



UNIVERSIDAD  
CATÓLICA  
DE CUENCA

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA**

*Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo*

**UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR**

**CARRERA DE MEDICINA**

**CROMOBLASTOMICOSIS: REPORTE DE CASO**

**PROYECTO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL  
TÍTULO DE MÉDICO**

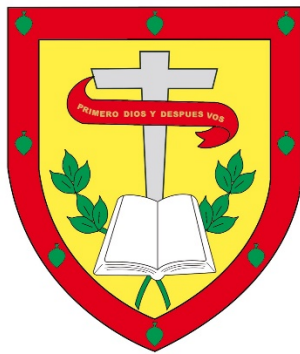
**AUTOR: DIANA PRISCILA LLIVICHUZCA INGA**

**DIRECTOR: DR. CARLOS ROLANDO ESPINOZA CÁRDENAS**

**CUENCA - ECUADOR**

**2025**

**DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO**



**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA**

*Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo*

**UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR**

**CARRERA DE MEDICINA**

**CROMOBLASTOMICOSIS: REPORTE DE CASO**

**PROYECTO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL  
TÍTULO DE MÉDICO**

**AUTOR: DIANA PRISCILA LLIVICHUZCA INGA**

**DIRECTOR: DR. CARLOS ROLANDO ESPINOZA CÁRDENAS**

**CUENCA - ECUADOR**


**2025**

**DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO**

**DECLARATORIA DE AUTORÍA Y RESPONSABILIDAD**

Yo, **DIANA PRISCILA LLIVICHUZCA INGA** portador de la cédula de ciudadanía No. **0107147613** Declaro ser el autor de la obra: “**CROMOBLASTOMICOSIS: REPORTE DE CASO**”, sobre el cual me hago responsable sobre las opiniones, versiones e ideas expresadas. Declaro que la misma ha sido elaborada respetando los derechos de propiedad intelectual de terceros y eximo a la Universidad Católica de Cuenca sobre cualquier reclamación que pudiera existir al respecto. Declaro finalmente que mi obra ha sido realizada cumpliendo con todos los requisitos legales, éticos y bioéticos de investigación, que la misma no incumple con la normativa nacional e internacional en el área específica de investigación, sobre la que también me responsabilizo y eximo a la Universidad Católica de Cuenca de toda reclamación al respecto.

Cuenca, 20 de enero de 2025

F:   
\_\_\_\_\_  
0107147613  
**Diana Priscila Llivichuzca Inga**

## CERTIFICACIÓN DEL DIRECTOR / TUTOR

Certifico que el presente trabajo denominado “**CROMOBLASTOMICOSIS: REPORTE DE CASO**” realizado por **DIANA PRISCILA LLIVICHUZCA INGA** con documento de identidad No. **0107147613**, previo a la obtención del título profesional de Médico, ha sido asesorado, supervisado y desarrollado bajo mi tutoría en todo su proceso, cumpliendo con la reglamentación pertinente que exige la Universidad Católica de Cuenca y los requisitos que determina la investigación científica.

Cuenca, 20 de enero de 2025

F: \_\_\_\_\_



Firmado electrónicamente por:  
CARLOS ROLANDO  
ESPINOZA CARDENAS

**Dr. Carlos Rolando Espinoza Cárdenas**

**DIRECTOR / TUTOR**

## **DEDICATORIA**

El presente proyecto de investigación esta dedica principalmente a mi Madre María Magdalena, pues sin ella no lo habría logrado, por brindarme su apoyo incondicional, moral y económico, para llegar a esta instancia de mis estudios, por su paciencia, amor y consejos para hacer de mi una mujer sencilla, fuerte y humilde.

A mi hermana Daizi por ser un pilar fundamental en toda mi vida, sobre todo por ser mi soporte en todos estos años de carrera, brindarme su confianza, amor y paciencia para poder culminar y cumplir esta etapa universitaria.

A mis Abuelitos Rosa y Segundo, de manera especial a mi tío Claudio por su cariño y por cada una de sus palabras de aliento, por haberme apoyado desde que decidí recorrer este camino, demostrándome su amor incondicional desde la distancia.

A mis amigos Carlos, Julián, Jenny, Santiago y todas aquellas personas que han contribuido para el logro de mis objetivos durante mi formación profesional.

## **AGRADECIMIENTO**

Mis sinceros agradecimientos son para:

Dios ya que sin la bendición y su amor todo hubiera sido un fracaso, por permitirme tener tan buena experiencia dentro de mi universidad.

Mi director de Tesis el Dr. Rolando Espinoza por brindarme la oportunidad de recurrir a su capacidad y conocimiento científico, así como, su apoyo, tiempo y paciencia para guiarme han sido fundamentales durante todo el desarrollo de este Reporte de Caso.

A la Universidad Católica de Cuenca "UCACUE", con énfasis a la carrera de Medicina la cual me abrió sus puertas para estudiar mi carrera y formarme profesionalmente, así como, también a los diferentes docentes de todos los niveles que brindaron sus conocimientos y su apoyo para seguir adelante día a día.

## RESUMEN

La cromoblastomicosis (CBM) es una infección fúngica que se presenta de manera crónica pues afecta a la piel y tejido subcutáneo, ocasionado por hongos melanizados transmitidos a través de lesiones traumáticas. Por lo general, se da en áreas rurales de clima tropical y subtropical, afectando principalmente a trabajadores agrícolas y forestales, quienes presentan lesiones verrugosas, ulcerativas y nodulares. La falta de diagnóstico temprano, asociada con el limitado acceso a servicios médicos, favorece la progresión hacia complicaciones graves como carcinoma epidermoide y elefantiasis.

