

Melissa Orzechowski Xavier: Elaboração e edição do manuscrito.

Rossana Patricia Basso: Obtenção, análise e interpretação dos dados; metodologia.

Karine Ortiz Sanchothene: Obtenção, análise e interpretação dos dados.

Fabiana Fedatto Bernardon: Metodologia.

Vanice Rodrigues Poester: Elaboração e edição do manuscrito; revisão crítica do manuscrito.

## Conflito de interesses

Nenhum.

## Referências

- Poester VR, Mattei AS, Madrid IM, Pereira JTB, Klafke GB, Sanchothene KO, et al. Sporotrichosis in Southern Brazil, towards an epidemic? *Zoonoses Public Health*. 2018;65:815–21.
- Orofino-Costa R, Freitas DFS, Bernardes-Engemann AR, Rodrigues AM, Talhari C, Ferraz CE, et al. Human sporotrichosis: recommendations from the Brazilian Society of Dermatology for the clinical, diagnostic and therapeutic management. *An Bras Dermatol*. 2022;97:757–77.
- Crestani L, Souza BCE, Kakizaki P, Valente NYS. Therapeutic failure with itraconazole in sporotrichosis due to bariatric surgery. *An Bras Dermatol*. 2020;95:241–3.
- Poester VR, Stevens DA, Basso RP, Munhoz LS, Zanchi M, Benelli JL, et al. CATastrophe: response to the challenges of zoonotic sporotrichosis in southern Brazil. *Mycoses*. 2022;65:30–4.
- Xavier MO, Bittencourt LR, Silva CM, Vieira RS, Pereira HC. Atypical presentation of sporotrichosis: report of three cases. *Rev Soc Bras Med Trop*. 2013;46:116–8.
- Poester VR, Xavier MO, Munhoz LS, Basso RP, Zancopé-Oliveira RM, Freitas DFS, et al. *Sporothrix brasiliensis* causing atypical sporotrichosis in Brazil: a systematic review. *J Fungi (Basel)*. 2024;10:287.

- Padwal R, Brocks D, Sharma AM. A systematic review of drug absorption following bariatric surgery and its theoretical implications. *Obes Rev*. 2010;11:41–50.
- Sardana K, Khurana A, Gupta A. Parameters that determine dissolution and efficacy of itraconazole and its relevance to recalcitrant dermatophytoses. *Expert Rev Clin Pharmacol*. 2019;12:443–52.
- Gómez-López A. Antifungal therapeutic drug monitoring: focus on drugs without a clear recommendation. *Clin Microbiol Infect*. 2020;26:1481–7.

Maria Eduarda Resende Melo <sup>a,\*</sup>,  
 Melissa Orzechowski Xavier <sup>a,b</sup>,  
 Rossana Patricia Basso <sup>a,c</sup>,  
 Karine Ortiz Sanchothene <sup>a,b,c</sup>,  
 Fabiana Fedatto Bernardon <sup>a,c</sup>  
 e Vanice Rodrigues Poester <sup>a,b</sup>

<sup>a</sup> Laboratório de Micologia, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, RS, Brasil

<sup>b</sup> Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, RS, Brasil

<sup>c</sup> Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr., Universidade Federal do Rio Grande; Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, Rio Grande, RS, Brasil

\* Autor para correspondência.

E-mails: [rmeloduda@gmail.com](mailto:rmeloduda@gmail.com) (M.E. Melo),  
[vanicerp@gmail.com](mailto:vanicerp@gmail.com) (V.R. Poester).

Recebido em 6 de junho de 2024; aceito em 27 de julho de 2024

<https://doi.org/10.1016/j.abdp.2024.11.011>

2666-2752/ © 2024 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/>).

## Amebíase cutânea: uma raridade dermatológica☆☆☆



Prezado Editor,

Amebíase cutânea (AC) é doença infecciosa rara causada por *Entamoeba histolytica*, protozoário de distribuição mundial com maior frequência em pacientes da região intertropical.<sup>1</sup> A AC ocorre como evento primário quando o protozoário é inoculado diretamente na pele (procedimentos cirúrgicos, por meio de cateter), e secundário quando associado a infecção do trato digestivo por disseminação hemato-

gênica, ou por contiguidade, principalmente na região perianal/vulvar, na pele ao redor da drenagem de abscesso hepático e ao redor de colostomias.<sup>1,2</sup> Eventos secundários são os mais frequentes; o envolvimento cutâneo sem a contiguidade intestinal é muito raro.<sup>2</sup>

