





- John K, Gunasekaran K, Kodiatte TA, Iyyadurai R. Cutaneous Botryomycosis of the Foot: A case report and review of literature. *Indian J Med Microbiol.* 2018;36:447–9.
- Sirka CS, Dash G, Pradhan S, Naik S, Rout AN, Sahu N. Cutaneous Botryomycosis in Immunocompetent Patients: A case series. *Indian Dermatol Online J.* 2019;10:311–5.
- Bailey P, Raybould JE, Sastry S, Bearman G. Cutaneous Botryomycosis and *Staphylococcus aureus*: Diagnosis Management, and a Systemic Literature Review. *Curr Treat Options Infect Dis.* 2018;10:347–61.
- Singh A, Cook C, Kollmann K, Rajpara A. Acute cutaneous botryomycosis of the hands. *IDCases.* 2020;19:e00709.

Lina Paola González-Cardona  <sup>a,\*</sup>,  
 Adriana Mercedes Alejo Villamil  <sup>a</sup>,  
 Carolina Cortés Correa  <sup>b</sup>  
 e Elkin Omar Peñaranda Contreras  <sup>b</sup>

<sup>a</sup> Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colômbia  
<sup>b</sup> Hospital Universitario de la Samaritana, Bogotá, Colômbia

\* Autor para correspondência.  
 E-mail: [linapgonzalezcc@gmail.com](mailto:linapgonzalezcc@gmail.com)  
 (L.P. González-Cardona).

Recebido em 17 de setembro de 2020; aceito em 16 de outubro de 2020

<https://doi.org/10.1016/j.abdp.2022.05.001>  
 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/>).

## Dermatite infecciosa associada ao HTLV-I: caso incomum no sul do Brasil simulando dermatite atópica refratária <sup>☆,☆☆</sup>



Prezado Editor,

O HTLV-I (*Human T Lymphotropic Virus type-I*), retrovírus humano descoberto na década de 1980,<sup>1</sup> infecta preferencialmente os linfócitos T CD4. A prevalência mundial é incerta, estimada entre 5-10 milhões de infectados,<sup>2</sup> principalmente no Japão, Irã, América Latina e África.<sup>3,4</sup>

A dermatite infecciosa associada ao HTLV-I (DIH) foi descrita na Jamaica em 1966, e associada ao HTLV-I em 1990. É uma forma rara de dermatite exsudativa resistente aos tratamentos.<sup>1,3-5</sup>

Relatamos o caso de uma menina de 7 anos atendida no Sul do Brasil, nascida por parto vaginal, apresentando eczema recorrente grave desde os 18 meses, quando cessou a amamentação.

Ao exame, apresentava lesões eczematosas macegradas, exsudativas e fétidas no couro cabeludo e regiões retroauriculares, cervical, antecubitais e interglútea; alopecia temporal; crostas nas regiões umbilical, perioral e nasal (figs. 1 e 2). Exames laboratoriais normais, exceto sorologia para HTLV-I/II que foi reagente, confirmando o diagnóstico de DIH

conforme critérios descritos na tabela 1.<sup>5</sup> Demais sorologias virais negativas. O exame neurológico foi normal. A mãe também apresentou sorologia positiva para HTLV-I/II. Iniciado sulfametoxazol + trimetoprima via oral, com melhora clínica acentuada.

A DIH costuma iniciar na infância, e é considerada marcador clínico precoce de infecção pelo HTLV-I.<sup>3,4</sup> A principal via de transmissão é a amamentação.<sup>3,5</sup> Sua patogênese envolve suscetibilidade individual, desregulação imunológica, superinfecção bacteriana, estimulação antigênica ambiental e inflamação persistente.<sup>4</sup> O estado pró-inflamatório pode estar relacionado com a proliferação de linfócitos T e os altos níveis de IL-1, IL-6, TNF $\alpha$  e IFN $\alpha$ ; níveis elevados de IgE aumentam a suscetibilidade ao *S. aureus* e *S.  $\beta$  hemoliticus*.<sup>4</sup>

