo estaba aumentado, observándose mayor extensión de las lesiones en esta zona (Figuras 1, 2, 3). No se evidenciaron adenopatías ni compromiso del estado general. Con estos hallazgos se hizo diagnóstico clínico de lobomicosis y se tomaron biopsias de la región malar y los muslos. Los estudios paraclínicos, tales como el cuadro hemático, la glicemia, las pruebas de función hepática y renal fueron interpretados como normales. También se tomó una radiografía de tórax sin encontrar alteraciones.



Figura 1



Figura 2



Figura 3

Lobomicosis diseminada: Presentación diseminada

La histología mostró una dermatitis difusa granulomatosa, con presencia de células gigantes y macrófagos vacuolados. Con las tinciones de PAS y Grocott se observaron levaduras de un hongo de pared gruesa, multigemente, que forma cadenas y unen las levaduras entre sí. De esta manera se confirmó el diagnóstico de lobomicosis. No hubo evidencia de neoplasia (Figuras 4, 5).

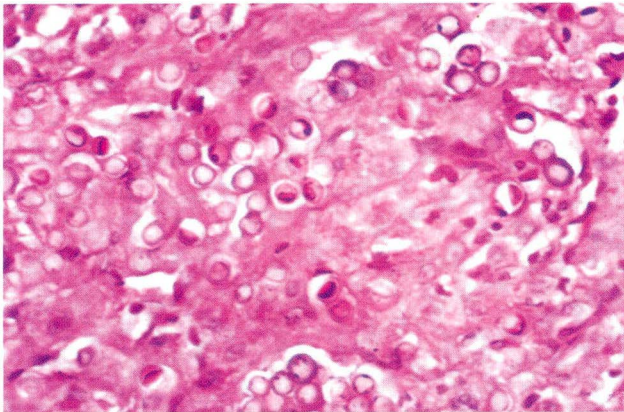


Figura 4

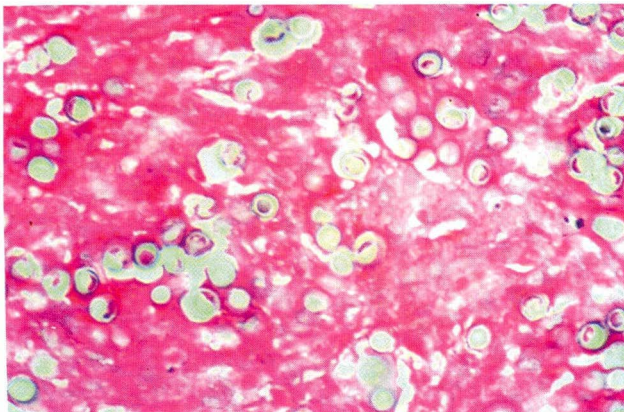


Figura 5

DISCUSIÓN

La lobomicosis (enfermedad de Jorge Lobo o blastomicosis queiloideana) es una micosis cutánea crónica que resulta de la infección por *Lacazia loboi*,¹ un agente que vive en el agua, el suelo y la vegetación, y que no se ha logrado aislar en medios de cultivo. La infección humana ocurre principalmente en países de zonas tropicales y selváticas, en hombres que trabajan en las proximidades de ambientes húmedos y acuáticos como ocurrió en este caso.

Hay reportados cuatrocientos veinticinco casos humanos de lobomicosis, distribuidos principalmente en Brasil, sesenta y tres casos en Colombia y dos en Ecuador.^{4,5} Se han identificado cuatro casos en delfines de la costa de Florida.

Las lesiones de lobomicosis se ven generalmente en áreas expuestas, posterior a un trauma, iniciando como pápulas, placas o nódulos que aumentan en tamaño y número, de superficie lisa que con el tiempo se puede ulcerar o hacerse verrucosa, como en este caso.

La mayoría de los pacientes presentan compromiso de una sola parte del cuerpo. Su diseminación se cree que se debe a autoinoculación. La extensión en una sola extremidad ocurre por propagación linfagítica. La forma menos común es aquella con lesiones a distancia por metástasis hematogena sin afección de órganos internos, debido a la predilección del hongo por áreas frías.² El curso de la enfermedad es lento, crónico y sin remisión espontánea.

Los nódulos queiloideos pueden confundirse con queiloideos o dermatofibrosarcoma protuberans. Las placas podrían ser erróneamente diagnosticadas como lepra tuberculoide reaccional o lepromas que tienden a ser de características inflamatorias. Las pápulas y nódulos pueden semejar leishmaniasis cutánea difusa. Las placas costrosas semejan cromomicosis y esporotricosis; las verrucosas, leishmaniasis, lupus vulgaris y carcinoma escamocelular.³ Algunas lesiones pueden tener degeneración neoplásica, principalmente hacia carcinoma escamocelular infiltrante.⁶ En el caso que presentamos existían lesiones queiloideanas típicas y la histopatología característica de lobomicosis, con lo que se hizo el diagnóstico.

El tratamiento de elección es la escisión quirúrgica o la crioterapia en lesiones localizadas y bien circunscritas. Se han intentado tratamientos sistémicos con antimicóticos como la anfotericina B, el ketoconazol⁷ y el clofazimine, sin obtener resultados en la mayoría de los pacientes.⁸ La distribución de las lesiones de este paciente representa un reto terapéutico.

Creemos de importancia la presentación de este caso para recalcar que esta patología, aunque infrecuente, debe ser considerada como diagnóstico diferencial en lesiones nodulares queiloideas en países tropicales suramericanos. Es necesario continuar el estudio de la lobomicosis para determinar con claridad su mecanismo de diseminación y para obtener un tratamiento eficaz en este tipo de presentación.

Lobomicosis diseminada: Presentación diseminada

Bibliografía

1. Taborda P, Taborda V, Meginnis M. Lacazia Loboii gen.nov., comb.nov., the etiologic agent of Lobomycosis. J.Clin Microbiol 1999; 37:2031-3.
2. Rodríguez G. Enfermedad de Jorge Lobo o Blastomycosis queloideana: nuevos aspectos de la enfermedad en Colombia. Biomédica 1989; 9:133-146.
3. Rodríguez G. Lobomycosis. Int J Dermatol 1993;32:324-332
4. Rodríguez G. Nuevos casos colombianos de Lobomycosis. Biomédica 1994; 14:239-241
5. Rodríguez G. Lobomicosis En Enfermedades infecciosas. Corporación para Investigaciones Biológicas 2002:349-351.
6. Baruzzi RG, Rodríguez DA, Michalony NS. Squamous-cell carcinoma and Lobomycosis. Int J Dermatol 1989; 28: 183-5.
7. Lawrence D, Ajello L. Lobomycosis in Western Brazil: report of a clinical trial with Ketoconazole. Am J Trop Med. 1986; 35: 162-6.
8. Taihari S, Cunha MG, Barros ML. Doença de Jorge Lobo. Estudio de 22 casos novos. Med Cutan IberoLatín Am. 1981; 9: 87-96.