Apresentamos o caso de paciente de 47 anos de sexo feminino, com antecedente de doença renal crônica agudizada com indicação de hemodiálise, encaminhada ao Serviço de Dermatologia com lesões nodulares e tumorações abedantes, apresentando drenagem de secreção purulenta, que surgiram primariamente no local de implante de cateter de Shiley na subclávia direita havia quatro meses. As lesões se disseminaram para abdome e tórax anterior e posterior, e eram dolorosas à palpação. A paciente negava sintomas sistêmicos como febre, perda ponderal não intencional e sudorese noturna. Foi realizado tratamento empírico com antimicrobianos (ciprofloxacino e cefalexina), sem melhora do quadro.

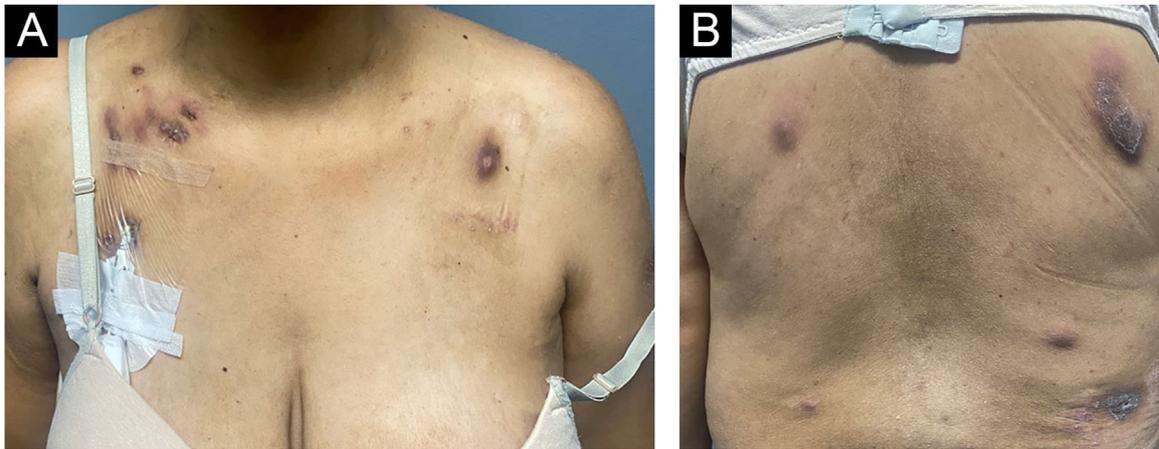
Ao exame físico, foram observados diversos nódulos e tumorações subcutâneas de até 6 cm em seu maior eixo, recobertos por pele eritemato-violáceas levemente

DOI do artigo original:

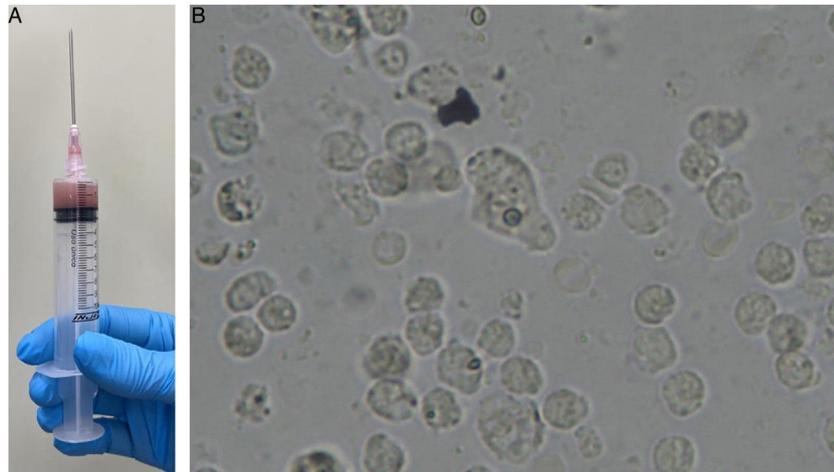
<https://doi.org/10.1016/j.abdp.2024.04.008>

☆ Como citar este artigo: Veasey JV, Moreira HP, Hafner MF, Lellis RF. Cutaneous amoebiasis: A dermatological rarity. *An Bras Dermatol*. 2025;100:200–3.