HTLV-I deve ser pesquisado nos quadros eczematosos graves, resistentes, recidivantes e com infecção secundária.<sup>4</sup>

**Tabela 1** Critérios maiores para os diagnósticos de dermatite infecciosa associada com HTLV-I

- Presença de lesões eritemato-escamosas, exsudativas e crostosas em couro cabeludo, áreas retroauriculares, regiões cervicais e inguinais, axilas, pele perioral e paranasal, orelhas, tórax, abdômen e outros locais
- Crostas nas narinas
- Dermatite crônica recidivante com resposta imediata à terapia apropriada, mas recorrência logo após suspensão de antibióticos
- Diagnóstico de infecção pelo HTLV-I por testes sorológicos ou de biologia molecular

Adaptado de La Grenade<sup>5</sup> et al., apud De Oliveira et al.<sup>1</sup>  
 Dos quatro critérios principais, três são necessários para o diagnóstico; 1, 3 e 4 são obrigatórios. No critério 1, é necessário acometimento de três ou mais regiões, incluindo couro cabeludo e áreas retroauriculares.

DOI referente ao artigo:

<https://doi.org/10.1016/j.abdp.2022.05.001>

<sup>☆</sup> Como citar este artigo: García MCS, Heck R, Bonamigo RR, Cattani CAS. Infectious dermatitis associated with HTLV-I: uncommon case in southern Brazil simulating refractory atopic dermatitis. *An Bras Dermatol.* 2022;97:538–41.

<sup>☆☆</sup> Trabalho realizado no Ambulatório de Dermatologia Sanitária do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.



**Figura 1** (A-D), Lesões eczematosas e exsudativas no couro cabeludo, com áreas de alopecia, e escoriações no conduto auditivo externo. Detalhe ampliado do conduto auditivo externo acometido (A). Áreas eritematoedematosas infrapalpebral e lesões eczematosas perilabial (C). Lesões eczematosas na região cervical e retroauriculares; alopecia occipital (D).

Dermatite atópica (DA) e dermatite seborreica são os principais diagnósticos diferenciais.<sup>4</sup> A histopatologia é inespecífica, e na imuno-histoquímica predominam os linfócitos T CD8.<sup>4</sup> Cerca de 10% dos infectados desenvolvem doenças como leucemia/linfoma de células T do adulto e mielopatia associada ao HTLV-I/paraparesia espástica tropical do adulto.<sup>2-4</sup> Os sintomas tendem à remissão na puberdade, mas perduram quando iniciados na idade adulta.<sup>1,4</sup>

A DIH não tem tratamento específico ou vacina; entretanto, costuma responder a antibióticos como sulfametoxazol + trimetoprim e cefalexina por longos períodos. Recidivas são comuns.<sup>3,4</sup> Indivíduos infectados devem ser monitorados, pela possibilidade de complicações neurológicas e linfoproliferativas graves.

A interrupção da transmissão envolve triagem de doadores de sangue, uso de preservativos, aconselhamento familiar e evitar amamentação em mães infectadas e compartilhamento de agulhas.<sup>4</sup>

A DIH é relevante para o cotidiano de dermatologistas, infectologistas, hematologistas e neurologistas e, apesar da ausência nas listas de doenças negligenciadas, a percepção é que se aproxima muito dessa situação.<sup>4</sup> Não é notificada compulsoriamente; sequer existem políticas para prevenção ou cuidados para os portadores do vírus.

Destacamos a importância deste caso por ter ocorrido fora das áreas endêmicas no Brasil - regiões Norte e Nordeste - e por ter sido manejado como DA recalcitrante por longo período.



**Figura 2** (A-C), Lesões eczematosas no tronco, fossas antecubitais e região interglútea, associadas à xerose difusa.

### Suporte financeiro

Nenhum.

