



Paciente con cromomicosis y carcinoma epidermoide insertado

Patient with chromomycosis and inserted squamous cell carcinoma

Yudilsa Sánchez García^{1*} <https://orcid.org/0009-0008-3623-776X>

Jessica Milagros Silvente Alarcón¹ <https://orcid.org/0000-0002-7343-9503>

Midalys Casa de Valle Castro¹ <https://orcid.org/0009-0003-4649-1108>

Marlenis Pérez Bruzón¹ <https://orcid.org/0000-0002-7928-627X>

Bettsy Martínez Cardoso¹ <https://orcid.org/0000-0003-4725-5708>

¹Hospital Militar Central “Dr. Carlos J. Finlay”. La Habana, Cuba.

*Autor para la correspondencia. Correo electrónico syudilsa@gmail.com

RESUMEN

Introducción: La cromomicosis es una micosis subcutánea crónica y granulomatosa, producida por hongos dermatiáceos, que puede afectar con mayor frecuencia a los adultos de entre la segunda y sexta década de la vida. Se adquiere a través de un trauma transcutáneo, que permite que fragmentos de hifas y conidias penetren en la piel.

Objetivo: Presentar un paciente con cromomicosis, carcinoma epidermoide insertado, tratado con éxito con cirugía y antimicótico sistémico.

Caso Clínico: Paciente masculino de 77 años de edad, fototipo I y daño solar grave, con una lesión en placa en el antebrazo derecho, sugestiva de cromomicosis, y un carcinoma epidermoide insertado en la lesión. Se indicó tratamiento antimicótico con itraconazol y exéresis de la lesión tumoral. Seis meses después no se observó recidiva.



Conclusiones: Son infrecuentes los reportes de cromomicosis asociada a carcinoma epidermoide, complicación en lesiones de larga duración, sin tratamiento; sin embargo, en este paciente apareció en lesiones de corta evolución.

Palabras clave: cromomicosis; carcinoma epidemoide; itraconazol.

ABSTRACT

Introduction: Chromomycosis is a chronic, granulomatous subcutaneous mycosis caused by dermatiaceous fungi, which most commonly affects adults between the second and sixth decades of life. It is acquired through transcutaneous trauma, which allows fragments of hyphae and conidia to penetrate the skin.

Objective: To present a patient with chromomycosis, an attached squamous cell carcinoma, successfully treated with surgery and systemic antifungal therapy.

Clinical Case: A 77-year-old male patient with phototype I and severe sun damage, with a plaque-like lesion on the right forearm suggestive of chromomycosis and an attached squamous cell carcinoma. Antifungal treatment with itraconazole and excision of the tumor were indicated. Six months later, no recurrence was observed.

Conclusions: Reports of chromomycosis associated with squamous cell carcinoma are rare, a complication in long-standing, untreated lesions. However, in this patient it appeared in short-term lesions.

Keywords: chromomycosis; squamous cell carcinoma; itraconazole.

Recibido: 31/03/2025

Aprobado: 23/08/2025



INTRODUCCIÓN

La cromomycosis es una micosis profunda, crónica y granulomatosa, de la piel y el tejido celular subcutáneo. Se produce por hongos dermatíaceos de los géneros *Fonsecae* y *Phialosphora*; los más frecuentes son *Fonsecae pedrosoi*, *Fonsecae compacta*, *Phialosphora verrucosa*, *Rinocladiella aquaspersa*, y *Cladospirium carrioni*. El término “cromo” se refiere al color de las formas parasitarias, las células fumagoides; no al color de las lesiones.⁽¹⁾

Es una enfermedad que se distribuye en todo el mundo, el 80 % de los casos en climas tropicales, subtropicales y 20 % en regiones templadas, con marcado predominio en el continente americano.⁽²⁾

Afecta a adultos, entre la segunda y sexta década de la vida, sin distinción por el color de la piel, y con el 90 % de los casos en el sexo masculino. Los hongos causantes son saprófitos; habitan en el suelo, los vegetales y las plantas. Se adquiere a través de un trauma transcutáneo, que facilita la penetración en la piel, de fragmentos de hifas y conidias.⁽³⁾

Clínicamente, aparece una pápula o placa pequeña, que se desarrolla en semanas o meses, se expande hasta manifestarse como placas eritematoescamosas y verrucosas, hiperqueratósicas, con o sin áreas ulceradas, de lento crecimiento.⁽¹⁾ El diagnóstico se basa en tres pilares, clínico-epidemiológico, microbiológico y anatomopatológico.^(4,5) Como complicaciones, los pacientes pueden experimentar dolor, limitación funcional, linfedema, elefantiasis e infecciones bacterianas secundarias.⁽⁶⁾

El tratamiento con itraconazol se encuentra entre los más efectivos, es activo contra varias especies de hongos, se tolera bien, muestra pocos efectos colaterales y no altera los exámenes de laboratorio significativamente.⁽⁷⁾

La enfermedad evoluciona a un estado crónico, de difícil manejo, debido a su naturaleza y a la posible aparición de carcinoma espinocelular en áreas comprometidas. Por este motivo es importante realizar un diagnóstico en etapas tempranas.⁽³⁾

Se presenta este paciente, por el interés debido a su rareza y complejidad diagnóstica. La asociación con carcinoma epidermoide es infrecuente.



CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 77 años de edad, con fototipo de piel I, trabajador agrícola, con antecedentes patológicos personales de enfisema pulmonar. Refiere que, hace aproximadamente un mes, tras ayudar en una obra de construcción, comenzó con una lesión roja en el antebrazo derecho, que aumentó de tamaño gradualmente, hasta extenderse a gran parte del antebrazo, se acompañó de prurito ligero.

El paciente se hospitalizó para estudiar e identificar la causa de la lesión.

Examen dermatológico: se observó fotodaño solar grave, con erupción localizada en la cara posterior del antebrazo derecho, dada por una placa de bordes bien definidos, de aproximadamente 10 cm de largo y 4 cm de ancho, con escamas secas, de color blanquecino, adheridas, áreas exulceradas con secreción serosa escasa y costras hemáticas que asientan sobre una base eritematosa de gran intensidad. Además, presentaba una lesión nodular eritematosa, de 0,5 cm de diámetro y superficie lisa, sobre la placa descrita (Fig. 1).



Fig. 1- Fotografía del antebrazo, con erupción localizada en forma de placa y la lesión nodular (carcinoma epidermoide).

Los exámenes complementarios de hemoquímica y el hemograma estaban con parámetros normales. Se realizó una biopsia de la piel, que informó cromomicosis, en la primera muestra (Fig.



2); en una segunda muestra, informó carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado, bien resecado.



Fig. 2 - Células fumagoides, hiperplasia pseudocarcinomatosa, infiltrado inflamatorio crónico grave, linfoplasmocitario.

Se indicó tratamiento con itraconazol (100 mg), a razón de 200 mg diarios, por 4 semanas; se observó mejoría clínica evidente de las lesiones. Se realizó excéresis de la lesión nodular (Fig. 3).



Fig. 3 - Fotografía evolutiva del antebrazo, postratamiento.



COMENTARIOS

La cromomycosis tiene un carácter cosmopolita;⁽⁸⁾ se considera una enfermedad ocupacional, que prevalece entre los trabajadores rurales, en contacto directo con el hábitat del hongo.⁽⁹⁾ Al desarrollarse en el sitio de un traumatismo transcutáneo, permite la fase saprofitaria del hongo. En el lugar de la inoculación aparece una pápula o placa, que se desarrolla en semanas o meses y adquiere la forma verrucosa, que puede infectarse, provocar linfedema, elefantiasis o dar lugar a carcinoma epidermoide en lesiones de larga evolución, sin tratamiento, debido a la fibrosis y atrofia a de la piel, según evidencian algunos trabajos.^(10,11)

Hay referencias de la implicación de hongos en la patogenia de más de 35 tipos de cáncer.⁽¹²⁾ De forma excepcional esta infección puede afectar los pulmones, ganglios linfáticos y el cerebro, debido a diseminación linfática o hematógena.^(8,12,13) Dentro de los diagnósticos diferenciales que se tienen en cuenta se encuentran: tuberculosis cutánea verrucosa, lesiones por micobacterias atípicas y las piodermitis vegetantes.^(13,14,15)

Los antimicóticos más utilizados para el tratamiento son itraconazol oral, terbinafina, tiabendazol, ketoconazol, anfotericina y fluconazol. Otras alternativas terapéuticas son: crioterapia con nitrógeno líquido, electrodesecación local, radioterapia, láser de CO₂, terapia fotodinámica y tratamiento quirúrgico.⁽¹²⁾

En este caso en particular, con lesiones cutáneas de cromomycosis de corta evolución y carcinoma epidermoide de crecimiento inusual, contrario a su progresión típica lenta, plantea la duda de si coexistieron ambas afecciones, o si los hongos dermatiáceos, en el contexto del daño solar grave y múltiples queratosis actínicas, influyeron en el desarrollo rápido del tumor.

Resulta esencial considerar en pacientes con cromomycosis cutánea, el riesgo de malignización para un diagnóstico temprano. Esta asociación es infrecuente.

Además, resulta difícil tratar a los pacientes con cromomycosis, que presenten además una complicación como el carcinoma epidermoide. Se necesita obtener la curación clínica, micológica



y del tumor; por esto es fundamental realizar un tratamiento combinado y tener en cuenta las particularidades de cada caso.