☆☆ Trabalho realizado na Clínica de Dermatologia, Hospital da Santa Casa de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.



**Figura 1** Aspecto clínico da paciente na primeira consulta dermatológica: lesões no abdome, tórax anterior e posterior com nódulos e tumorações recobertos por pele eritemato-violácea levemente descamativa, alguns apresentavam drenagem espontânea de secreção purulenta.



**Figura 2** Exame de pesquisa direta de secreção coletada por punção guiada por ultrassom (A) evidenciando o parasita *Entamoeba histolytica* na forma de cistos e, ao centro da imagem (B), de trofozoíta.

descamativa com centro ulcerado, alguns apresentavam drenagem espontânea de secreção purulenta (fig. 1).

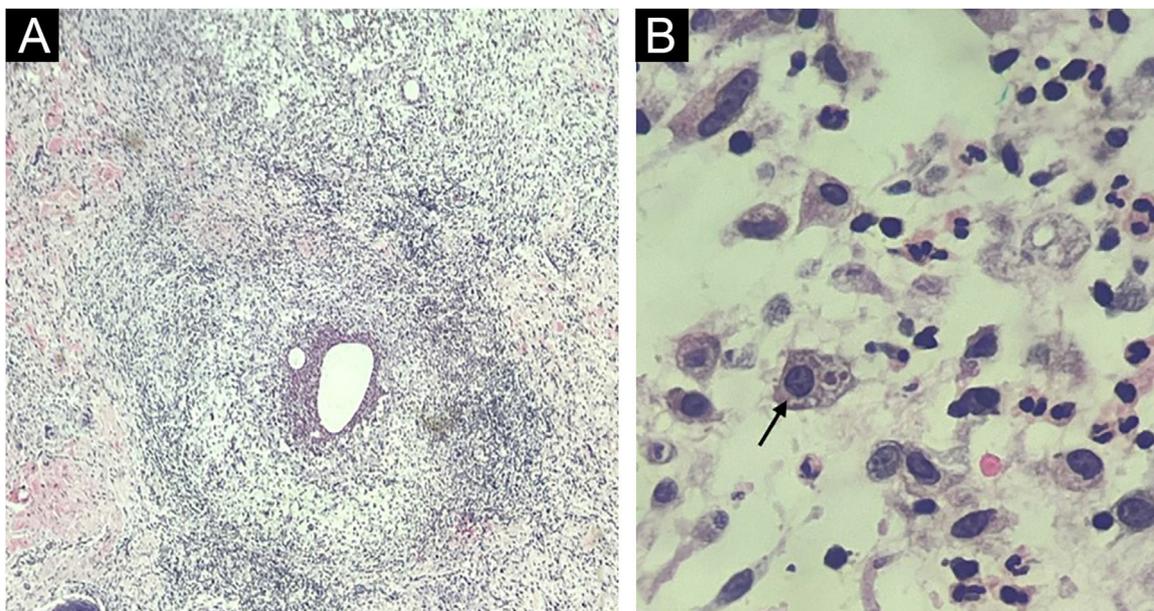
Foi realizada punção aspirativa com agulha fina guiada por ultrassom dermatológico em lesão no tórax posterior (a maior lesão); o material coletado foi enviado ao laboratório de microbiologia para cultura de bactérias aeróbias, anaeróbias e microbactérias, que não apresentaram crescimento de colônias bacterianas, e ao laboratório de parasitologia, onde o exame direto evidenciou estruturas compatíveis com cistos e trofozoítos de *Entamoeba histolytica* (fig. 2). Foi também realizada biópsia de pele, em que foi possível observar reação histiocitária circundando abscessos na derme superficial e profunda e maior aumento com evidência de trofozoíta de *Entamoeba histolytica* (fig. 3).

Foram realizados exames complementares para investigação de acometimento do parasita em demais órgãos. O exame parasitológico de fezes em três amostras mostrou-se negativo para helmintos e protozoários, e tomografias computadorizadas de abdome e pelve não demonstraram presença de abscesso hepático ou intestinal.

