

Maísa Aparecida Matico Utsumi Okada ^{a,*},
Letícia Santos Dexheimer ^a,
Renan Rangel Bonamigo ^{a,b} e Renata Heck ^a

^a Ambulatório de Dermatologia Sanitária, Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil

^b Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil

* Autor para correspondência.

E-mail: okada.maisa@gmail.com (M.A. Okada).

Recebido em 11 de agosto de 2020; aceito em 15 de outubro de 2020

<https://doi.org/10.1016/j.abdp.2022.06.004>

2666-2752/ © 2022 Sociedade Brasileira de Dermatologia.

Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este é um artigo Open Access sob uma licença CC BY (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

Ectima gangrenoso em pacientes neutropênicos e a importância do raspado e da biópsia cutânea precoce para exame direto ^{☆,☆☆}



Prezado Editor,

O ectima gangrenoso (EG) já foi considerado patognomônico de sepse por *Pseudomonas aeruginosa*.¹ Entretanto, outros agentes foram descritos em pacientes onco-hematológicos.² Biópsias cutâneas frequentemente não são realizadas, e o tratamento costuma ser empírico. Relatamos três casos de pacientes neutropênicos com EG com realização de raspado cutâneo com exame direto.

Paciente 1: Sexo masculino, 36 anos, com leucemia linfoblástica aguda, apresentou neutropenia febril (NF) durante quimioterapia, tendo iniciado cefepime. Após 10 dias, reapresentou febre e surgiram lesões eritematosas com centro necrótico na face e tórax. Apresentava neutropenia (10 mm³) e trombocitopenia (24.000 mm³). Foram coletadas hemoculturas, realizados raspado e biópsia cutânea e iniciados anfotericina B lipossomal e voriconazol. O exame direto identificou hifas hialinas septadas (fig. 1), posteriormente visualizadas no exame histopatológico. Foi identificado *Fusarium* spp. nas hemoculturas e cultura de pele, porém, o paciente veio a falecer.

Paciente 2: Sexo masculino, 47 anos, apresentou NF durante quimioterapia para leucemia mieloide aguda, tendo iniciado cefepime. Após 14 dias, reapresentou febre e surgimento de placa eritematosa com centro necrótico, única, no tórax (fig. 2). Apresentava neutropenia (40 mm³) e trombocitopenia (44.000 mm³). Foram coletadas hemoculturas e realizados raspado e biópsia cutânea. O exame direto revelou hifas hialinas não septadas (fig. 3), posteriormente visualizadas no exame histopatológico. Foi iniciado tratamento antifúngico com anfotericina B lipossomal. Posteriormente, foi identificado *Syncephalastrum*

spp. na cultura da pele. O paciente evoluiu afebril, com recuperação neutrofílica.

Paciente 3: Sexo masculino, 36 anos, apresentou NF durante quimioterapia para leucemia mieloide aguda, tendo sido iniciado cefepime. Após quatro dias, reapresentou febre, hipotensão arterial e surgimento de lesão eritematosa com necrose central no dorso. A antibioticoterapia foi ampliada para polimixina B, amicacina e meropeném. Apresentava neutropenia (170 mm³) e trombocitopenia (2.000 mm³). Foram realizados raspado e biópsia cutânea, e o exame direto identificou bastonetes gram-negativos. Não foi enviado material para exame histopatológico. Posteriormente, foi identificada *Pseudomonas aeruginosa* multirresistente na cultura de pele e hemoculturas. O esquema antimicrobiano foi mantido até a resolução clínica.

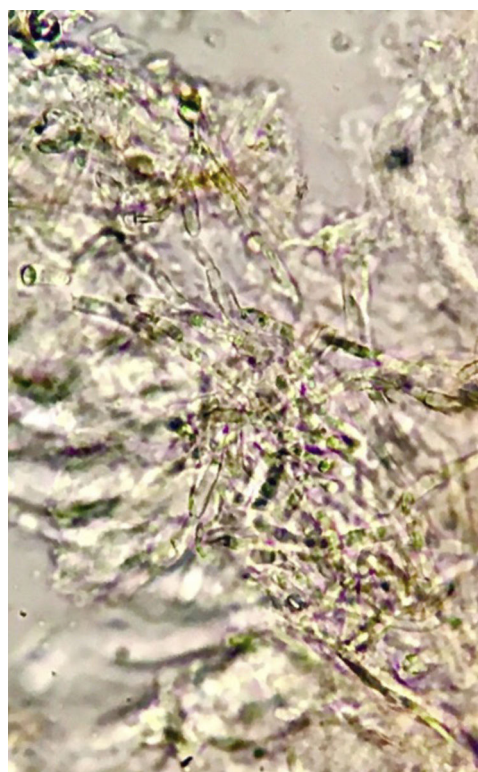


Figura 1 Hifas hialinas septadas com ramificação em ângulo agudo. Exame direto, KOH 20%, 40×.

