

Presentación de un caso de lobomicosis

Presentación de un caso de lobomicosis

José Johani García G.
Mario Robledo V.
Luis Alfonso Correa L.
Sandra Helena Yepes R.
Gloria Sanclemente M.

RESUMEN

La lobomicosis es una infección causada por el hongo *Loboa lobo*, que comparte antígenos comunes con la paracoccidioidomicosis y que afecta principalmente a personas en contacto con un ambiente húmedo. Se presenta el caso de un agricultor de 61 años, con dos años de evolución de nódulos en el dorso de la mano.

Palabras clave: lobomicosis, *Loboa lobo*

HISTORIA CLÍNICA

Hombre de 61 años, raza negra, residente en Pasto. Como antecedente de importancia trabajó por varios años en el cultivo de arroz. Consultó a nuestro servicio por lesiones nodulares de dos años de evolución, algunas de ellas ulceradas, que se agrupaban en el dorso de la muñeca derecha.

Al examen físico se observaron tres nódulos de aproximadamente 2 a 3 cm de diámetro, algunos de superficie lisa y brillante. Presentaba además una zona ulcerada y costrosa, con áreas de hipopigmentación (Figura 1).

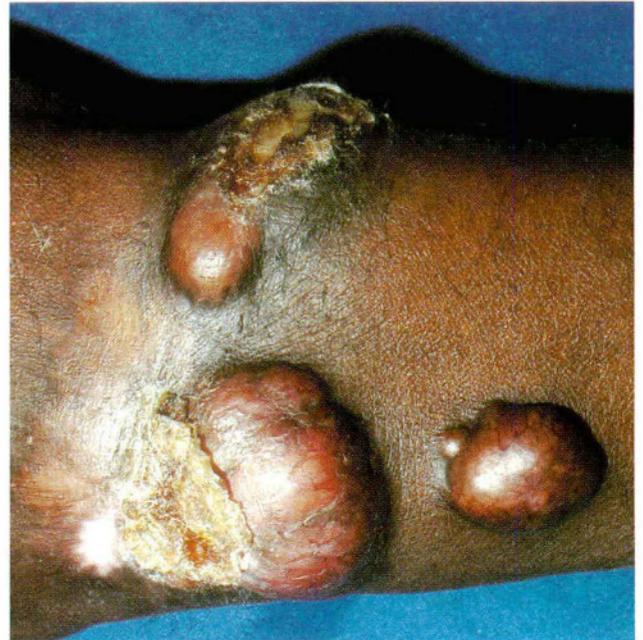


Figura 1. Nódulos, dos de ellos de superficie ulcerada, en el dorso de la muñeca derecha.

José Johani García G., Dermatólogo Universidad de Antioquia, Medellín.

Mario Robledo V., Docente de Patología, Universidad de Antioquia.

Luis Alfonso Correa L., Docente Dermatopatología, Universidad de Antioquia.

Sandra Helena Yepes R., Dermatóloga. Universidad de Antioquia.

Gloria Sanclemente M., Docente Dermatología, Universidad de Antioquia

Correspondencia: José Johani García, G., Hospital San Vicente de Paúl. Tel.: 212 5921. Correo electrónico: jjgg91@latin mail.com

Con las impresiones diagnósticas de lobomicosis, esporotricosis y dermatofibrosarcoma *protuberans* se le realizó biopsia de piel.

En la biopsia se encontraron levaduras de gran tamaño, de forma redondeada que ocupaban todo el corion cutáneo. Las coloraciones de PAS y plata metenamina resaltaron las características morfológicas del hongo, confirmando el diagnóstico de lobomicosis (Figura 2).

El paciente fue remitido a su sitio de residencia para el respectivo manejo quirúrgico.

