

CARTAS - TROPICAL/INFECTOPARASITÁRIA

Cromoblastomicose em paciente transplantado renal^{☆,☆☆}



Prezado Editor,

A cromoblastomicose é micose subcutânea causada por implantação traumática de fungos demáceos, acometendo principalmente membros inferiores de homens trabalhadores rurais nas regiões tropicais e subtropicais.¹ É raramente relatada em hospedeiros imunossuprimidos, em particular nos receptores de transplante de órgãos sólidos ou em associação com doenças neoplásicas.^{2,3} Nosso caso trata de paciente do sexo masculino, 63 anos, morador da zona urbana, trabalhador da construção civil, que referia lesão no antebraço direito após trauma local com galho de árvore havia três anos. O crescimento foi lento e progressivo, com discreto prurido local. O paciente era hipertenso e transplantado renal havia cinco anos em virtude de doença renal crônica, provavelmente secundária ao uso de anti-inflamatórios não hormonais, e estava em uso de tacrolimus 2 mg/dia, sirolimus 2 mg/dia e prednisona 5 mg/dia.

Ao exame, observava-se placa infiltrada eritemato-descamativa de 2,5 × 3,0 cm incluindo área cicatricial (fig. 1A). A dermatoscopia, utilizando-se de luz polarizada, marca Heine, modelo Delta 30, evidenciou fundo rosa avermelhado, escamas, estruturas ovoides laranja-avermelhadas intercaladas com pontos marrons e lagos vermelhos extravasculares em área não recoberta por escamo-crostas (fig. 1B).

A histopatologia mostrou infiltrado inflamatório granulomatoso dérmico associado a microabscesso neutrofílico e frequentes estruturas fúngicas redondas, acastanhadas, características de células escleróticas ou muriformes, algumas delas no citoplasma de células gigantes multinucleadas (fig. 2) e apresentando septação equatorial. O cultivo em ágar Mycosel evidenciou colônia de coloração negro-esverdeada, de aspecto aveludado e elevação central (fig. 3A) e microcultivo com presença de esporulação tipo *Cladosporium* com conidióforos, eretos, de cadeias cur-

tas com dois a três conídios no ápice ou próximo do ápice, compatíveis com *Fonsecaea* spp. (fig. 3B). Em decorrência da pandemia de COVID-19, o paciente foi reavaliado nove meses após a consulta inicial, referindo lesão estável. Informava a substituição do sirolimus por micofenolato mofetil no período. Foi submetido a exérese cirúrgica, com margem de 5 mm. O paciente retornou para reavaliação após dois meses da cirurgia com boa cicatrização e sem sinais de recidiva (fig. 4), mantendo aspecto cicatricial quando da última reavaliação, correspondendo ao nono mês após procedimento.

Os países de maior prevalência da cromoblastomicose são Brasil, México, Venezuela, Índia, Austrália e China.² No Brasil, a micose ocorre na maioria dos estados, destacando-se o estado do Pará com a maior incidência.¹ Os membros inferiores são as áreas mais acometidas, seguidos pelos membros superiores; sexo masculino, idade entre 20-60 anos e atividade rural são o denominador comum em 90% dos casos.¹⁻⁵ O agente etiológico mais prevalente é o *Fonsecaea pedrosoi* (66%-96% dos casos), seguido por *Cladophialophora carrionii* e *Phialophora verrucosa*.²⁻⁵ A manifestação clínica da cromoblastomicose é polimórfica e pode se apresentar como lesão verrucosa, nodular, tumoral, cicatricial ou em placa infiltrada.² A evolução das lesões associadas à imunossupressão pós-transplante não difere, na maioria dos casos, do observado no paciente imunocompetente, ou seja, crescimento lento, indolente.³⁻⁵ Pode-se especular que o tacrolimus, por sua ação também antifúngica, retarde a evolução da lesão.⁶

Presença de doenças ou uso de medicações imunossupressoras associadas foi descrita em apenas 0,2% dos casos relatados, e o transplante de órgãos sólidos é o mais comum, seguido de infecção pelo HIV, artrite reumatoide, lúpus eritematoso sistêmico (LES), neoplasia da bexiga, doença celíaca, anemia perniciosa e linfoma não Hodgkin.³⁻⁵

À dermatoscopia, observa-se usualmente a presença de pontos preto-avermelhados que representam a eliminação transepidérmica de células inflamatórias, elementos fúngicos ou hemorragia. Estruturas ovoides amarelo alaranjadas sobre fundo branco-róseo, vasos polimórficos, escamas e crostas também podem ser visualizadas.⁷ O tratamento de escolha da cromoblastomicose, sempre que possível, é a remoção cirúrgica, associada ou não ao tratamento clínico ou a tratamentos físicos adjuvantes que possam reduzir o diâmetro da lesão e permitir a exérese cirúrgica. Recomenda-se o seguimento pós-cirúrgico a longo prazo, pois recidivas são possíveis. Itraconazol entre 200-400 mg/dia por tempo variável, ou em combinação com terbinafina 500 mg/dia, são os antifúngicos mais utilizados.

