

## Lobomicosis: reporte de un caso

### *Lobomycosis: A case report*

**Johanna Luna-Hernández<sup>1</sup>, Janeth Villanueva-Reyes<sup>2</sup>, Luis Fernando-Balcázar<sup>3</sup>**

#### RESUMEN

La lobomicosis es una infección cutánea y subcutánea producida por la levadura *Lacazzia loboi*, que se presenta predominantemente en regiones tropicales, y se caracteriza por la presencia de lesiones nodulares de aspecto queloidiano, de evolución crónica. El diagnóstico se realiza a través del examen directo para hongos o por hallazgos histopatológicos, tinción de PAS y Gomori-Grocott. El hongo no se ha podido cultivar in vitro. El tratamiento para lesiones pequeñas es la escisión quirúrgica o la criocirugía. En lesiones extensas se ha descrito el uso de clofazimina, itraconazol, 5-fluorocitosina, ketoconazol, anfotericina B y sulfonamidas de eliminación lenta. El pronóstico es bueno, con recurrencias tardías. Se reporta el caso de un hombre de 51 años, proveniente de zona rural, quien presentó una lesión típica de esta enfermedad en el dorso de la mano.

**PALABRAS CLAVE.** Lobomicosis, *Lacazzia*, micosis, piel.

#### ABSTRACT

*Lobomycosis is a skin infection caused by the yeast *Lacazzia loboi*. It occurs predominantly in tropical regions and is characterized clinically by the presence of nodular lesions similar to keloids, of chronic evolution. Diagnosis is made through direct examination or histopathological findings, PAS and Grocott-Gomori staining. The fungus has not been cultured in vitro so far. Treatment for small lesions is surgical excision or cryosurgery. In extensive lesions the use of clofazimine, itraconazole, 5-fluorocytosine, ketoconazole, amphotericin B and slow-elimination sulfa compounds has been described. The prognosis is good with late recurrences. A case of a 51-year-old from a rural area, who had a typical lesion of this disease on the back of his hand is presented.*

**KEY WORDS.** *Lobomycosis*, *Lacazzia*, mycoses, skin.

#### INTRODUCCIÓN

La lobomicosis fue descrita por primera vez en un hombre de 52 años proveniente de la región amazónica, por el dermatólogo brasileño Jorge Lobo en 1931, en Recife (Brasil). La denominó blastomicosis queloidiforme, por la apariencia queloidiana de las lesiones.<sup>1-3</sup> Por la similitud de las características morfológicas y antigénicas de este hongo con *Paracoccidioides braziliensis*, se denominó inicialmente *Paracoccidioides loboi*, pero su denominación taxonómica ha variado a lo largo del tiempo, y en la actualidad *Lacazzia loboi* es el nombre más aceptado.<sup>1,3</sup>

En el mundo hay reportados cerca de 500 casos, la mayoría provenientes de Latinoamérica, especialmente de Brasil. Desde 1958 hasta 1982, hubo nueve casos publicados en Colombia y hasta la fecha se han reportado aproximadamente 50 casos.<sup>3,4</sup>

#### CASO CLÍNICO

Se presenta el caso de un hombre de 51 años, procedente de Buenaventura, que consulta al servicio de Dermatología por presentar una lesión en el dorso de la mano derecha, de

1 Residente Dermatología Universidad del Valle

2 Dermatóloga- Micóloga Universidad del Valle

3 Dermatólogo Universidad del Valle. Procedencia: Servicio Dermatología HUV- Universidad del Valle.

crecimiento progresivo, asintomática, con limitación de la movilidad local.

Como antecedentes de importancia el paciente trabaja cortando madera y es fumador de 6 cigarrillos/d desde hace más de 30 años, el resto de antecedentes son negativos.

Al examen físico se observa un paciente fototipo VI, con múltiples lesiones nodulares confluentes, de 7,0 por 4,5 cm de diámetro, ubicadas en dorso de mano derecha, de aspecto queloidiano, con zonas de color xantomatoso y otras eucrómicas, algunas áreas costrosas y retracciones, no dolorosa a la palpación. (Figura 1).

Por los hallazgos al examen físico se hizo una impresión diagnóstica de lobomicosis vs. fibroxantoma atípico.

Se solicitó radiografía de mano derecha, la que fue informada con normalidad de las estructuras óseas y articulares. (Figura 2).