Se presenta el caso de un Paciente masculino de 42 años, quien presentó una lesión ulcerativa en el codo derecho. La evaluación diagnóstica se basó en una biopsia y tinción de Grocott, revelando estructuras micóticas características de la CBM. Se instauró tratamiento con itraconazol por tres meses, logrando una notable mejoría de la lesión. Sin embargo, el paciente abandonó la terapia debido a dificultades económicas, interrumpiendo el proceso de cicatrización y resolución completa de la lesión.

La CBM constituye un reto diagnóstico y terapéutico, especialmente en zonas de bajos recursos. Este caso subraya la importancia de implementar métodos diagnósticos accesibles y de capacitar al personal médico para un diagnóstico oportuno. Además, destaca la necesidad de apoyo financiero para asegurar la continuidad del tratamiento en pacientes de áreas endémicas. El itraconazol mostró eficacia en la reducción de la lesión, pero la interrupción del tratamiento resalta la vulnerabilidad socioeconómica de los pacientes afectados.

**Palabras clave:** Cromoblastomicosis, infección fúngica, áreas endémicas, lesión ulcerativa, diagnóstico precoz, reporte de caso.

## **ABSTRACT**

Chromoblastomycosis (CBM) is a chronic fungal infection that affects the skin and subcutaneous tissue, caused by melanized fungi transmitted through traumatic lesions. It typically occurs in rural areas with tropical and subtropical climates, primarily affecting agricultural and forestry workers, who present with warty, ulcerative, and nodular lesions. The lack of early diagnosis, combined with limited access to medical services, contributes to the progression toward severe complications such as squamous cell carcinoma and elephantiasis.

This report presents the case of a 42-year-old male patient who developed an ulcerative lesion on his right elbow. The diagnostic evaluation was based on a biopsy and Grocott's staining, which revealed mycotic structures characteristic of CBM. Treatment with itraconazole was initiated for three months, resulting in a notable improvement of the lesion. However, the patient discontinued therapy due to financial difficulties, interrupting the healing process and complete resolution of the lesion.

CBM poses a diagnostic and therapeutic challenge, especially in low-resource areas. This case underscores the importance of implementing accessible diagnostic methods and training medical personnel for timely diagnosis. Additionally, it highlights the need for financial support to ensure the continuity of treatment for patients in endemic areas. Itraconazole demonstrated efficacy in reducing the lesion, but the interruption of therapy emphasizes the socioeconomic vulnerability of affected patients.

**Keywords:** Chromoblastomycosis, fungal infection, endemic areas, ulcerative lesion, early diagnosis, case report.

## ÍNDICE

<i>RESUMEN</i> .....	7
<i>ABSTRACT</i> .....	8
<i>INTRODUCCIÓN</i> .....	10
<i>OBJETIVOS</i> .....	12
<i>REPORTE DEL CASO</i> .....	13
Información del paciente .....	13
Hallazgos clínicos .....	13
Línea de tiempo .....	13
Evaluación diagnóstica .....	13
Intervención terapéutica .....	14
Seguimiento y resultados .....	14
<i>DISCUSIÓN</i> .....	15
<i>PERSPECTIVA DEL PACIENTE</i> .....	19
<i>CONCLUSIONES</i> .....	20
<i>BIBLIOGRAFÍA</i> .....	22
<i>ANEXOS</i> .....	26

## INTRODUCCIÓN

La cromoblastomicosis (CBM), también denominada cromomicosis representa una de las principales infecciones micóticas crónicas de la piel y tejido subcutáneo, que se presenta de manera esporádica, causadas por un grupo de hongos melanizados o negros ampliamente encontrados en la naturaleza, que se transmiten por la invasión de estos hongos patógenos, a través de, una inoculación traumática, laceraciones u objetos contaminados, que pueden ocasionar discapacidad, teratogénesis e incluso cáncer (1,2).

Clínicamente se caracteriza por lesiones nodulosas o papulosas, placas hiperqueratósicas verrugosas rosadas de aspecto a coliflor, úlceras, tumores y lesiones cicatrizales, inoculando generalmente los pies, rodillas y piernas, así como, en raras ocasiones se puede presentar a nivel de extremidades superiores y cara (3–5). El diagnóstico resulta difícil de realizar, debido a que, la gran parte de pacientes no la reportan o asisten a los centros médicos, tras presentar una lesión de meses o años de evolución (6,7). Dando lugar a que se generen cuadros severos de elefantiasis, linfedema y en ciertas ocasiones carcinoma epidermoide ocasionados por una sobreinfección.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la clasifica como una patología desatendida que se puede observar en los climas tropicales y subtropicales, afectando principalmente a las comunidades más marginadas y pobres del mundo, que se dedican a trabajar en el sector agrícola, así como, madereros, jardineros y aquellos que se encuentran expuestos a productos y plantas del suelo (8–11). Es por ello, que se cataloga como una enfermedad de carácter profesional, debido a que esta estrictamente asociada a los estratos sociales (12).

Además, la OMS (9,13), menciona que la carga de morbilidad a nivel mundial corresponde aproximadamente a 10000 casos reportados desde la década de 1940 y según su distribución geográfica presenta mayor prevalencia en zonas de África, Asia y América Latina, prevaleciendo en el 70% de individuos varones de entre 30 y 50 años de edad y ocasiones se puede presentar en niños y adolescentes.

En América Latina países como Brasil reportan una prevalencia de 0,098 casos por cada 100.000 individuos, la relación de incidencia entre hombre y mujeres es de 4:1, mientras que, en Venezuela, el grupo demográfico de hombres entre los 20 y 60 años presento la prevalencia más alta, que representa el 90% total de los casos (14). Asimismo, en las zonas tropicales de Madagascar, constituye el 87% de los casos en personas mayores de 16 años (15,16). Además, Dada su condición de enfermedad desconocida a nivel mundial, la OMS no exige que se realice

una notificación sobre la incidencia y prevalencia, motivo por el cual, existen pocos reportes de estos casos, complicando de esta manera las perspectivas de un diagnóstico oportuno (17).