DOI referente ao artigo:

<https://doi.org/10.1016/j.abdp.2022.06.004>

☆ Como citar este artigo: Gonzaga Y, Jeunon T, Machado J, Nucci M. Ecthyma gangrenosum in neutropenic patients and the importance of an early skin biopsy for direct examination. An Bras Dermatol. 2022;97:534–6.

☆☆ Trabalho realizado no Instituto Nacional de Câncer, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.



Figura 2 Placa eritematosa única, com centro necrótico, na região torácica anterior, próxima ao cateter de Hickman.

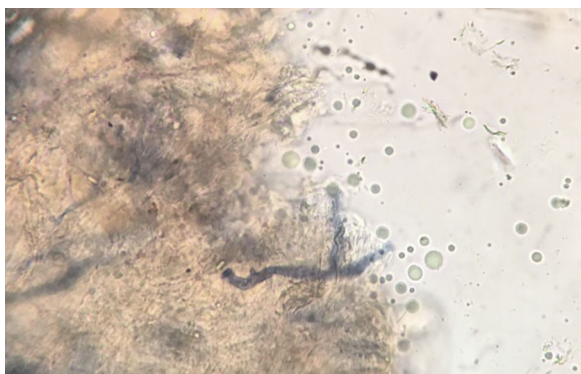


Figura 3 Hifa hialina espessa e não septada, com ramificação em ângulo reto. Exame direto. KOH 20% e tinta Parker.

No presente relato, apresentamos três casos de pacientes neutropênicos que desenvolveram EG. Todos tiveram apresentação clínica semelhante, com recidiva da febre e surgimento das lesões durante antibioticoterapia. No primeiro paciente, o exame direto sugeriu o diagnóstico de fusariose, guiando o tratamento antifúngico combinado. A causa da morte foi atribuída à ausência de reconstituição imunológica. No segundo paciente, o exame direto sugeriu o diagnóstico de mucormicose, guiando a troca do antifúngico para anfotericina B lipossomal. No terceiro paciente, o exame direto sugeriu o diagnóstico de sepse bacteriana, guiando a ampliação no esquema antibiótico, sem a associação de antifúngicos.

Normalmente, o agente do EG é identificado na hemocultura e na cultura da pele. Entretanto, como esses resultados não são imediatos, o tratamento costuma ser a ampliação empírica do esquema anti-infeccioso. As desvantagens dessa abordagem são a exposição a substâncias tóxicas e aumento de custos.

A biópsia cutânea é segura em pacientes trombocitopênicos.³ O exame direto ajudou a identificar o agente antes do resultado das culturas que, posteriormente, confirmaram o que já havia sido observado.

Em resumo, sugerimos a realização do raspado e da biópsia cutânea precoce com exame direto em pacientes neutropênicos com EG.

Suporte financeiro

Nenhum.

Contribuição dos autores

Yung Gonzaga: Aprovação da versão final do manuscrito; revisão crítica da literatura; obtenção, análise e interpretação dos dados; participação efetiva na orientação da pesquisa; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados; revisão crítica do manuscrito; elaboração e redação do manuscrito; análise estatística; concepção e planejamento do estudo.

Thiago Jeunon: Aprovação da versão final do manuscrito; revisão crítica da literatura; obtenção, análise e interpretação dos dados; participação efetiva na orientação da pesquisa; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados; revisão crítica do manuscrito; elaboração e redação do manuscrito; análise estatística; concepção e planejamento do estudo.

Jorge Machado: Aprovação da versão final do manuscrito; revisão crítica da literatura; obtenção, análise e interpretação dos dados; participação efetiva na orientação da pesquisa; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados; revisão crítica do manuscrito; elaboração e redação do manuscrito; análise estatística; concepção e planejamento do estudo.

Marcio Nucci: Aprovação da versão final do manuscrito; revisão crítica da literatura; obtenção, análise e interpretação dos dados; participação efetiva na orientação da pesquisa; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados; revisão crítica do manuscrito; elaboração e redação do manuscrito; análise estatística; concepção e planejamento do estudo.

Conflito de interesses

Nenhum.

Referências

- Pickarrd R, Llamas R. Ecthyma gangrenosum complicating Pseudomonas bacteremia. Rare survival. J Fla Med Assoc. 1970;57:34-5.
- Vaiman M, Lazarovitch T, Heller L, Lotan G, Ecthyma gangrenosum, ecthyma-like lesions: review article, Eur J. Clin Microbiol Infect Dis. 2015;34:633-9.
- Xia FD, Khosravi H, Waul MA, Butler D, Joyce C, Mostaghimi A. Low risk of hemorrhagic complications after obtaining diagnostic skin biopsy specimens in a cohort of thrombocytopenic inpatients. J Am Acad Dermatol. 2017;76:1004-5.

Yung Gonzaga ^{a,*}, Thiago Jeunon ^b,
Jorge Machado ^a e Marcio Nucci ^c

^a Instituto Nacional de Câncer, Rio de Janeiro, RJ, Brasil

^b Clínica privada, Rio de Janeiro, RJ, Brasil

^c Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil

* Autor para correspondência.