DOI referente ao artigo:

<https://doi.org/10.1016/j.abd.2023.02.008>

☆ Como citar este artigo: Holanda IR, Lacerda PN, Silva CN, Camargo RM, Miola AC, Marques SA. Chromoblastomycosis in a renal transplant patient. An Bras Dermatol. 2024;99:142-5.

☆☆ Trabalho realizado na Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, SP, Brasil.

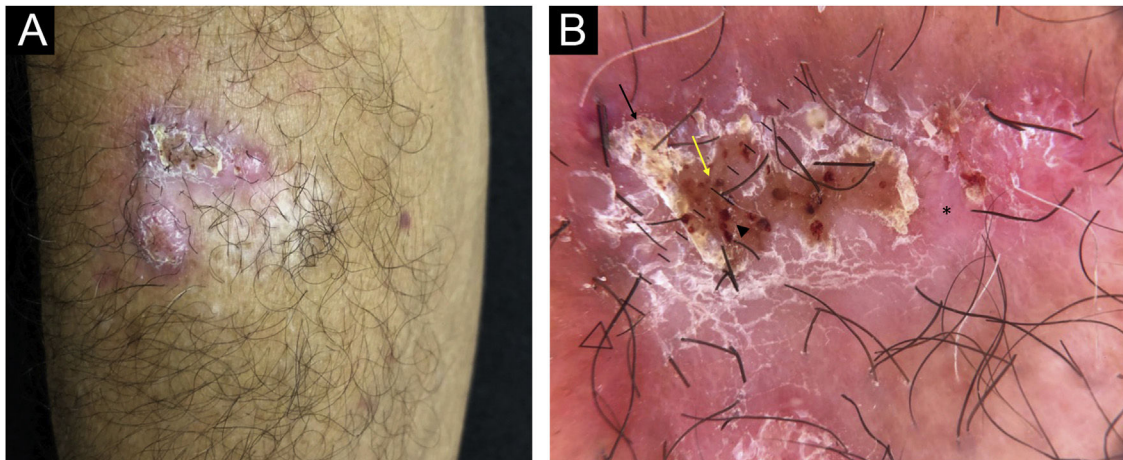


Figura 1 (A) Lesão em placa infiltrada, com superfície recoberta por escamo-crostas localizada no antebraço direito. (B) Dermatoscopia sob luz polarizada evidenciou fundo rosa avermelhado (asterisco), escamas (seta preta), estruturas ovoides laranja-avermelhadas intercaladas com pontos marrons (seta amarela) e lagos vermelhos extravasculares em área não recoberta por escamo-crostas (ponta de seta)

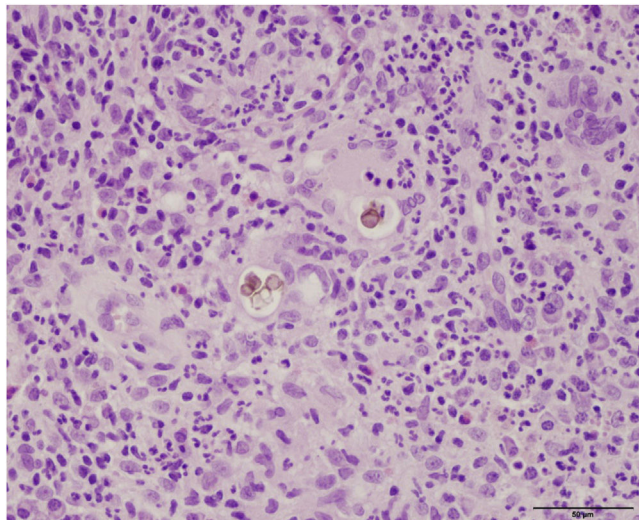


Figura 2 Infiltrado inflamatório granulomatoso dérmico associado a abscesso neutrofílico e presença de fungos de coloração acastanhada, corpos muriformes, alguns deles retidos no citoplasma de células gigantes multinucleadas

Posaconazol é alternativa após falha ou intolerância ao tratamento clínico clássico.⁸ Métodos terapêuticos físicos como termoterapia, crioterapia, terapia a laser e terapia fotodinâmica, podem ser eficazes ou úteis como adjuvantes.²

A cromoblastomicose constitui-se desafio diagnóstico em pacientes imunossuprimidos, pois é raramente observada ou relatada na literatura. Importante estar atento às interações medicamentosas entre antifúngicos sistêmicos e a terapia imunossupressora em uso, o que pode se constituir em limitante importante ao tratamento.