Son infrecuentes los reportes de cromomicosis asociada a carcinoma epidermoide, complicación en lesiones de larga duración, sin tratamiento; sin embargo, en este paciente apareció en lesiones de corta evolución.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Wattiez V, García J, Aquino N, Insaurrealde S, Mendoza G, Celias Luis, et al. Cromomicosis: casuística del Servicio de Dermatología del Hospital Nacional, periodo 1991- 2015 [Internet]. Rev. virtual Soc. Parag. Med. Int. 2017; 4(2): 27-33. DOI: 10.18004/rvspmi/2312-3893/2017.04(02)27-033
2. González M, Morales S, Morales T. Cromomicosis. Presentación de un paciente [Internet]. Mediceletrónica. 2013 [acceso: 08/10/2024]; 17(3):133-7. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432013000300008&lng=es
3. Ventura R, Failoc V, Silva H. Cromoblastomicosis: características clínicas y microbiológicas de una enfermedad desatendida [Internet]. Rev. chil. infectol. 2017;34(4):404-7. DOI: 10.4067/s0716-10182017000400404
4. García D, López M, Adjudah C. Diagnóstico microbiológico en un paciente con cromomicosis [Internet]. Mediceletrónica. 2020 [acceso: 20/01/2025]; 24 (3):691-8. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432020000300691&lng=es
5. Muñoz V, Rochin M, Rubio M, Omaña M, Rodríguez J. Micetoma y cromoblastomicosis simultáneamente. Reporte de un caso [Internet]. Med Cutan Iber Lat Am. 2021 [acceso: 18/08/2022]; 49(1):46-50. Disponible en: <https://hospital.uas.edu.mx/dermatologia/01.%20Articulos/Art.%202021%20Caromo-%20micetoma.pdf>
6. Marques SG, Bomfim MRQ, Azevedo C de MPS, Martins CVB, Marques ACG, Goncalves AG, et al. Mixed secondary bacterial infection is associated with severe lesions of



- chromoblastomycosis in a neglected population from Brazil [Internet]. *Diagn Microbiol Infect Dis*. 2019; 95(2):201-7. DOI: 10.1016/j.diagmicrobio.2019.05.018
7. Larrondo RJ, Gray O, Abreu A, Bonito D. Cromomicosis. Estudio de un decenio. Hospital Universitario Comandante Manuel Fajardo. 1996-2005 [Internet]. *Folia Dermatol Cubana*. 2009 [acceso: 26/07/2013]; 3(2): [aprox. 8 p.]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/fdc/vol3_2_09/fdc07209.htm
8. Wang Y, Yiwen Wang, Yuhang Zhou Y. Tumor-related fungi and crosstalk with gut fungi in the tumor microenvironment [Internet]. *Cancer Biol Med*. 2024. 21(11):977-94. DOI: 10.20892/j.issn.2095-3941.2024.0240
9. Jahr C, Peruilh L, Jiménez M, Bobadilla F, Segovia L. Cromoblastomycosis. Primer caso alóctono tratado en Chile [Internet]. *Rev Chilena Infectol*. 2022 [acceso: 08/08/2022]; 39(3):349-53. Disponible en: <https://www.revinf.cl/index.php/revinf/article/view/1378/767>
10. Burstein Z. Cromomicosis: Clínica y tratamiento; situación epidemiológica en Latinoamérica [Internet]. *Rev. perú. med. exp. salud pública*. 2004 [acceso: 15/01/2025]; 21(3): 167-75. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342004000300008&lng=es
11. Collazo H, González E, Pardillo AG, Collazo Y. Amputación interescapulotorácica por cromomicosis y carcinoma epidermoide [Internet]. *Rev Cubana Ortop Traumatol*. 2001 [acceso: 08/10/2024]; 15(1-2): 27-31. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-215X2001000100004&lng=es
12. Simran S, Ejaj K. P. Intratumor fungi specific mechanisms to influence cell death pathways and trigger tumor cell apoptosis [Internet]. *Cell Death Discovery*. 2025; 11:188. DOI: 10.1038/s41420-025-02483-z
13. Flores SL, Ferrá T, Florat D, Gabriel Y. Cromomicosis: presentación de un caso [Internet]. *Revista Archivo Médico de Camagüey*. 2018 [acceso: 18/08/2022]; 22(2):224-30. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/2111/211159713012/html/>



14. Botello, HM, Vanden en den L, Jaramillo F, Marulanda MA. Cromomycosis, una enfermedad tropical olvidada [Internet]. Rev Asoc Colomb Dermatol. 2021 [acceso: 18/08/2022]; 29(1):45-55. Disponible en: <https://revista.asocolderma.org.co/index.php/asocolderma/article/view/1590>
15. Queiróz AJR, Pereira F, Antônio JR. Chromoblastomycosis: clinical experience and review of literature [Internet]. Int J Dermatol. 2018; 57(1):1351-5. DOI: 10.1111/ijd.14185

Conflictos de interés

Los autores declaran que no existen conflictos de interés.

Información financiera

Se declara que no hubo financiamiento para realizar este trabajo.

Disponibilidad de datos

Los datos utilizados para esta presentación corresponden al Hospital Militar Central “Dr. Carlos J. Finlay”.