E-mail: yungbmg@hotmail.com (Y. Gonzaga).

Recebido em 14 de julho de 2020; aceito em 11 de novembro de 2020

<https://doi.org/10.1016/j.abdp.2022.06.010>

2666-2752/ © 2022 Sociedade Brasileira de Dermatologia.

Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este é um artigo Open

Access sob uma licença CC BY (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

Botriomicose exofítica: apresentação clínica incomum^{☆☆}



Prezado Editor,

A botriomicose é uma doença infecciosa crônica de origem bacteriana, granulomatosa e supurativa com distribuição mundial. A incidência e prevalência são desconhecidas, embora seja considerada uma doença rara, com aproximadamente 200 casos relatados em todo o mundo.¹⁻³

Um paciente do sexo masculino, 42 anos, agricultor, veio ao serviço de dermatologia com lesão de crescimento lento que havia aparecido há dois anos no hálux do pé direito. O paciente relatou dor de intensidade moderada, potencializada com a caminhada diária, além de sangramento autolimitado. O exame físico revelou na face dorsal do hálux um tumor exofítico ulcerado, eritematoso, com crosta hemática na superfície e algumas áreas de sangramento, medindo 5 × 5 cm (fig. 1).

Uma biópsia foi realizada com hipótese clínica de carcinoma espinocelular vs. melanoma amelanótico, e o resultado da análise histopatológica mostrou hiperplasia pseudo-epiteliomatosa, com corpúsculos granulares basofílicos (grânulos) e numerosos neutrófilos (figs. 2 e 3). As culturas microbiológicas foram negativas. Foi feito o diagnóstico de botriomicose exofítica, indicada a ressecção cirúrgica pelo serviço de cirurgia plástica e iniciada anti-bioticoterapia com trimetoprima-sulfametoxazol.

O termo botriomicose deriva do grego *botrys* (cacho de uvas) e *myces* (fungo), porque inicialmente suspeitava-se de uma etiologia fúngica. Dois tipos de apresentação podem ser descritos: cutânea e visceral.^{1,4}

A apresentação cutânea representa 75% dos casos relatados, e os 25% restantes correspondem ao tipo visceral. A botriomicose pode ocorrer em qualquer idade, embora raramente ocorra em crianças e adultos acima de 70 anos, e envolve principalmente áreas com maior suscetibilidade a traumas, como mãos, pés, cabeça e pescoço.^{1,3,4}

A história de trauma é o fator de risco mais importante; no caso apresentado no presente artigo, este foi o provável método de inoculação, já que o paciente trabalha na agricultura. Outros fatores de risco associados são imunossupressão, diabetes *mellitus*, doença hepática, alcoolismo, lúpus sistêmico, fibrose cística, desnutrição, deficiência de imunoglobulina, glomerulonefrite, HIV/AIDS ou história de cirurgia.^{1,4}

A patogênese dessa doença não é bem compreendida, e muitos autores concordam que essa reação corresponde ao fenômeno de Splendore-Hoeppli, no qual o complexo antígeno-anticorpo, imunoglobulina G e C3 são precipitados, processo no qual a fagocitose e a destruição bacteriana intracelular são evitadas.¹

O paciente apresentava nódulos, fístulas, abscessos e úlceras com exsudato seropurulento, nos quais grânulos branco-amarelados de 3 a 5 mm podiam ser vistos; infecção sistêmica não foi observada.⁵ O diagnóstico é feito isolando-se o agente causador, o que no entanto não é fácil de ser obtido.^{1,4}

O diagnóstico diferencial é feito com outras doenças infecciosas granulomatosas, como micetoma, actinomicose, esporotricose, tuberculose cutânea e neoplasias malignas, como carcinoma espinocelular e melanoma amelanótico.¹

O tratamento com antibiótico deve ser direcionado ao agente causador; no caso de lesões extensas, falha do tratamento sistêmico ou pacientes gravemente imunocomprometidos, recomenda-se a excisão e drenagem das lesões.^{1,2,4} No presente caso, o tratamento consistiu na excisão do tumor pelo serviço de cirurgia plástica, com reconstrução realizada com enxerto de espessura parcial, além de tratamento empírico com trimetoprima-sulfametoxazol em virtude do perfil epidemiológico e possível agente causador.

Este relato de caso apresenta um caso clínico de botriomicose exofítica, uma apresentação clínica incomum até então não relatada na literatura.

Suporte financeiro

Nenhum.

Contribuição dos autores

Lina Paola González-Cardona: Revisão crítica da literatura; revisão crítica do manuscrito; elaboração e redação do manuscrito; concepção e planejamento do estudo.

DOI referente ao artigo:

<https://doi.org/10.1016/j.abdp.2022.06.010>

☆ Como citar este artigo: González-Cardona LP, Alejo Villamil AM, Cortés Correa C, Peñaranda Contreras EO. Exophytic botryomycosis: An unusual clinical presentation. *An Bras Dermatol.* 2022;97:536-8.

☆☆ Trabalho realizado no Hospital Universitario La Samaritana, Bogotá, Colômbia.