Figura 2. Radiografía de mano derecha normal.



Figura 1. Lesión tumoral en el dorso de mano derecha, de aspecto queloidiano.

El examen directo para hongos (KOH) de la lesión mostró abundantes levaduras esféricas, con pared doble, gruesa y refringente, algunas agrupadas en cadenas y unidas por finos puentes. (Figura 3).

La biopsia de piel reportó adelgazamiento de la epidermis; en la dermis una reacción granulomatosa crónica con presencia de células gigantes multinucleadas y abundante cantidad de fibras de colágeno dispuestas desordenadamente, así como formaciones ovoides refringentes en abundante cantidad que se disponen en grupos y cadenas. (Figura 4).

Se realizaron tinciones de Gomori-Grocott (Figura 5) y PAS (Figura 6) que fueron positivas, evidenciando las levaduras más fácilmente.

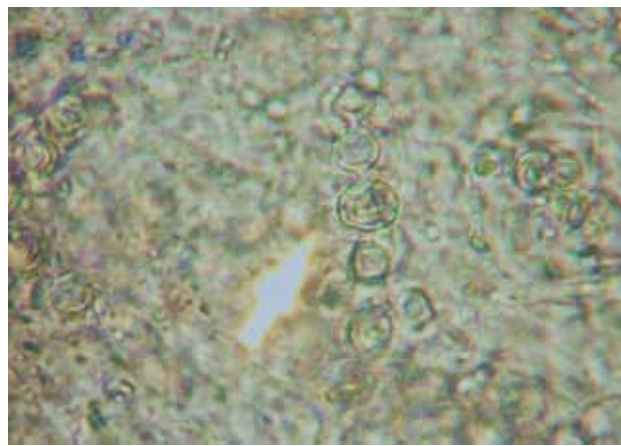
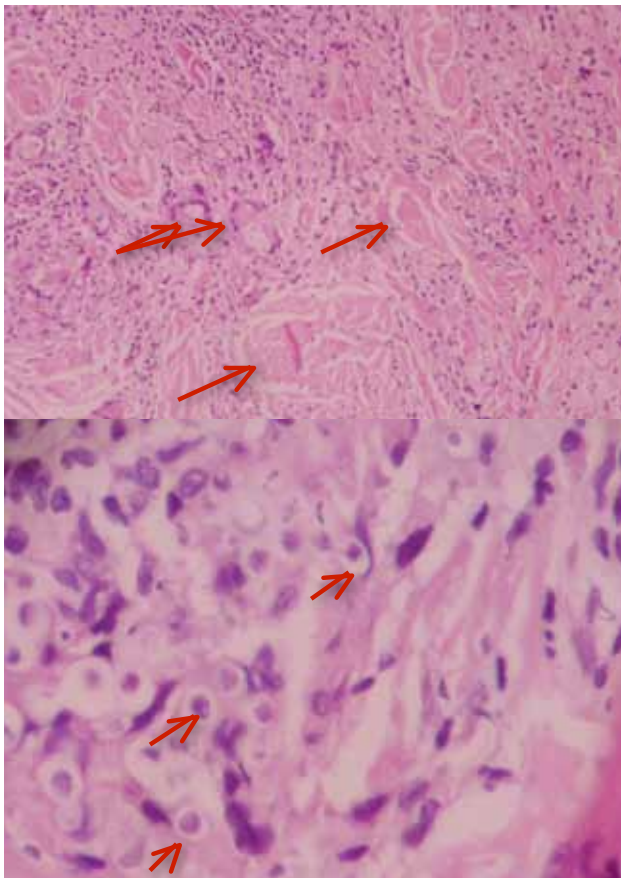


Figura 3. KOH de la lesión con levaduras esféricas, agrupadas en cadenas y unidas por finos puentes.



**Figura 4.** Histopatología hematoxilina-eosina. A) 10x. B) 40x: formaciones ovoides refringentes en abundante cantidad dispuestas en grupos y cadenas.