Suporte financeiro

Nenhum.

Contribuição dos autores

Ingrid Rocha Meireles Holanda: Concepção e planejamento do estudo; elaboração e redação do manuscrito; 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 da literatura; revisão crítica do manuscrito; aprovação da versão final do manuscrito.

Priscila Neri Lacerda: Concepção e planejamento do estudo; elaboração e redação do manuscrito; obtenção, análise e interpretação dos dados; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados; revisão crítica da literatura; revisão crítica do manuscrito.

Carolina Nunhez da Silva: Elaboração e redação do manuscrito; obtenção, análise e interpretação dos dados; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou

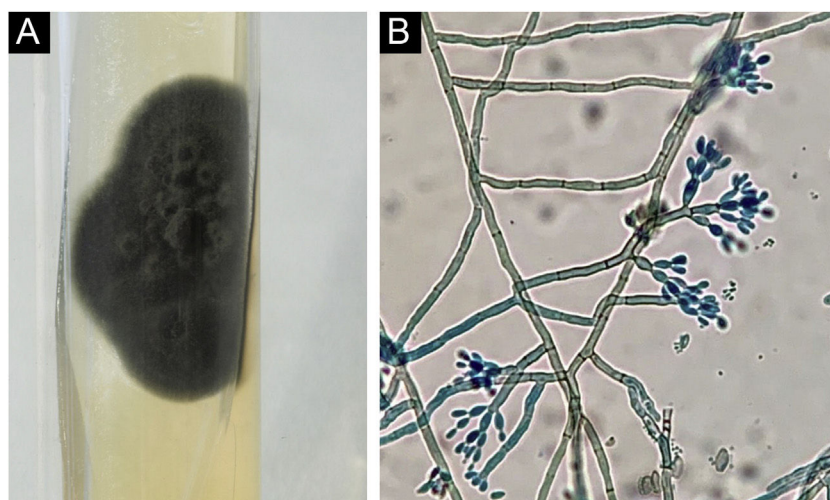


Figura 3 (A) Cultura de coloração negro-esverdeada, aspecto aveludado e elevação central (Agar Mycosel). (B) Microcultivo com presença de esporulação tipo *Cladosporium* com conidióforos, eretos, de cadeias curtas com dois a três conídios (Coloração: azul algodão). *Fonsecaea* spp



Figura 4 Pós-operatório tardio dois meses após cirurgia excisional

terapêutica de casos estudados; revisão crítica da literatura; revisão crítica do manuscrito.

Rosângela Maria Pires de Camargo: Elaboração e redação do manuscrito; obtenção, análise e interpretação dos dados; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados; revisão crítica da literatura; revisão crítica do manuscrito.

Anna Carolina Miola: Elaboração e redação do manuscrito; obtenção, análise e interpretação dos dados; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados; revisão crítica da literatura; revisão crítica do manuscrito.

Silvio Alencar Marques: Concepção e planejamento do estudo; elaboração e redação do manuscrito; participação efetiva na orientação da pesquisa; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados; revisão crítica da literatura; revisão crítica do manuscrito; aprovação da versão final do manuscrito.







Conflito de interesses

Nenhum.

Referências

1. Brito AC, Bittencourt MJS. Chromoblastomycosis: an etiological, epidemiological, clinical, diagnostic and treatment up-date. *An Bras Dermatol.* 2018;93:495–506.
2. Queiroz-Telles F, De Hoog S, Santos DWCL, Salgado CG, Vicente VA, Bonifaz A, et al. Chromoblastomycosis. *Clin Microbiol Rev.* 2017;30:233–76.
3. Kumbhakar R, Miko BA. Chromoblastomycosis in solid organ transplant recipients. *Curr Fungal Infect Rep.* 2019;13:139–45.
4. Santos DWCL, Azevedo CMPS, Vicente VA, Queiroz-Telles F, Rodrigues AM, Hoog GS, et al. The global burden of chromoblastomycosis. *PLoS Negl Trop Dis.* 2021;15:0009611.
5. Lima ACC, Santos DWCL, Hirata SH, Nishikaku AS, Enokihara MMSES, Ogawa MM. Therapeutic management of subcutaneous phaeohyphomycosis and chromoblastomycosis in kidney transplant recipients: a retrospective study of 82 cases in a single center. *Int J Dermatol.* 2022;61:346–51.
6. Antypenko L, Meyer F, Sadykova Z, Garbe LA, Steffens KG. Tacrolimus as antifungal agent. *Acta Chim Slov.* 2019;66:784–91.
7. Chauhan P, Jindal R, Shirazi N. Dermoscopy of chromoblastomycosis. *Indian Dermatol Online J.* 2019;10:759–60.