Por lo mencionado con anterioridad la relevancia de este reporte de caso radica en su potencial para contribuir a la práctica médica general y especializada. En el ámbito de la Dermatología e Infectología servirá como punto de partida para identificar si el diagnóstico precoz es fundamental para conocer la verdadera prevalencia, su prevención, diagnóstico correcto y una terapia eficiente, permitiendo establecer el siguiente estudio cuyo objetivo es dar a conocer cuál es el abordaje diagnóstico más efectivo y oportuno de CBM para disminuir el riesgo de desencadenar complicaciones propias de la enfermedad y otras asociadas a comorbilidades presentes.

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo General**

Analizar un Reporte de Caso sobre Cromoblastomycosis para desarrollar un abordaje diagnóstico eficaz, oportuno y disminuir las complicaciones en áreas endémicas.

### **Objetivos Específicos**

- Describir los principales factores de riesgo relacionados a la cromoblastomycosis en áreas endémicas.
- Identificar los distintos métodos diagnósticos, aplicados en este caso, para detectar de manera precoz esta patología.
- Reconocer el diagnóstico temprano y manejo clínico de la cromoblastomycosis reportado en este caso.

## REPORTE DEL CASO

### Información del paciente

Paciente masculino de 42 años de edad, de ocupación agricultor sin antecedentes de importancia, acude por presentar una placa de color violáceo de aproximadamente un año de evolución a nivel de codo derecho, aproximadamente de 3cm de diámetro acompañada de prurito moderado que se ha intensificado en las últimas 4 semanas empezando a ulcerarse.

### Hallazgos clínicos

Placa ulcerativa, circular de bordes irregulares y elevados de 3cm, acompañada de exudado purulento más signos de inflamación y aspecto costroso localizada en codo derecho.

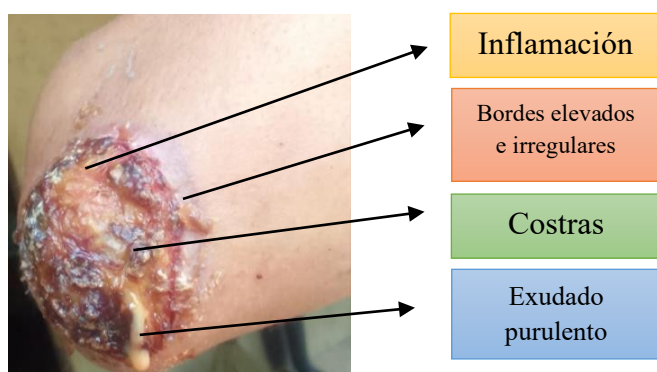


Figura. 1. Lesión ulcerativa  
Fuente: Historia Clínica del paciente

### Línea de tiempo

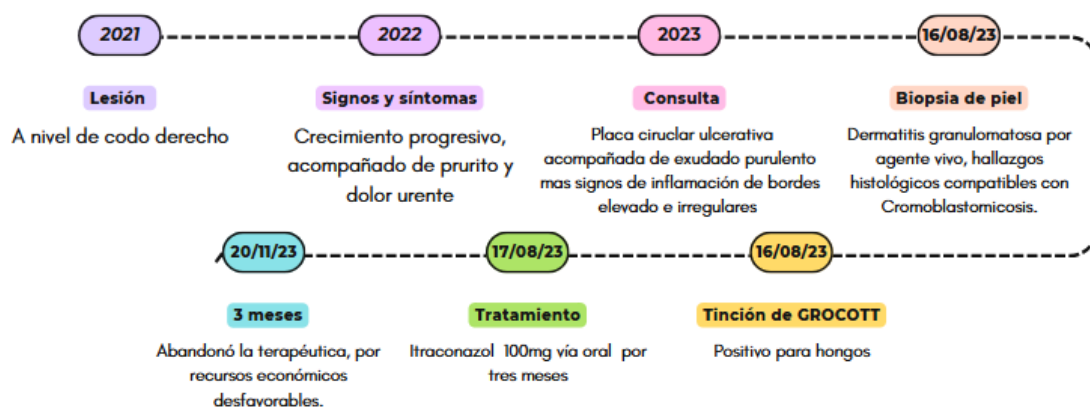
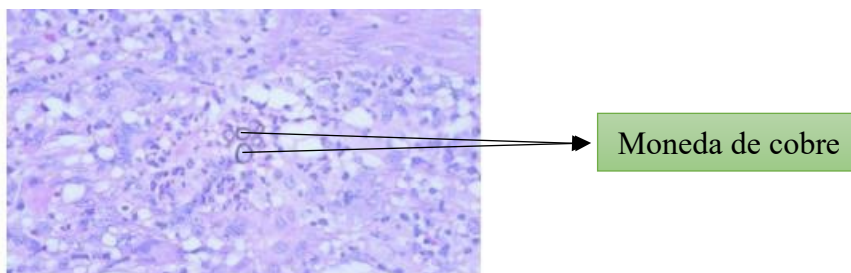


Figura. 2. Línea de tiempo  
Fuente: Elaboración propia

### Evaluación diagnóstica

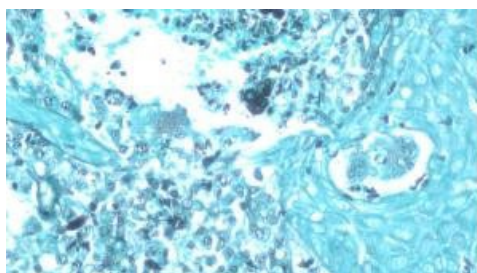
Al paciente se le realiza una biopsia donde según reporte histopatológico se evidencia a nivel de epidermis se observa hiperqueratosis con acantosis e hiperplasia psoriasiforme a nivel de

epidermis, en la dermis superficial se evidencia múltiples células gigantes con presencia de estructuras micóticas de color marrón café, algunas en forma de moneda de cobre.



