



QUAL O SEU DIAGNÓSTICO?

Caso para diagnóstico. Úlcera e lesões papulosas em paciente com diabetes *mellitus*^{☆,☆☆}

Larissa Daniele Machado Góes ^{ID}*, Vinícius da Silva Monteiro ^{ID} e Ana Tereza Orsi de Souza ^{ID}

Fundação de Dermatologia Tropical e Venereologia Alfredo da Matta, Manaus, AM, Brasil

Recebido em 15 de janeiro de 2021; aceito em 30 de março de 2021

PALAVRAS-CHAVE

Dermatoses infecciosas;
Infecções oportunistas;
Prototheca

Resumo A prototecose é doença rara, ocasionada por alga aclorofílica do gênero *Prototheca* spp. Em geral, são observadas três formas clínicas: cutânea, articular e sistêmica. A forma cutânea é a mais comum. Neste trabalho é apresentado o relato de caso de uma paciente com pápulas eritematosas isoladas e placas papulosas eritematosas nas regiões escapulares, com diagnóstico histopatológico prévio de criptococose. Novos exames foram conclusivos para o diagnóstico de prototecose ocasionada por *Prototheca wickerhamii*.

© 2021 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/>).

Relato de caso

Paciente do sexo feminino, 79 anos de idade, natural e residente em Manaus, com diabetes *mellitus* não insulino-dependente, portadora de marca-passo, encaminhada com diagnóstico histopatológico de criptococose. Evolução de dois anos.

Exame dermatológico: úlcera na região escapular direita e lesões eritemato-papulosas, isoladas e confluentes, formando pequenas placas, localizadas na região escapular esquerda (fig. 1). Sorologias negativas para HIV, sífilis, hepatites B e C. Exame histopatológico: infiltrado dérmico granulomatoso e estruturas arredondadas, isoladas ou agrupadas, de diferentes tamanhos, no interior de histiócitos e células gigantes (fig. 2).

☆ Como citar este artigo: Góes LDM, Monteiro VS, Souza ATO. Case for diagnosis. Ulcer and papular lesions in a patient with diabetes mellitus. *Protothecosis*. *An Bras Dermatol*. 2021;96:613–6.

☆☆ Trabalho realizado na Fundação de Dermatologia Tropical e Venereologia Alfredo da Matta, Manaus, AM, Brasil.

* Autor para correspondência.

E-mail: larissadaniele55@gmail.com (L.D. Góes).

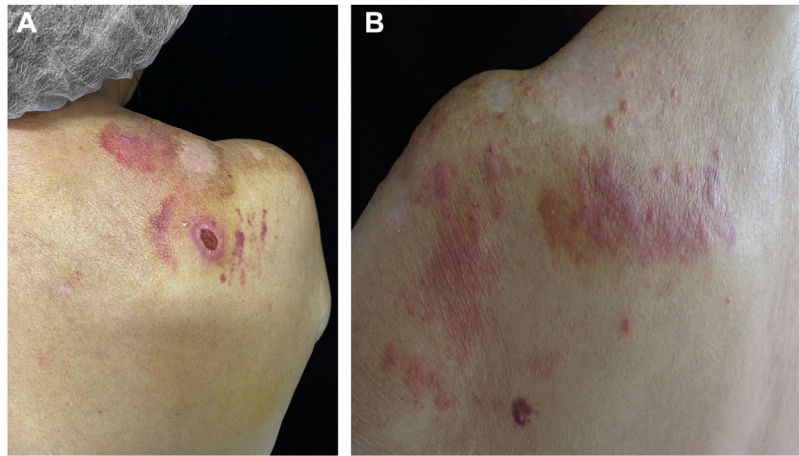


Figura 1 (A), Lesão ulcerosa, com bordas elevadas, eritematosas e fundo hemorrágico. Lesões purpúricas secundárias à trauma. (B), Placas infiltradas, papulosas, eritematosas na região escapular.