8. Dupont C, Duong TA, Mallet S, Mamzer-Bruneel MF, Thervet E, Bognoux ME, et al. Unusual presentation of chromoblastomycosis due to *Cladophialophora carrionii* in a renal and pancreas transplant recipient patient successfully treated with posaconazole and surgical excision. *Transpl Infect Dis.* 2010;12:180–3.

Ingrid Rocha Meireles Holanda *,
Priscila Neri Lacerda , Carolina Nunhez da Silva ,
Rosangela Maria Pires de Camargo ,
Anna Carolina Miola  e Silvio Alencar Marques 

Departamento de Dermatologia, Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, SP, Brasil

* Autor para correspondência.

E-mail: ingmeireles@hotmail.com (I.R. Holanda).

Recebido em 25 de outubro de 2022; aceito em 16 de fevereiro de 2023

<https://doi.org/10.1016/j.abdp.2023.09.018>

2666-2752/ © 2023 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/>).

Infecção esporotricose-símile causada por *Mycobacterium abscessus* após mordida de cão ☆,☆☆



Prezado Editor,

Os termos “micobactérias atípicas” ou “micobactérias não tuberculosas” (MNT) referem-se a um grupo de micobactérias além de *Mycobacterium tuberculosis* e de *Mycobacterium leprae*^{1,2}. As MNT são organismos onipresentes que podem resistir a condições extremas de temperatura^{1,2}. *Mycobacterium abscessus* é micobactéria atípica de crescimento rápido que pode causar lesões cutâneas e infecções disseminadas, geralmente após trauma cutâneo². As manifestações dermatológicas incluem nódulos, abscessos e úlceras que muitas vezes podem se assemelhar a infecções por *Sporothrix*¹. A transmissão zoonótica é raramente relatada³.

Relato do caso

Paciente do sexo feminino, 63 anos, apresentava história de nódulo com crescimento de dois meses na face medial da coxa após sofrer mordida de cão de rua. Ela havia sido tratada anteriormente com clindamicina 300 mg, 3x/dia, por 21 dias, sem melhora. Ao exame, havia três gomas ulceradas e purulentas sobre área eritematosa, quente, sensível e flutuante na coxa (fig. 1). Não foram encontradas adenomegalias. Foram obtidas amostras da secreção para estudos microbiológicos e de biologia molecular. Coloração pelo método de Gram, esfregaço de KOH e cultura de Sabouraud foram negativas. Bacilos álcool-ácido resistentes (BAAR) foram identificados na coloração pelo método de Ziehl-Neelsen

(fig. 2). Colônias cremosas, de cor branca e cerebriformes cresceram em meio de cultura de Lowenstein-Jensen (fig. 3) e houve identificação de polimorfismo de fragmentos de restrição utilizando a reação em cadeia da polimerase (PCR – RFLP) dos genes *gyrB* e *hsp65* com digestão das enzimas *RsaI*, *TaqI* ou *Sac II* e enzima *HhaI*, respectivamente e o PCR multi-primer para detectar a ausência ou a presença das regiões RD9 e RD1 confirmou *M. abscessus*. A paciente recebeu amicacina 1 g IM diariamente por duas semanas em dois ciclos mais claritromicina 500 mg, 2x/dia por quatro meses, apresentando resposta clínica favorável (fig. 4).

As MNT compreendem um grupo heterogêneo de bacilos álcool-ácido-resistentes que são classificados de acordo com



Figura 1 Três gomas ulceradas e purulentas afetando a coxa.

DOI referente ao artigo:

<https://doi.org/10.1016/j.abdp.2023.02.004>

☆ Como citar este artigo: Mendoza-Del Toro PG, Robles-Tenorio A, Tarango-Martínez VM. *Mycobacterium abscessus* sporotrichoid infection after a dog bite. *An Bras Dermatol.* 2024;99:145–7.

☆☆ Trabalho realizado no Dermatological Institute of Jalisco “Dr. José Barba Rubio”, Secretariat of Salud Jalisco, Zapopan, Jalisco, México.