*Figura. 3. Estructuras en forma de moneda de cobre*  
*Fuente: Historia Clínica del paciente*

Tinción de GROCOTT de bloque de parafina rotulado PO 2208 – 2023.



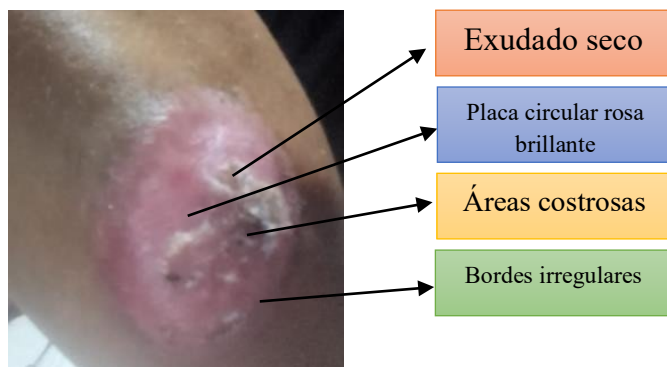
*Figura. 4. Tinción de GROCOTT*  
*Fuente: Historia Clínica del paciente*

### **Intervención terapéutica**

El tratamiento que se le instauró al paciente fue Itraconazol cada 12 horas 100mg por 3 meses vía oral.

### **Seguimiento y resultados**

Después de haber recibido tres meses de tratamiento, la lesión mejoro de manera favorable, presentando una placa circular, ubicada en codo derecho, de color rosa brillante, con bordes irregulares en proceso de cicatrización, además, se puede evidenciar áreas costrosas o exudado seco, no se evidencia signos de inflamación severa, sin embargo, debido a, los recursos económicos desfavorables, abandonó la terapéutica.



*Figura. 5. Placa circular*  
*Fuente: Historia Clínica del paciente*

## DISCUSIÓN

El análisis de caso de estudio referente a la cromoblastomicosis (CBM) considera los aspectos críticos tanto en el diagnóstico como en el tratamiento y los factores de riesgo vinculados a la patología, particularmente en contextos de bajos recursos y áreas endémicas. La discusión de resultados se enfoca en los hallazgos del caso de estudio con la literatura existente sobre el caso, considerando reflexiones valiosas para desarrollar un mejor control clínico de la CBM en este tipo de poblaciones vulnerables. Para organizar esta discusión de resultados, se tomó en cuenta las categorías de epidemiología, clínica, diagnóstico, y tratamiento.

El paciente del caso clínico, un agricultor de 42 años del área rural, es un ejemplo del vínculo entre los factores laborales y el riesgo de contraer CBM, debido a su constante exposición a materiales vegetales contaminados, además del difícil acceso a servicios de salud inmediata que contribuyen al agravamiento de la infección. En estudios previos, se resalta que la CBM tiene alta prevalencia en trabajadores del sector agrícola y forestal, especialmente de climas tropicales y subtropicales, puesto que el contacto con la tierra y los residuos vegetales tiene alta influencia en el riesgo de contraer infecciones fúngicas. En uno de los casos clínicos analizados para esta discusión (19), se presenta un caso clínico significativo similar al de este estudio de cromoblastomicosis en un agricultor que residía en una zona de clima cálido en el oeste de México. Este caso es especialmente relevante para el análisis de un abordaje diagnóstico eficaz y oportuno en áreas endémicas, ya que resalta la importancia de un diagnóstico clínico correcto, dado que las lesiones de cromoblastomicosis son clínicamente polimórficas y a menudo se diagnostican erróneamente.

La limitada educación en salud que se presenta en estas comunidades, y los escasos recursos para la atención médica apoyan la necesidad de programas de prevención. Debe recordarse que el acceso limitado de agua potable, el saneamiento adecuado y la poca o nula atención médica

condicionan el diagnóstico de la patología (11, 20, 21). Según el análisis realizado de los diferentes estudios, se pudo evidenciar que las principales complicaciones fueron la infección bacteriana secundaria, el linfedema y la carcinoma espinocelular dependiendo del agente causal, además, afectan a las personas de las áreas endémicas, quienes cuentan con recursos económicos desfavorables y están expuestos a diferentes tipos de traumas, sobre todo, la falta de conocimiento acerca del patógeno, las vías de infección, la educación del personal de salud y los signos de alerta descarta la posibilidad de poder realizar un diagnóstico adecuado y precoz, sin embargo, en nuestro reporte de caso el paciente no presentó ninguna complicación asociada a la CBM (22, 23).

Debe decirse que la limitada disponibilidad de las técnicas de diagnóstico tales como la biopsia y las tinciones específicas, es realmente un desafío en las áreas endémicas. En el caso estudiado, se mostró la necesidad de capacitar al personal en salud sobre los métodos de diagnóstico, tanto el directo como el inferencial, en el que deben incluirse las técnicas tales como KOH y la tinción de plata de metenamina de Grocott. Además, se considera conveniente el implemento y estandarización de los protocolos en el sector rural, lo que modificaría de manera significativa la capacidad de diagnóstico temprano, reduciendo el CBM en poblaciones vulnerables del sector rural. Finalmente, el estudio de Rodríguez-Cerdeira et al. (19) presenta un caso clínico que ilustra la evolución lenta de la cromoblastomicosis y la importancia de un diagnóstico clínico oportuno. Este caso destaca cómo las lesiones pueden ser mal diagnosticadas debido a su presentación polimórfica y la resistencia a los tratamientos antifúngicos convencionales. La identificación del agente causal mediante técnicas moleculares resalta la necesidad de un enfoque multidisciplinario en el manejo de esta enfermedad.

