

o nevo sebáceo.¹ Na histologia, evidenciam-se infundíbulo-foliculares dilatados e alongados com conteúdo córneo lamelar e basófilo.

Essa afecção hamartomatosa rara pode estar associada a síndromes genéticas com repercussões em outros sistemas; é importante investigar alterações esqueléticas, oculares e do sistema nervoso central, as quais, se presentes, configuram a síndrome do nevo comedônico.⁴ Apesar da extensão das lesões no paciente reportado, ao longo das linhas de Blaschko, sugerindo padrão mosaico, não se identificou nenhuma alteração sistêmica associada.

O tratamento pode ser tópico com uso de emolientes, corticoides em lesões inflamatórias e agentes ceratolíticos. O uso de tretinoína tópica tem sido relatado, porém com dados limitados em relação à eficácia.⁴ A isotretinoína oral mostrou-se ineficaz na maioria dos pacientes, mas pode ser uma opção em casos disseminados.³ Há também alguns relatos esporádicos de tratamentos com *laser* com resposta parcial.⁵ A exérese cirúrgica é opção excelente em lesões localizadas. Embora no caso apresentado as lesões fossem extensas, acometendo o dimídio direito, apenas as localizadas na região cervical se comportavam com inflamação e infecção, o que possibilitou abordagem cirúrgica dessa área sintomática e mais restrita, com boa resposta.

Suporte financeiro

Nenhum.

Contribuição dos autores

Gessica Ramos Barroso Diniz: Obtenção dos dados; redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; aprovação final da versão a ser submetida.



Flávia Vasques Bittencourt: Redação do artigo e revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; aprovação final da versão a ser submetida.

Conflito de interesses

Nenhum.

Referências

1. Kamińska-Winciorek G, Spiewak R. Dermoscopy on nevus comedonicus: a case report and review of the literature. *Postepy Dermatol Alergol.* 2013;30:252–4.
2. Kirta N, Inaloz HS, Karakok M, Erguven HG, Ozgoztasi O. Extensive inflammatory nevus comedonicus involving half of the body. *Int J Dermatol.* 2004;43:434–6.
3. Guldbakke KK, Khachemoune A, Deng A, Sina B. Naevus comedonicus: a spectrum of body involvement. *Clin Exp Dermatol.* 2007;32:488–92.
4. Ferrari B, Taliercio V, Restrepo P, Luna P, Abad ME, Larralde M. Nevus comedonicus: a case series. *Pediatr Dermatol.* 2015;32:216–9.
5. Caers SJ, Van der Geer S, Beverdam EG, Krekels GA, Ostertag JU. Successful treatment of nevus comedonicus with the use of the Erbium Yag laser. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2008;22:375–7.

Gessica Ramos Barroso Diniz  *
e Flávia Vasques Bittencourt  *

Serviço de Dermatologia, Hospital das Clínicas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil

* Autor para correspondência.

E-mails: gessica.ramos@gmail.com

(G.R. Diniz), flaviavbi@gmail.com (F.V. Bittencourt).

Recebido em 29 de dezembro de 2020; aceito em 18 de janeiro de 2021

<https://doi.org/10.1016/j.abdp.2022.11.002>

2666-2752/ © 2022 Publicado por Elsevier España, S.L.U. em nome de Sociedade Brasileira de Dermatologia. Este é um artigo Open Access sob uma licença CC BY (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

Erupção genital como apresentação inicial da varíola dos macacos ☆☆☆



Prezado Editor,

Monkeypox, ou varíola dos macacos, é doença endêmica da África Central e Ocidental causada pelo vírus Monkeypox, membro do gênero Orthopoxvirus. A doença foi diagnosticada pela primeira vez em humanos em 1970, em um bebê no Zaire¹ e, desde então, casos em pessoas fora da África têm sido frequentemente associados a viagens internacionais ou contato com animais importados.^{2,3} Recentemente,

um surto de varíola dos macacos ocorreu em todo o mundo.⁴ Na região europeia, em 22 de junho de 2022, os European Centres for Disease Control identificaram um total de 2.746 casos em 29 países, incluindo a República da Sérvia.⁵ Aqui, os autores relatam um caso de varíola dos macacos com erupção genital, simulando infecção sexualmente transmissível.

Um homem de 35 anos foi encaminhado ao Departamento de Infecções Sexualmente Transmissíveis para avaliação de erupção genital dolorosa que havia aparecido cinco dias antes e foi seguida por febre. A história pessoal do paciente mostrou que a febre e lesões na pele apareceram cinco dias após relação anal desprotegida com um parceiro masculino desconhecido na Alemanha. Ele apresentava história pessoal de herpes genital e nenhuma outra infecção sexualmente transmissível. O exame físico revelou múltiplas pápulas firmes, profundas e bem circunscritas, com umbilicação central na região púbica e na diátese do pênis. As lesões eram relativamente do mesmo tamanho e apresentavam o mesmo estágio de desenvolvimento, cercadas por halo eritematoso, seguido por edema de linfonodos na região

DOI referente ao artigo:

<https://doi.org/10.1016/j.abdp.2022.09.001>

☆ Como citar este artigo: Bjekic M, Markovic M, Dejanovic L. Genital rash as an initial presentation of monkeypox. *An Bras Dermatol.* 2023;98:114–5.

☆☆ Trabalho realizado no City Institute for Skin and Venereal Diseases, Belgrado, Sérvia.