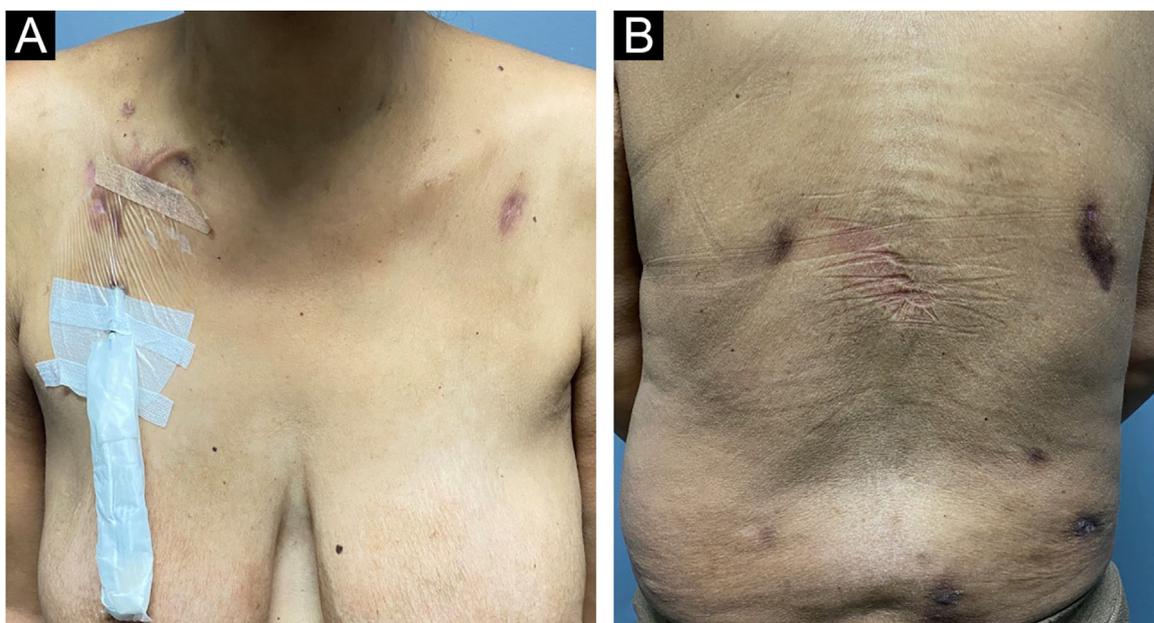
Exames laboratoriais realizados antes e após o tratamento não demonstraram alterações em relação às enzimas hepáticas tanto canaliculares quanto transaminases. A paciente apresentava anemia normocítica e normocrômica relacionada à sua enfermidade de base.

Inicou-se tratamento oral com metronidazol 250 mg de 8/8 horas durante 20 dias associado a ivermectina 12 mg dose única. A paciente foi reavaliada após 30 dias do término do metronidazol, apresentando melhora significativa das lesões, com regressão dos nódulos e tumorações subcutâneas, ausência de eritema, apenas com hiperpigmentação residual (fig. 4).

A amebíase é um problema de saúde pública em todo o mundo, particularmente nos países em desenvolvimento. Os primeiros registros foram provavelmente realizados por Hipócrates, que discutiu a disenteria associada à inflamação do fígado.<sup>3</sup> Entretanto, o acometimento cutâneo é extremamente raro. Estudos de revisão que agrupam décadas de atendimentos e publicações científicas somam números modestos de no máximo 26 casos em crianças e adultos.<sup>3-5</sup>



**Figura 3** Exame histopatológico. (A) Corte de pele evidenciando reação histiocitária que circunda abscessos na derme superficial e profunda (Hematoxilina & eosina,  $\times 40$ ). (B) Evidência de trofozoita de *Entamoeba histolytica* com morfologia semelhante ao exame direto (Hematoxilina & eosina,  $\times 1.000$  em óleo de imersão).



**Figura 4** Aspecto clínico da paciente após tratamento com metronidazol e ivermectina, paciente apresentando apenas lesões residuais.

Embora as lesões cutâneas possam ocorrer em qualquer local do corpo, a úlcera anogenital é a principal manifestação e localização relatada tanto em crianças quanto em adultos.<sup>3,4</sup> Os trofozoítos são continuamente eliminados, e a pele circundante apresenta traumas repetidos – esse é o principal mecanismo de infecção: as amebas escapam do intestino para a pele contígua.<sup>2</sup> A transmissão pode ocorrer também por contato com fômites contaminadas, além de relações sexuais. A disseminação hematogênica ocorre quando trofozoítas carregados pela circulação san-

guínea atingem o fígado – ou raramente outros órgãos, como pulmão – e migram para a pele em um segundo movimento de invasão.<sup>3</sup> No caso apresentado, a associação com inserção de cateter de Shilley foi evidente já na anamnese, e a ausência de evidência de amebíase nos exames complementares reforçam essa patogenia. Posterior disseminação hematogênica ocorreu demonstrado pela presença de lesões disseminadas, não apenas no local de implantação do cateter.