En cuanto al diagnóstico temprano, el caso se realizó a través de una biopsia de piel y tinción de Grocott, determinando estructuras micóticas que son rasgos propios de la CBM en la fase inicial, lo que coincide con estudios previos en los que se destaca la importancia de esta clase de técnicas histológicas que ayudan a identificar la CBM, considerando que el diagnóstico clínico puede confundirse con otro tipo de patologías cutáneas. En la biopsia se observó “cuerpos en moneda de cobre” y células muriformes, una presencia que soporta el uso de métodos específicos de tinción en la detección de CBM, en especial en los pacientes de áreas rurales en los que el acceso a diagnósticos avanzados es realmente limitado.

Bienvenu y Picot (6) ofrecen una perspectiva sobre la mejora del diagnóstico mediante el uso de biomarcadores, destacando la diversidad de hongos causantes de la cromoblastomicosis y la

variabilidad en su presentación clínica. Este trabajo subraya la importancia de realizar cultivos y exámenes microscópicos, aunque reconoce las limitaciones de estos métodos en áreas donde la infraestructura médica es deficiente. La necesidad de pruebas diagnósticas simples es fundamental para facilitar el manejo de la enfermedad en las comunidades afectadas tal como se mostró en el caso clínico presentado en esta investigación. Debe recordarse que entre las técnicas que pueden utilizarse se encuentran la biopsia por sacabocado, además del examen micológico con KOH, tinción de gram, cultivo koch, células muriformes e hiperplasia epidérmica exuberante, así como elementos fúngicos en una reacción granulomatosa (19, 20, 22, 23).

Esta información coincide con lo descrito en el caso, en el cual, se realizó una biopsia de piel, a partir de muestras tomadas de la epidermis y dermis, donde se reportó la presencia de cuerpos o monedas de cobre, además, en relación al reporte histopatológico se evidenció una marcada hiperplasia e infiltrado crónico con presencia de células gigantes, tal como se menciona en el apartado anterior, por otro lado, en comparación a lo mencionado por otros autores, en este caso se utilizó la tinción de GROCOTT que resulta útil para poder identificar la presencia de microorganismo fúngicos presentes en muestras recolectadas de tejido, mientras que, en otros reportes de caso se usó cultivos de hongos expuestos a luz ultravioleta (15,24).

En el ámbito de los desafíos en el tratamiento y la adherencia, se pudo constatar que el tratamiento con itraconazol tuvo resultados prometedores para reducir la lesión, aunque debe considerarse que se interrumpió el tratamiento debido a las dificultades económicas del paciente, un hecho común en zonas de bajos recursos, donde no pueden completar los tratamientos lo que provoca recaídas o la cronificación de la infección. La literatura estudiada (19, 20, 22) muestra que la CBM, al considerarse como una enfermedad de curso lento y complicada de erradicar, necesita tratamientos prolongados y algunas veces costosos, lo que influye en el acceso de los pacientes que viven o laboran en zonas marginadas.

La discusión de resultados de este estudio de caso sugiere la importancia de intervenciones integrales que no solamente mejoran las técnicas de diagnóstico, sino además es necesario programas de apoyo financiero y educación sanitaria. La revisión de la literatura sobre la cromoblastomicosis revela la complejidad de su diagnóstico y tratamiento, especialmente en áreas endémicas (19,24). La enfermedad, aunque rara, presenta un impacto significativo en la calidad de vida de los pacientes y sus familias, lo que subraya la necesidad de un enfoque diagnóstico eficaz y oportuno.

La cromoblastomycosis representa un desafío considerable en el diagnóstico y tratamiento, especialmente en áreas endémicas. La implementación de métodos diagnósticos accesibles y la capacitación del personal médico son esenciales para mejorar la detección y el manejo de esta enfermedad. Por otro lado, en otros estudios se ha reportado que el diagnóstico de laboratorio solo requiere la visualización de células muriformes, ya sea, de manera grupal o individual, mediante un examen micológico de manera directa o por histopatología, usando la tinción de Ziehl – Neelsen y Wade Fite modificada en aquellos casos, donde, la tinción de hematoxilina – eosina no resulte eficiente, para ello, es útil usar de manera adicional la tinción plata de metenammina de Grocott en aquellos casos que se consideren necesarios (25). De acuerdo a, diferentes autores mencionan que en el examen directo de fragmentos de piel, se reportó características similares, como, células muriformes signo patognomónico de esta patología, de color parduzco, forma elipsoidal, atravesadas por tabiques longitudinales y transversales, con pared celular gruesa o conocidas como cuerpos escleróticos, además, en los reportes de histopatología existe evidencia de células gigantes con infiltrado inflamatorio granulomatosos, hiperplasia psuedoepiteliomatosa y estructuras parasitas de características fumagoide en su parte interna (19,26).

La revisión de la literatura sugiere que un enfoque integral, que incluya la identificación temprana y el tratamiento adecuado, es crucial para reducir las complicaciones asociadas a la cromoblastomycosis.