Figura 1 Múltiplas lesões crostosas na região genital.

inguinal. O exame físico não revelou outras lesões cutâneas/mucosas. O paciente não apresentava comorbidades. Os exames sorológicos para sífilis (Venereal Disease Research Laboratory – VDRL e Treponema Pallidum Hemagglutination Assay – TPHA) e HIV foram negativos. Foi tratado com uma dose oral única de azitromicina 1 g e no dia seguinte a febre desapareceu. No quarto dia, as lesões apresentavam crostas (fig. 1) e ainda eram dolorosas. Como as doenças sexualmente transmissíveis haviam sido excluídas e havia suspeita de varíola dos macacos, o paciente foi encaminhado para a Clínica de Doenças Infecciosas, onde foram coletados *swabs* das lesões de pele e a reação em cadeia da polimerase (PCR) em tempo real confirmou varíola dos macacos. O paciente foi tratado com terapia sintomática e hospitalizado por cinco dias. Depois disso, ficou isolado em casa. Todas as lesões cutâneas regrediram completamente em cinco semanas.

O período de incubação da infecção pelo vírus monkeypox é de uma a duas semanas. Logo após o pródrómo (febre, dor de cabeça, mal-estar, linfadenopatia) aparece uma erupção com distribuição centrífuga (face, braços, pernas, incluindo palmas e plantas) passando por diferentes estágios (pápulas, vesículas, pústulas, crostas) antes da cicatrização. A infecção pode ser transmitida por gotículas respiratórias, contato físico próximo, incluindo relações sexuais, e por contato com fômites.^{4,6} Os pacientes são infectantes quando os sintomas se iniciam e permanecem infectantes até que todas as lesões cutâneas sejam resolvidas.

O surto de varíola dos macacos na região europeia acomete homens entre 31 e 40 anos, predominantemente aqueles que fazem sexo com homens.⁵ Embora os casos fora das regiões endêmicas estejam frequentemente ligados a viagens internacionais, neste surto não há ligações com viagens para a África. A transmissão de humano para humano ocorre por contato direto, inclusive durante o sexo, como descrito no presente caso. As apresentações clínicas neste surto são incomuns, com lesões na região anogenital e sintomas prodrômicos leves. Portanto, a doença pode ser confundida com infecções sexualmente transmissíveis (sífilis secundária, herpes genital, cancro mole) ou infecção pelo vírus varicela-zoster.⁴ Isso reforça a importância dos dermatologistas em serviços ambulatoriais na identificação e isolamento precoce dos casos com pronto rastreamento dos contatos. Os dermatologistas devem permanecer vigilantes; embora a varíola dos macacos não seja uma doença venérea clássica, pode ser transmitida durante a relação sexual.

Suporte financeiro

Nenhum.

Contribuição dos autores

Milan Bjekic: Aprovação da versão final do manuscrito; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados; elaboração e redação do manuscrito; concepção e planejamento do estudo.

Milica Markovic: Revisão crítica da literatura; obtenção, análise e interpretação dos dados; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados; revisão crítica do manuscrito.

Lidija Dejanovic: Participação efetiva na orientação da pesquisa; obtenção, análise e interpretação dos dados; revisão crítica do manuscrito.

Conflito de interesses

Nenhum.

Referências

1. Breman JG, Kalisa R, Steniowski MV, Zanotto E, Gromyko AI, Arita I. Human monkeypox, 1970-79. *Bull World Health Organ.* 1980;58:165–82.
2. Centers for Disease Control and Prevention (CDC) Update: multistate outbreak of monkeypox - Illinois, Indiana, Kansas, Missouri, Ohio, and Wisconsin, 2003. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2003;52:642-6.
3. Vaughan A, Aarons E, Astbury J, Balasegaram S, Beadsworth M, Beck CR, et al. Two cases of monkeypox imported to the United Kingdom. *September 2018. Euro Surveill.* 2018;23:1800509.
4. Centres for Disease Control and Prevention. Monkeypox. [Acesso em 7 Julho 2022]. Disponível em: <https://www.cdc.gov/poxvirus/monkeypox/index.html>.
5. European Centre for Disease Prevention and Control/WHO Regional Office for Europe [Acesso em 2022 July 7]. Disponível em: <https://monkeypoxreport.ecdc.europa.eu/>. Monkeypox, Joint Epidemiological overview, 22 June 2022.
6. Petersen E, Kantele A, Koopmans M, Asogyn D, Yinke-Ogunleye A, Ihekweazu C, et al. Human monkeypox: epidemiologic and clinical characteristics, diagnosis, and prevention. *Infect Dis Clin North Am.* 2019;33:1027–43.

Milan Bjekic ^a, Milica Markovic ^{a,*}
e Lidija Dejanovic ^b

^a *City Institute for Skin and Venereal Diseases, Belgrado, Sérvia*

^b *Faculdade de Odontologia, Pancevo, Belgrado, Sérvia*

* Autor para correspondência.

E-mail: drmilicadermatolog@gmail.com (M. Markovic).

Recebido em 28 de julho de 2022; aceito em 1 de setembro de 2022

<https://doi.org/10.1016/j.abdp.2022.11.024>
2666-2752/ © 2022 Publicado por Elsevier España, S.L.U. em nome de Sociedade Brasileira de Dermatologia. Este é um artigo Open Access sob uma licença CC BY (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).