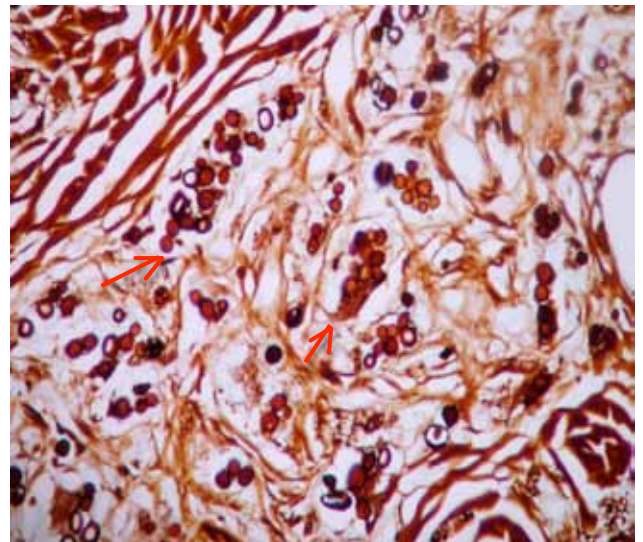
Con todos estos hallazgos se realiza el diagnóstico de lobomicosis queloidiana y se inicia el manejo con criocirugía e itraconazol 200 mg/d. Se desconoce la duración del tratamiento y la evolución del paciente, debido a que no regresó a la consulta de control.

## DISCUSIÓN

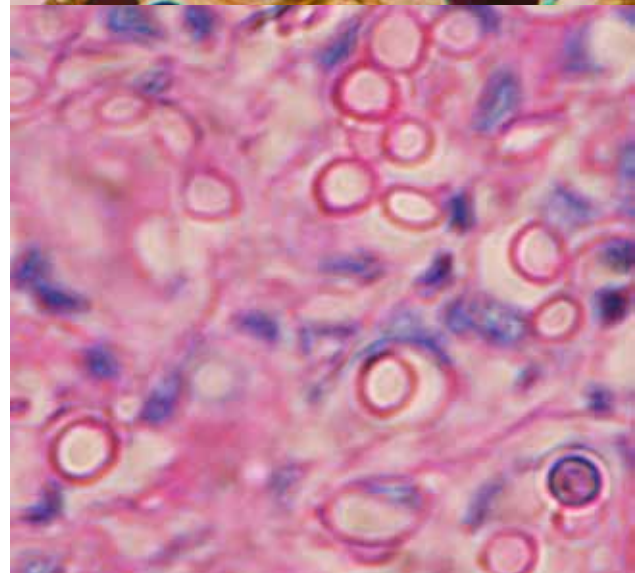
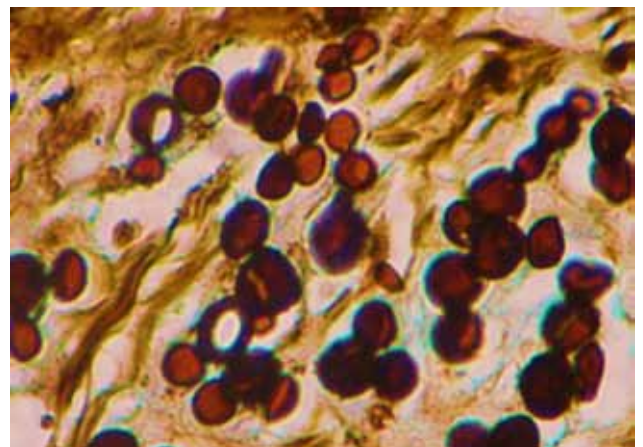
La lobomicosis es una micosis cutánea y subcutánea causada por *Lacazzia loboi*, que se caracteriza por lesiones nodulares de aspecto queloidiano, de evolución crónica.<sup>1-7</sup>

*Lacazzia loboi* es levadura en su forma parasitaria, y reside predominantemente dentro de las vacuolas de los macrófagos. Tiene melanina en su pared lo que le confiere resistencia a la digestión por parte de estos, lo cual contribuye a su cronicidad. Vive como saprófito en el agua, suelo y vegetación y se cree que se introduce directamente en la piel por inoculación traumática.<sup>1,3,8</sup>

Predomina en áreas tropicales y subtropicales, con temperatura entre 19 °C y 34 °C (en promedio 24 °C), altura



**Figura 5.** Tinción de Gomori-Grocott 40x.



**Figura 6.** A) Tinción de PAS 10x. B) 40x.

mayor a los 200 m sobre el nivel del mar y una pluviosidad de 1 000 a 2 500 mm/año.<sup>1,3,4</sup>