## **PERSPECTIVA DEL PACIENTE**

El paciente menciona que, debido a, su condición económica, no pudo buscar ayuda de manera temprana para tener un diagnóstico oportuno dejando evolucionar la lesión por ciertos años, cuando el cuadro empeoro decidió acceder al tratamiento farmacológico de manera privada, el mismo que, recibió por un tiempo determinado, mostrando resultados favorables para su condición clínica, sin embargo, suspendió la terapia farmacológica, pues, menciona que, averiguó en distintas fuentes de Internet que la medicación administrada causa complicaciones a nivel hepático y sobre todo, no cuenta con los recursos necesarios, motivo por el cual, decidió cambiarse a la área pública.

## CONCLUSIONES

**Objetivo General: Analizar un Reporte de Caso sobre Cromoblastomicosis para desarrollar un abordaje diagnóstico eficaz, oportuno y disminuir las complicaciones en áreas endémicas.**

La cromoblastomicosis representa un desafío considerable en el diagnóstico y tratamiento, especialmente en áreas endémicas. La implementación de métodos diagnósticos accesibles y la capacitación del personal médico son esenciales para mejorar la detección y el manejo de esta enfermedad.

**Objetivo Específico: Describir los principales factores de riesgo relacionados a la cromoblastomicosis en áreas endémicas.**

1. Entre los factores relacionados a la cromoblastomicosis en áreas endémicas, se muestra que la exposición laboral en zonas rurales, además de bajos niveles socioeconómicos se determinan como factores de riesgo. En este caso, el paciente es un agricultor del área rural que destaca por no haber podido contar con acceso temprano a atención médica, lo que permitió la progresión de la infección.

**Objetivo Específico: Identificar los distintos métodos diagnósticos, aplicados en este caso, para detectar de manera precoz esta patología.**

2. Los métodos de diagnóstico utilizados fueron la biopsia y tinción específica, lo que reveló características de estructuras micóticas. Los métodos usados confirmaron la cromoblastomicosis en un análisis temprano, pero debe considerarse el mejoramiento del acceso a este tipo de exámenes en áreas endémicas y la necesidad de capacitaciones en el área de salud para detectar de forma precoz la patología. Finalmente, el manejo clínico se realizó mediante itraconazol que se mostró eficaz en la etapa inicial. No obstante, la terapia se interrumpió debido a la situación económica del paciente, lo que provoca la reflexión sobre la necesidad de apoyar a sectores vulnerables del área rural con recursos que garanticen su adherencia al tratamiento.

**Objetivo Específico: Reconocer el diagnóstico temprano y manejo clínico de la cromoblastomicosis reportado en este caso.**

3. En este caso particular de cromoblastomicosis, se realizó un diagnóstico temprano a través de biopsia y tinción de Grocott, lo que permitió una identificación exacta de la infección fúngica en una fase relativamente temprana, lo que demuestra la importancia

de protocolos de diagnóstico efectivos en áreas endémicas para la reducción de la progresión de la enfermedad en personas vulnerables, así como evitar complicaciones graves.

**BIBLIOGRAFÍA**

1. Shen XC, Dai XN, Xie ZM, Li P, Lu S, Li JH, Zhang Y, Ye XD. A Case of Chromoblastomycosis Caused by *Fonsecaea pedrosoi* Successfully Treated by Oral Itraconazole Together with Terbinafine. *Dermatol Ther (Heidelb)*. [Internet]. 2020 [Consultado el 08 de octubre de 2024]; 10(2):321-327. doi:10.1007/s13555-020-00358-y.
2. Shen Y, Jiang B, Zhang H, Feng J, Hua H. Combination therapy for an elderly patient with chromoblastomycosis caused by *Fonsecaea monophora*: a case report. *Ann Transl Med*. [Internet]. 2022 [Consultado el 08 de octubre de 2024]; 10(2):114. doi: 10.21037/atm-21-6119.
3. Khairani FA, Pamela RD. A Rare Case of Chromoblastomycosis Resembling Keloid in an Indonesian Child. *Cureus*. [Internet]. 2021 [Consultado el 08 de octubre de 2024]; 13(10). doi: 10.7759/cureus.18490.
4. Maubon D, Garnaud C, Ramarozatovo LS, Fahafahantsoa RR, Cornet M, Rasamoelina T. Molecular Diagnosis of Two Major Implantation Mycoses: Chromoblastomycosis and Sporotrichosis. *J Fungi (Basel)*. [Internet]. 2022 [Consultado el 08 de octubre de 2024]; 8(4):382. doi: 10.3390/jof8040382.
5. Dávila YNC, Arcos CPR, Ortiz MGN, Almeida YAV, Espinoza ÁGG. Cromoblastomycosis en Ecuador: reporte de caso. *Rev Chil Dermatol* [Internet]. 2023 [Consultado el 08 de octubre de 2024]; 38(1). Disponible en: <https://www.rcderm.org/index.php/rcderm/article/view/425/435>
6. Bienvenu AL, Picot S. Mycetoma and Chromoblastomycosis: Perspective for Diagnosis Improvement Using Biomarkers. *Molecules*. [Internet]. 2020 [Consultado el 08 de octubre de 2024]; 25(11):2594. doi: 10.3390/moléculas25112594.
7. Belda W Jr, Passero LFD, de Carvalho CHC, Mojica PCR, Vale PA. Chromoblastomycosis: New Perspective on Adjuvant Treatment with Acitretin. *Diseases* [Internet]. 2023 [Consultado el 08 de octubre de 2024]; 11(4):162. doi: 10.3390/enfermedades11040162.