O diagnóstico pode ser facilmente confirmado tanto pela pesquisa direta de secreção de lesão (esfregaço em úlceras, punção em nódulos/abscessos) quanto por exames histopatológicos, que evidenciam pela coloração de rotina (Hematoxilina & eosina) os trofozoítas de *E. histolytica*.<sup>3,6</sup> O tratamento é realizado com metronidazol na maioria dos casos, podendo ser utilizado outros medicamentos como cloroquina, tinidazol, ementina e até exérese cirúrgica de lesões.<sup>2,3</sup> Sem diagnóstico correto e tratamento imediato, pode resultar em morbidade grave e até levar a óbito.<sup>4</sup> A paciente do presente caso foi tratada não apenas com metronidazol e ivermectina, mas também houve troca do cateter, que não evidenciou parasita em pesquisa laboratorial. A paciente evoluiu com boa resposta terapêutica, seguindo em retornos ambulatoriais na Dermatologia.

### Suporte financeiro

Nenhum.

### Contribuição dos autores

John Verrinder Veasey: Concepção e o desenho do estudo; levantamento dos dados, ou análise e interpretação dos dados; redação do artigo ou revisão crítica do conteúdo intelectual importante; obtenção, análise e interpretação dos dados; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados; revisão crítica da literatura; aprovação final da versão final do manuscrito.

Helena Pladevall Moreira: Levantamento dos dados, ou análise e interpretação dos dados; redação do artigo ou revisão crítica do conteúdo intelectual importante; obtenção, análise e interpretação dos dados; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados; revisão crítica da literatura; aprovação final da versão final do manuscrito.

Mariana de Figueiredo Silva Hafner: Participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados.

Rute Facchini Lellis: Levantamento dos dados, ou análise e interpretação dos dados; obtenção, análise e interpretação dos dados; revisão crítica da literatura; aprovação final da versão final do manuscrito.

### Conflito de interesses

Nenhum.

### Referências

1. Eichelmann K, Tomecki KJ, Martínez JD. Tropical dermatology: cutaneous larva migrans, gnathostomiasis, cutaneous amebiasis and trombiculiasis. *Semin Cutan Med Surg.* 2014;33:133–5.
2. Parshad S, Grover PS, Sharma A, Verma DK, Sharma A. Primary cutaneous amoebiasis: case report with review of the literature. *Int J Dermatol.* 2002;41:676–80.
3. Fernández-Díez J, Magaña M, Magaña ML. Cutaneous amebiasis: 50 years of experience. *Cutis.* 2012;90:310–4.
4. Kenner BM, Rosen T. Cutaneous amebiasis in a child and review of the literature. *Pediatr Dermatol.* 2006;23:231–4.
5. Magaña ML, Fernández-Díez J, Magaña M. Cutaneous amebiasis in pediatrics. *Arch Dermatol.* 2008;144:1369–72.
6. Magaña M, Magaña ML, Alcántara A, Pérez-Martín MA. Histopathology of cutaneous amebiasis. *Am J Dermatopathol.* 2004;26:280–4.

John Verrinder Veasey <sup>a,b,\*</sup>,  
Helena Pladevall Moreira <sup>a</sup>,  
Mariana de Figueiredo Silva Hafner <sup>a</sup>  
e Rute Facchini Lellis <sup>c</sup>

<sup>a</sup> *Clínica de Dermatologia, Hospital da Santa Casa de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil*

<sup>b</sup> *Disciplina de Dermatologia, Faculdade de Ciências Médicas, São Paulo, SP, Brasil*

<sup>c</sup> *Laboratório de Patologia, Hospital da Santa Casa de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil*

\* Autor para correspondência.

E-mail: [johnveasey@uol.com.br](mailto:johnveasey@uol.com.br) (J.V. Veasey).

Recebido em 8 de fevereiro de 2024; aceito em 1 de abril de 2024

<https://doi.org/10.1016/j.abdp.2024.11.006>  
2666-2752/ © 2024 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/>).