La presentación clínica más común es la nodular o queiloideana, pero hay descritas otras variantes clínicas: infiltrativa, gomosa, ulcerosa, verrugosa, tumoral, esclerodermiforme, macular y en placas.<sup>1,3,7</sup>

Afecta principalmente áreas expuestas como los pabellones auriculares y extremidades superiores e inferiores; respeta mucosas y escapo. Puede asociarse a prurito, ardor, sensibilidad al tacto, hipoestesia o anestesia. Los ganglios linfáticos se ven comprometidos en 10% a 25% y se extiende por contigüidad o diseminación linfática.<sup>3,7</sup>

El examen directo para hongos (KOH) muestra abundantes levaduras de 6 a 12  $\mu\text{m}$ , de paredes gruesas, con doble contorno, refringentes, que adoptan un patrón en rosario o en cadenas y que se reproducen mediante gemación. Este hongo no ha sido cultivado in vitro.<sup>1-7</sup>

En la histopatología se observa epidermis normal, atrófica o hiperplasia pseudoepiteliomatosa, con presencia del microorganismo dentro del estrato córneo por eliminación transepidermica.<sup>9</sup> En la dermis, el infiltrado inflamatorio es granulomatoso con presencia de histiocitos espumosos, células gigantes, linfocitos perivasculares y cuerpos asteroides. La necrosis casi siempre está ausente. Hay zona de Grenz. Las levaduras se tiñen débilmente con H-E, pero se evidencian mejor con tinciones de PAS y Gomori-Grocott.<sup>1,3,5,7</sup>

El tratamiento de elección para las lesiones pequeñas es la escisión quirúrgica y como alternativa se ha utilizado la criocirugía. En lesiones más extensas se ha reportado el uso de clofazimina, itraconazol, 5-fluorocitosina, combinación de clofazimina con itraconazol, ketoconazol, anfotericina

B y sulfonamidas de eliminación lenta con resultados variables.<sup>1,3,6,7,10</sup>

El pronóstico es benigno, con una evolución crónica y recurrencias tardías.<sup>3</sup>

## CONCLUSIÓN

Se describe el caso de un paciente con lobomicosis queloidiana confirmado por histopatología y examen directo para hongos (KOH) de la lesión, con una presentación clínica típica de esta micosis subcutánea, que es casi exclusiva de América Latina, de curso crónico, con recurrencias comunes y sin tratamiento eficaz.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ramos e Silva M, et al. Lobomicosis. Literature review and future perspectives. *Actas dermosifiliogr.* 2009;100: Supl.1:92-100
- Fonseca JJ. Lobomycosis. *Int J Surg Pathol.* 2007;15(1):62-3.
- Arenas R. *Micología médica ilustrada*. Tercera edición. McGraw-Hill. 2008;15: 174-178.
- Mogollón J. Lobomicosis. Presentación de un caso y revisión de la literatura colombiana. *Mycopathologia.* 1982;80:65-72.
- Paniz-Mondolfi A. Lobomycosis in Venezuela. *Internat J Dermatol.* 2007;46:180-185.
- Woods W. Ten years experience with Jorge Lobo's disease in the state of Acre, amazon region, Brazil. *Rev Inst Med Trop. Sao Paulo.* 2010;52(5):273-278.
- Brito AC, Quaresma JAS. Lacaziose (doença de Jorge Lobo): revisão e atualização. *An Bras Dermatol.* 2007;82:461-74.
- Miranda MFR, Unger DAA, de Brito AC, Carneiro FAR. Jorge Lobo's disease with restricted labial presentation. *An Bras Dermatol.* 2011;86(2):373-4.
- Miranda MFR, Costa VS, Bittencourt MJS, Brito AC. Eliminação transepidermica de parasitas na doença de Jorge Lobo. *An Bras Dermatol.* 2010;85(1):39-43.
- Carneiro FP, Maia LB, Moraes MA, de Magalhães AV, Vianna LM, Zancanaro PC, Reis CM. Lobomycosis: diagnosis and management of relapsed and multifocal lesions. *Diagn Microbiol Infect Dis.* 2009;65(1):62-4.

Correspondencia: Johanna Luna Hernández  
 lunajo33@hotmail.com  
 Servicio Dermatología HUV- Universidad del Valle  
 Dirección: Calle 5 No 36- 08  
 Telefax: 5147280  
 Celular: 311 645 68 70