8. Khairani FA, Pamela RD. A Rare Case of Chromoblastomycosis Resembling Keloid in an Indonesian Child. *Cureus*. [Internet]. 2021 [Consultado el 08 de octubre de 2024]; 13(10). doi: 10.7759/cureus.18490.
9. Organización Mundial de la Salud. Cromomicosis. *Who.int*. [Internet]. 2023 [Consultado el 08 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/chromoblastomycosis#:~:text=Respuesta%20de%20la%20OMS,la%20visibilidad%20de%20la%20enfermedad>.
10. Santos DWCL, de Azevedo CMPES, Vicente VA, Queiroz-Telles F, Rodrigues AM, de Hoog GS, Denning DW, Colombo AL. The global burden of chromoblastomycosis. *PLoS Negl Trop Dis*. [Internet]. 2021 [Consultado el 08 de octubre de 2024]; 15(8). doi: 10.1371/journal.pntd.0009611.
11. Guevara A, Nery AF, de Souza Carvalho Melhem M, et al. Molecular epidemiology and clinical-laboratory aspects of chromoblastomycosis in Mato Grosso, Brazil. *Mycoses*. [Internet]. 2022 [Consultado el 08 de octubre de 2024]; 65(12):1146-1158. doi: 10.1111/myc.13505.
12. Rasamoelina T, Maubon D, Andrianarison M, Ranaivo I, Sendrasoa F, et al. Endemic Chromoblastomycosis Caused Predominantly by *Fonsecaea nubica*, Madagascar. *Emerg Infect Dis*. [Internet]. 2020 [Consultado el 08 de octubre de 2024]; 26(6):1201-1211. doi: 10.3201/eid2606.191498.
13. Organización Mundial de la Salud. Hoja de ruta sobre enfermedades tropicales desatendidas 2021-2030. OMS. [Internet]. 2021 [Consultado el 08 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240010352>
14. Jahr C, Peruilh L, Jiménez M, Bobadilla F, Segovia y. L. Cromoblastomycosis. Primer caso alóctono tratado en Chile. *Scielo.cl*. [Internet]. 2022 [Consultado el 08 de octubre de 2024]; 39(3). Disponible en: <https://www.scielo.cl/pdf/rci/v39n3/0716-1018-rci-39-03-0349.pdf>
15. Dominguez-Céspedes L, Céspedes-Fonseca Y, Peregrín-Rodríguez S, Nuñez-Molina E. Cromoblastomycosis en placa cicatrizal en Antebrazo. Presentación de un caso. *Correo Científico Médico* [Internet]. 2023 [Consultado el 08 de octubre de 2024]; 27(2). Disponible en: <https://revcocmed.sld.cu/index.php/cocmed/article/view/4821/2284>

16. Passero LFD, Cavallone IN, Belda W Jr. Reviewing the Etiologic Agents, Microbe-Host Relationship, Immune Response, Diagnosis, and Treatment in Chromoblastomycosis. *J Immunol Res*. [Internet]. 2021 [consultado el 08 de octubre de 2024]. doi: 10.1155/2021/9742832.
17. Rojas-García Olga Carolina, García-Martínez Joyce Marie, Carrión-Álvarez Diego. Cromoblastomycosis en México. Una enfermedad olvidada. *Salud pública Méx* [Internet]. 2019 [consultado el 08 de octubre de 2024]; 61(1): 3-3. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342019000100003&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342019000100003&lng=es).
18. Bienvenu AL, Picot S. Mycetoma and Chromoblastomycosis: Perspective for Diagnosis Improvement Using Biomarkers. *Molecules* [Internet]. 2020 [consultado el 09 de noviembre de 2024];25(11):2594. doi: <https://doi.org/10.3390/molecules25112594>
19. Rodríguez-Cerdeira C, Hernández-Castro R, Arenas R, Sandoval-Tress C, Gutiérrez-Murillo F, Martínez-Chavarría LC, et al. From child to old man: A slowly evolving case of chromoblastomycosis caused by *Cladosporium cladosporioides*. *Antibiotics (Basel)*. [Internet]. 2023 [consultado el 09 de noviembre de 2024]; 12(12):1713. <https://doi.org/10.3390/antibiotics12121713>
20. Liu S, Zhi H, Shen H, Lv W, Sang B, Li Q, et al. Chromoblastomycosis: A case series from Eastern China. *PLoS Negl Trop Dis* [Internet]. 2022 [consultado el 09 de noviembre de 2024];16(9). doi: 10.1371/journal.pntd.0010800.
21. Leiro V, Fernández Pardal P, Coringrato M, Piñeiro O, Maronna E, Santiso G. Cromoblastomycosis: abordaje con terapia combinada. *ASEI*. [Internet]. 2023 [consultado el 09 de noviembre de 2024]; 31 (112): 91-97. doi: <https://doi.org/10.52226/revista.v31i112.164>
22. Salazar-Madrigal K. Esporotricosis y cromoblastomycosis en San Ramón de Costa Rica. *Acta méd. costarric*. [Internet]. 2022 [consultado el 09 de noviembre de 2024]; 64(3): 38 – 42. Disponible en: [http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0001-60022022000300038&lng=en](http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-60022022000300038&lng=en).
23. Brufatto JPT, Pontes L, Schreiber AZ, et al. Misleading subcutaneous mycosis: a case report of subsequent clinical mycetoma-like and histological chromoblastomycosis-like

lesions. *Rev Inst Med Trop Sao Paulo* [Internet]. 2024 [Consultado el 09 de noviembre de 2024]; 66. doi: 10.1590/S1678-9946202466034.