Presentación de un caso de lobomicosis

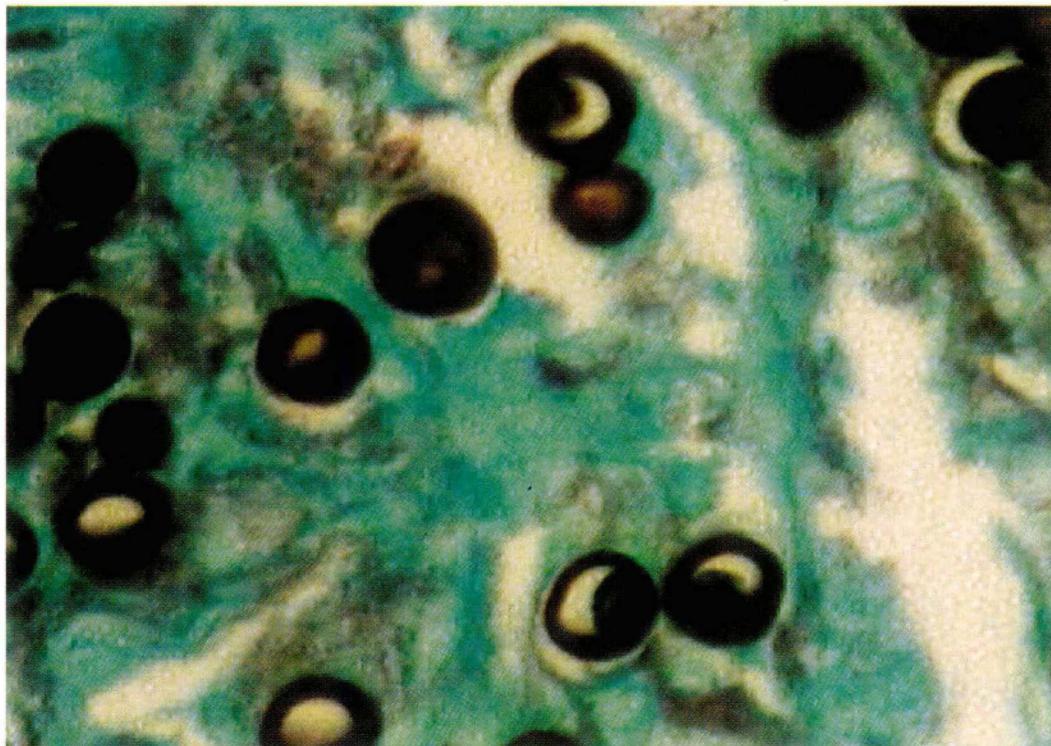


Figura 2. La coloración de plata metenamina (40x) resalta la presencia de esporas esféricas, de tamaño uniforme de *Loboia loboia*.

DISCUSIÓN

La lobomicosis es una micosis poco frecuente causada por el hongo *Loboia loboia*. Fue descrita en 1930 por Jorge Lobo en Recife (Brasil), quien inicialmente la consideró como una forma de paracoccidoidomicosis y por su apariencia la llamó blastomicosis queiloidea. Esta infección sólo se ha descrito en hombres y delfines.¹ Al agente etiológico se le han asignado diversos nombres a lo largo de la historia, dentro de los que se incluyen: *Glenosporella loboia*, *Paracoccidoides loboia*, *Lobomyces*. Recientemente se ha propuesto llamarlo *Lacazia loboia*, porque los otros nombres hacen relación al *Loboia loboia* como miembro de la familia del Paracoccidoides, cuando en realidad se trata de dos hongos diferentes.^{2,3} Este hongo es patógeno obligado de humanos y delfines de agua dulce (*Sotalia fluviatilis*) y de mar (*Tursiops truncatus*). Adicionalmente comparte antígenos con *Paracoccidoides brasiliensis*, de los cuales el encontrado con mayor frecuencia corresponde a un antígeno de 43 kD. Hasta el momento no se ha podido cultivar *in vitro*, aunque se ha

logrado inocular experimentalmente en humanos, tortugas, hámsters y armadillos.⁴

Esta infección se ha informado en países de Centro y Sur América, entre ellos Brasil, Colombia, Venezuela, Guyana Francesa, Bolivia, Ecuador, Perú, Surinam, Costa Rica, Panamá, como también en México y un caso en Estados Unidos y otro en Europa.⁵ El primer caso colombiano fue descrito en Cali por Correa.⁶

La enfermedad ocurre en bosques húmedos tropicales localizados a 200 metros sobre el nivel del mar, una temperatura media anual mayor de

24°C y lluviosidad mayor de 2.000 mm. Afecta principalmente a agricultores, cazadores, pescadores, mineros, y en general a personas que estén en contacto con ambientes húmedos, como sucedió con nuestro paciente que fue cultivador de arroz por varios años. Se ha identificado una tribu en Mato Grosso, Brasil (indios Cayabi), que reporta una alta incidencia de esta infección.

