

**Dra. Julia Cabezas-Arteaga**

Dermatóloga, CEPI-Centro de la Piel, Quito, Ecuador

**Dr. Ricardo Ojopi**

Dermatólogo, Hospital Obrero Nro 9, Pando, Bolivia

**Dr. Martin Sanguenza**

Consultorio de Patología, La Paz, Bolivia

## **Diagnostico**

### **Lobomicosis o Lacaziosis**

#### **Definición**

La lobomicosis, también conocida como blastomicosis queiloidea, es una enfermedad infecciosa, rara, crónica y granulomatosa causada por un hongo en su forma levaduriforme denominado *Lacazia loboi*. Fue descrita en 1931 por el dermatólogo brasileño Jorge Lobo en Recife-Pernambuco, Brasil.

#### **Epidemiología**

Esta micosis profunda, afecta principalmente hombres, adultos, viajeros o con ocupaciones al aire libre y que están en contacto con el suelo y las plantas. Es endémica de regiones con selva tropical, climas cálidos y húmedos en América Central y del Sur. La mayoría de casos en la región se han reportado en Brasil, seguido por Colombia.

Se trata de una entidad con alta morbilidad debido a su cronicidad ya que los microorganismos son resistentes a la digestión de los macrófagos, sumado a anomalías en la respuesta inmune celular. La *Lacazia loboi*, clasificada genéticamente dentro de la división *Ascomycetes*, clase *Onygenales*, es un microorganismo que no se ha podido cultivar rutinariamente *in vitro* pero se considera un hongo dimórfico, hidrofílico que afecta a los humanos y a los delfines.

#### **Cuadro clínico**

El cuadro clínico es crónico y variado con predominio de nódulos que recuerdan cicatrices queloides. Se han descrito casos con lesiones tipo pápulas, placas y nódulos discrómicos; así como gomas, placas verrugosas, cicatrices y úlceras que afectan la cabeza (predominantemente las orejas) y extremidades. Se ha descrito también una forma diseminada. Las lesiones

pueden ser tanto asintomáticas como dolorosas. No se ha reportado involucramiento sistémico.

### **Diagnóstico**

El diagnóstico es realizado a través del examen microscópico directo en KOH y examen anatomopatológico. En el examen microscópico directo se observan estructuras redondas de 4 a 15  $\mu\text{m}$ , con pared refringente, aisladas o formando cadenas debido a su reproducción por gemación simple. En el examen anatomopatológico de biopsia cutánea encontramos en el H&E atrofia en la epidermis y en ocasiones microorganismos en el estrato corneo debido a su posible eliminación transepidérmica; la hiperplasia pseudoepiteliomatosa es común si las lesiones son vegetantes o verrugosas, o si la biopsia fue tomada del borde de la una úlcera. En la dermis puede observarse una *zona de grenz* bien demarcada, que separa a la epidermis del infiltrado granulomatoso que contiene macrófagos, células gigantes, linfocitos y plasmocitos. Pueden observarse histiocitos espumosos con múltiples microorganismos en su citoplasma. La luz polarizada y la tinción con PAS facilitan la observación de figuras capsulares que pueden estar en cadena simple. Se utiliza también la tinción con Grocott-Gomori.

### **Diagnóstico diferencial**

El diagnóstico diferencial de las lesiones infiltradas y nodulares, especialmente cuando están en las orejas, es con la lepra lepromatosa, cicatrices queloideanas y leishmaniasis cutánea en su forma anérgica. Las formas vegetantes y verrugosas deben ser diferenciadas de otras micosis profundas como la esporotricosis, cromomicosis, paracoccidioidomicosis y de tumores como el dematofibrosarcoma protuberans, carcinoma escamocelular y cacinoma basocelular.

### **Tratamiento y pronóstico**

El tratamiento es difícil debido a las recurrencias. La escisión quirúrgica con márgenes es de primera elección cuando la lesión es pequeña, sin embargo ocurren recidivas. El uso de esquemas anti fúngicos sistémicos como la

clofazimina e itraconazol, así como el uso de posaconazol han sido descritos como satisfactorios. La criocirugía puede ser empleada como coadyuvante en el tratamiento quirúrgico como en el medicamentoso. Es importante el seguimiento clínico de estos pacientes por cuenta de las recidivas incluso después de años y por su curso deformante.

### **Bibliografía:**

1. Araújo MG, Cirilo NS, Santos SNMBD, Aguilar CR, Guedes ACM. Lobomycosis: a therapeutic challenge. *An Bras Dermatol*. 2018;93(2):279-281. doi:10.1590/abd1806-4841.20187044
2. Ramírez-Soto M, Malaga G. Subcutaneous mycoses in Peru: a systematic review and meta-analysis for the burden of disease. *Int J Dermatol*. 2017;56(10): 1037-1045. doi:10.1111/ijd.13665
3. Bustamante B, Seas C, Salomon M, Bravo F. Lobomycosis successfully treated with posaconazole. *Am J Trop Med Hyg*. 2013;88(6):1207-1208. doi:10.4269/ajtmh.12-0428