24. Kurien G, Sugumar K, Sathe NC, et al. Chromoblastomycosis. In: StatPearls. Treasure Island (FL). [Internet]. 2024 [Consultado el 09 de noviembre de 2024]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470253/>
25. Santos DWCL, Vicente VA, Weiss VA, et al. Chromoblastomycosis in an Endemic Area of Brazil: A Clinical-Epidemiological Analysis and a Worldwide Haplotype Network. *J Fungi (Basel)*. [Internet]. 2020 [Consultado el 09 de noviembre de 2024]; 6(4):204. doi: 10.3390/jof6040204.
26. Valentin J, Grotta G, Muller T, et al. "Chromoblastomycosis in French Guiana: Epidemiology and Practices, 1955–2023" *Journal of Fungi*. [Internet]. 2024 [Consultado el 09 de noviembre de 2024]; 10(3):168. doi: 10.3390/jof10030168.

NI:2208

Fecha de recepción: 2023-08-04

Fecha de entrega: 2023-08-16

Paciente: JIMENEZ ACARO MARCO ANTONIO

Edad: 42 Cédula: 1900607779

Solicitante: DRA. LUZ QUEZADA

Sitio de la muestra: BIOPSIA DE PIEL

Información clínica: **Muestra de codo derecho. Lesión de 10 años de evolución. Hace 2 años comienza a crecer, provoca picor y ardor. Ha recibido tratamientos con cremas sin mejoría.**

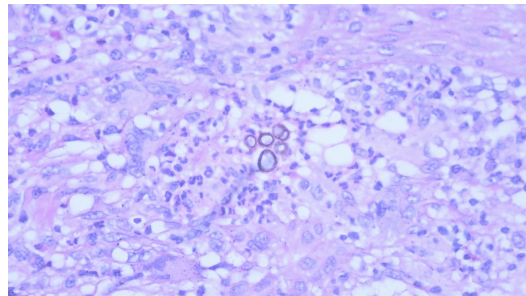
#### DESCRIPCIÓN MACROSCÓPICA

Se recibe frasco con formol rotulado con el nombre del paciente: cilindro de piel que mide 0,5 por 0,5 y por 0,8 cm de espesor hacia la dermis, la superficie epidérmica rugosa grisácea con una zona parduzca de aspecto costroso, al corte la consistencia es blanda. Se procesa todo previa bisección y se incluye en una caseta.

Se incluye de la siguiente manera: 1. biopsia de piel Bloque(s) de parafina: 2

#### DESCRIPCIÓN MICROSCÓPICA

Los cortes histológicos muestran piel. La epidermis tiene hiperqueratosis con acantosis e hiperplasia psoriasiforme. La dermis superficial se reconoce múltiples células gigantes con presencia de estructuras micóticas de color marrón café, algunas en forma de moneda de cobre. Los hallazgos histológicos son compatibles con "cromoblastomycosis". Se recomienda correlación clínico patológica.



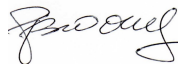
#### DIAGNÓSTICO HISTOPATOLÓGICO

Espécimen: PIEL CODO DERECHO

Procedimiento: BIOPSIA INCISIONAL

Estado: NEGATIVO PARA MALIGNIDAD

Tipo histológico: DERMATITIS GRANULAMATOSA POR AGENTE VIVO, ver descripción microscópica



Dr. Pablo Ortega Espinosa  
ESPC. ANATOMÍA PATOLÓGICA  
ortega Reg. MSP: L-58 F-27 N° 78  
Memb. de SENECYT: 1000096226

NI:T: 22

Fecha de recepción: **2023-08-09**

Fecha de entrega: **2023-08-16**

Paciente: **JIMENEZ ACARO MARCO ANTONIO**

Edad: **42** Cédula: **1900607779**

Solicitante: **DRA. LUZ QUEZADA**

Sitio de la muestra: **TINCION DE GROCOTT**

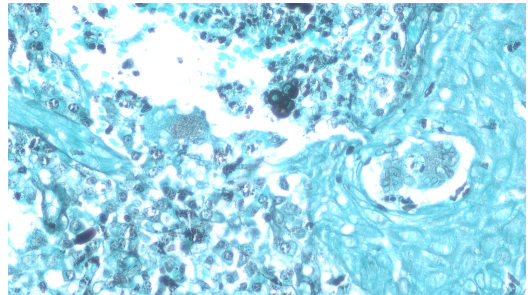
Información clínica: **Muestra de codo derecho. Lesión de 10 años de evolución. Hace 2 años comienza a crecer, provoca picor y ardor. Ha recibido tratamientos con cremas sin mejoría.**

#### DESCRIPCIÓN MACROSCÓPICA

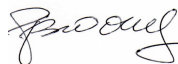
Se realiza tinción de Grocott de bloque de parafina rotulado PO:2208-2023.

#### DESCRIPCIÓN MICROSCÓPICA

Tinción de GROCOTT: POSITIVO PARA HONGOS (foto).



Control de calidad: presente.



Dr. Pablo Ortega Espinosa  
ESPC. ANATOMÍA PATOLÓGICA  
ortega Reg. MSP: L-38 F-22 N°: 79  
Módulo de SERVICIO: 1033096226

**AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN EN EL  
REPOSITORIO INSTITUCIONAL**

**DIANA PRISCILA LLIVICHUZCA INGA** portador(a) de la cédula de ciudadanía N° **0107147613**. En calidad de autor/a y titular de los derechos patrimoniales del Proyecto de Titulación **“CROMOBLASTOMICOSIS: REPORTE DE CASO”** de conformidad a lo establecido en el artículo 114 Código Orgánico de la Economía Social de los Conocimientos, Creatividad e Innovación, reconozco a favor de la Universidad Católica de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos y no comerciales. Autorizo además a la Universidad Católica de Cuenca, para que realice la publicación de éste trabajo de titulación en el Repositorio Institucional de conformidad a lo dispuesto en el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 20 de enero de 2025

F:  .....

**Diana Priscila Llivichuzca Inga**  
**C.I. 0107147613**