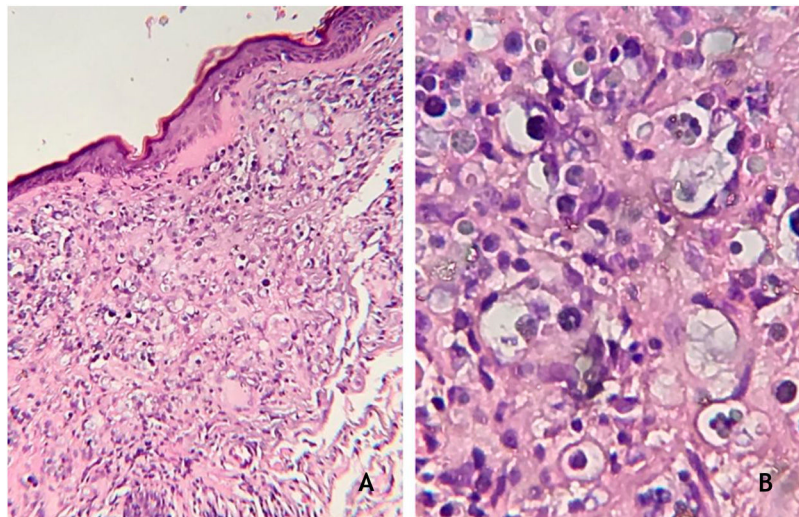


Figura 2 (A), Infiltrado dérmico granulomatoso composto de linfócitos, histiócitos, células gigantes multinucleadas e estruturas arredondadas isoladas ou agrupadas, de diferentes tamanhos, no interior de histiócitos e células gigantes (Hematoxilina & eosina, 100 ×). (B), Maior detalhe dos esporângios, coloração de Hematoxilina & eosina (Hematoxilina & eosina, 400 ×).

Qual o seu diagnóstico?

- a) Leishmaniose cutânea
- b) Prototecose
- c) Criptococose
- d) Paracoccidiodomicose

Discussão

Nas colorações pelo PAS e Grocott observam-se estruturas arredondadas e endosporulação com aspecto de *mórula* (fig. 3). Análise da estrutura molecular do material obtido em cultura: *Prototheca wickerhamii*. Este quadro histopatológico e de biologia molecular exclui as hipóteses de

criptococose, leishmaniose e paracoccidiodomicose. Conclusão diagnóstica: prototecose.

A prototecose é doença oportunista ocasionada por algas aclorofílicas do gênero *Prototheca*, encontradas em cães, morcegos, na água doce e salgada, no esgoto, no solo e no leite de gado.^{1,2} Os seres humanos são contaminados acidentalmente por meio de arranhaduras cutâneas, inalação ou ingestão do agente etiológico.³ A prototecose humana é rara, e na maioria dos casos ocorre em pacientes imunodeprimidos.⁴ Em geral, as manifestações clínicas são predominantemente cutâneas. Bursite e envolvimento sistêmico também são relatados.^{5,6} Os principais agentes da prototecose são a *Prototheca zopfii* e *P. wickerhamii* – esta última, a mais comum.⁷ Placas infiltradas e lesões ulceradas constituem as apresentações clínicas mais frequentes.⁸

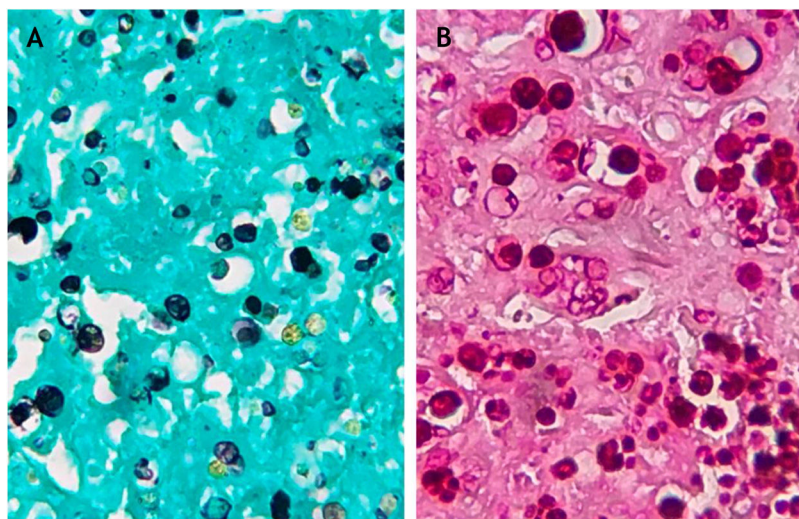


Figura 3 (A), Esporângios destacados em preto pela coloração pela prata (Grocott, 400 ×). (B), Esporângios destacados pela coloração PAS (PAS, 400 ×).