Con frecuencia los pacientes afectados refieren un trauma previo.^{1,4} El microorganismo causa una infección granulomatosa crónica que compromete la piel y el tejido celular subcutáneo. La infección es de curso crónico (puede durar hasta 50 años), y empieza como una pápula, placa o nódulo solitario no inflamatorio que luego se torna múltiple y diseminado. Su superficie es lisa, brillante, y de consistencia firme o elástica. En general la entidad es asintomática, aunque se puede ulcerar posterior a un trauma. En nuestro caso no había antecedente de trauma que explicara su ulceración. Adicionalmente se puede presentar autoinoculación, lo que disemina las lesiones. Su ubica-

Presentación de un caso de lobomycosis

ción es variable y se ha descrito principalmente en extremidades superiores (20%), extremidades inferiores (33%) y el pabellón auricular de un solo lado (26%), en general en zonas distales con menor temperatura con relación al resto del cuerpo. Aunque no se ha descrito la presentación de linfangitis, se ha reportado linfadenopatía en un 10% a 25% de los casos. No se ha descrito diseminación visceral, aunque a un paciente de Costa Rica se le encontró compromiso testicular.^{1,3} Se ha descrito la transformación carcinomatosa en cicatrices antiguas principalmente en los indios Cayabi.

El diagnóstico se realiza con el examen directo (KOH al 10%), calcoflúor o por biopsia de piel. En esta última se observan esporas esféricas, muy uniformes en tamaño, con membrana birrefringente y gemación múltiple y única. Estas estructuras son poco evidentes con la hematoxilina y eosina, pero se logran resaltar con el uso de coloraciones de PAS y plata metenamina, como sucedió con nuestro caso. Este hongo tiene melanina constitutiva en su pared, lo que hace que sea más evidente con la coloración de Fontana Masson. En algunas muestras se pueden identificar cuerpos asteroides que son inespecíficos.³

Los diagnósticos diferenciales incluyen: queloides, fibromas, neurofibromas, dermatofibrosarcoma protuberans, lepra lepromatosa histioide, metástasis cutáneas, cromomycosis y carcinoma verrucoso.¹

Hasta el momento no existe tratamiento totalmente efectivo. Se ha utilizado la resección quirúrgica de la lesión, incluyendo amplios márgenes de piel sana; no obstante, las recidivas son frecuentes. Nuestro paciente, luego del diagnóstico, fue remitido a su sitio de origen para el tratamiento quirúrgico y no ha regresado a control, por lo que no conocemos cuál es su estado actual. En algunos reportes de la literatura se ha utilizado el clofazimine como opción terapéutica, sobre todo ante lesiones extensas.⁵

SUMMARY

Lobomycosis is an infection caused by the fungus *Loboa lobo*, which has common antigens with *Paracoccidioides brasiliensis*, and affects mainly persons who are in contact with a moist environment. A case of a 61 year-old male from Pasto (Colombia) is presented.

Key words: lobomycosis, *Loboa lobo*.

Presentación de un caso de lobomicosis

BIBLIOGRAFÍA

1. Brun AM, Lobomycosis in three venezuelan patients. Int J Dermatol, 1999; 38: 302-305.
2. Taborda P, Taborda V, McGinnis M. *Lacazia loboi* gen. Nov., comb. Nov., the etiologic agent of lobomycosis. J Clin Microbiol 1999; 37: 2031-2033.
3. Robledo M. Enfermedad de Jorge Lobo (blastomicosis queloidiana), presentación de un nuevo caso colombiano. Mycopathol et Mycol applicata, 1965; 25: 373-380.
4. Camargo ZP, Baruzzi RG, Maeda SM, Floriano MC. Antigenic relationship between *Loboa loboi* and *Paracoccidioides brasiliensis* as shown by serological methods. Med Mycol 1998; 36: 413-417.
5. Burns R, Roy JS, Woods C, Padhye AA, et al. Report of the first human case of lobomycosis in the United States. J Clin Microbiol. 2000; 38:1283-1285.
6. Correa P. Blastomicosis queloidiana. Rev Latinoamer Anat. 1958; 2: 139-143.