Lesões papulosas, nodulares, pustulosas, vesiculosas e verrucosas podem ocorrer.⁵

Clinicamente, todas as possibilidades diagnósticas sugeridas deveriam ser consideradas. A hipótese de leishmaniose é relevante, pois a paciente vive em Manaus, onde com relativa frequência tem-se diagnosticado esta enfermidade em pacientes sem histórico de ter saído da cidade. Áreas residuais de mata primária e/ou secundária são os principais reservatórios da enfermidade na área urbana.¹ A paracoccidiodomicose pode ocasionar manifestações clínicas similares, porém a paciente não tinha antecedentes de atividade em área rural. Este diagnóstico e a hipótese de criptococose cutânea também foram afastados por meio dos exames laboratoriais. A paciente não apresentava queixa ou evidência clínica de doença sistêmica associada à prototecose. Os exames de imagem realizados (radiografia e tomografia computadorizada de tórax) estavam normais.

A paciente foi medicada com itraconazol, na dose de 200 mg/dia. Houve regressão quase total das lesões; no entanto, a paciente veio a óbito por COVID-19. O itraconazol tem sido empregado em períodos variáveis de 14 a 180 dias.^{7,8} Anfotericina B é recomendada para pacientes imunodeprimidos.^{9,10}

Suporte financeiro

Nenhum.

Contribuição dos autores

Larissa Daniele Machado Góes: Aprovação da versão final do manuscrito; 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.

Vinícius da Silva Monteiro: Concepção e planejamento do estudo; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados; revisão crítica da literatura; revisão crítica do manuscrito.

Ana Tereza Orsi de Souza: Aprovação da versão final do manuscrito; 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.

Conflito de interesses

Nenhum.

Referências

1. Benício E, Cordeiro M, Monteiro H, Moura MAS, Oliveira C, Gadelha EPN, et al. Sustained Presence of Cutaneous Leishmaniasis in Urban Manaus, the Largest Human Settlement in the Amazon. *Am J Trop Med Hyg.* 2015;93:1208-13.
2. Silva PCG, Costa e Silva SB, Lima RB, D'Acri AM, Lupi O, Martins CJ. Cutaneous protothecosis - Case report. *An Bras Dermatol.* 2013;88 6 Supl 1:S183-5.
3. Zhang QQ, Li L, Zhu LP, Zhao Y, Wang YR, Zhu JH, et al. Cutaneous protothecosis in patient with diabetes mellitus and review of published case reports. *Mycopathologia.* 2012;173:163-71.
4. Sheikh-Ahmad M, Goldstein S, Potasman I. Prototheca wickerhamii hand infection successfully treated by itraconazole and voriconazole. *J Travel Med.* 2006;13:321-3.
5. Lass-Flörl C, Mayr A. Human protothecosis. *Clin Microbiol Rev.* 2007;20:230-42.
6. Godofredo VR, Enokihara MMSES, Tomimori J, Ogawa MM. Cutaneous protothecosis in kidney transplant recipient. *An Bras Dermatol.* 2020;95:210-3.

7. Torres HA, Bodey GP, Tarrand JJ, Kontoyiannis DP. Protothecosis in patients with cancer: case series and literature review. *Clin Microbiol Infect.* 2003;9:786–92.
8. Tseng HC, Chen CB, Ho JC, Cheng YW, Huang HW, Sun PL. Clinicopathological features and course of cutaneous protothecosis. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2018;32:1575–83.
9. Todd JR, Matsumoto T, Ueno R, Murugaiyan J, Britten A, King JW, et al. Medical mycology 2017. *Med Mycol.* 2018;56 Suppl 1:S188–204.
10. Kano R. Emergence of Fungal-Like Organisms: Prototheca. *Mycopathologia.* 2020;185:747–54.