### Contribuição dos autores

Michele Caroline dos Santos Garcia: 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; aprovação da versão final do manuscrito.

Renata Heck: Revisão crítica do manuscrito; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados; participação efetiva na orientação da pesquisa; aprovação da versão final do manuscrito.

Renan Rangel Bonamigo: Revisão crítica do manuscrito; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados; participação efetiva na orientação da pesquisa; aprovação da versão final do manuscrito.





Cristiane Almeida Soares Cattani: Concepção e planejamento do estudo; revisão crítica do manuscrito; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados; participação efetiva na orientação da pesquisa; aprovação da versão final do manuscrito.

### Conflito de interesses

Nenhum.

### Referências

1. Oliveira MFSP, Fatal PL, Leite Primo JR, Silva JLS, Batista ES, Farré L, et al. Infective dermatitis associated with human T-cell lymphotropic virus type 1: evaluation of 42 cases observed in Bahia. Brazil. *Clin Infect Dis*. 2012;54:1714–9.
2. Murphy EL. Infection with human T-lymphotropic virus types-1 and -2 (HTLV-1 and -2): Implications for blood transfusion safety. *Transfus Clin Biol*. 2016;23:13–9.
3. Romero FT, Pinilla-Martín B, Pérez SIP. Infective dermatitis associated with HTLV-1: Dermatoses to be considered in patients from endemic areas. *Aten Primaria*. 2020;52:785–6.
4. Bravo FG. Infective dermatitis: A purely cutaneous manifestation of HTLV-1 infection. *Semin Diagn Pathol*. 2020;37:92–7.
5. Grenade LL, Manns A, Fletcher V, Derm D, Carberry C, Hanchard B, et al. Clinical, Pathologic, and Immunologic Features of Human T-Lymphotropic Virus Type I-Associated Infective Dermatitis in Children. *Arch Dermatol*. 1998;134:439–44.

Michele Caroline dos Santos Garcia <sup>a,\*</sup>,  
Renata Heck <sup>a</sup>, Renan Rangel Bonamigo <sup>a,b</sup>  
e Cristiane Almeida Soares Cattani <sup>a</sup>

<sup>a</sup> *Ambulatório de Dermatologia Sanitária do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil*

<sup>b</sup> *Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil*



\* Autor para correspondência.

E-mail: [michelecsgracia@yahoo.com.br](mailto:michelecsgracia@yahoo.com.br) (M.C. Garcia).

Recebido em 9 de outubro de 2020; aceito em 17 de novembro de 2020

<https://doi.org/10.1016/j.abdp.2022.06.002>

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/>).

## Aplicação de imiquimode associada a laser na síndrome de Brooke-Spiegler<sup>☆,☆☆</sup>



Prezado Editor,

Este caso descreve uma paciente de 34 anos com síndrome de Brooke-Spiegler (SBS). Ao exame dermatológico foram detectadas pápulas normocrômicas confluentes, compatíveis com tricoepiteliomas (fig. 1A, fig. 2A).

Inicialmente, as lesões exuberantes na pele do sulco nasolabial esquerdo foram submetidas à ablação com laser de érbio de campo completo:YAG aplicado na configuração com tamanho de ponto de 3 mm, 6 J/cm<sup>2</sup>, 10 Hz com duração de pulso de 100 μs (Fotona, XS, Dynamis). Em virtude da necessidade de sedoanalgesia para as lesões remanescentes, foi oferecida a combinação de laser de érbio fracionado: YAG e imiquimode tópico.

Os ciclos de tratamento predeterminados de quatro semanas foram repetidos por seis meses como aplicações mensais de laser fracionado ablativo (AFL, do inglês *ablative fractional laser*) imediatamente seguidas de creme de imiquimode aplicado cinco dias consecutivos por semana nas primeiras duas semanas. Isso foi seguido por um período sem tratamento de duas semanas. Ocorreu irritação grave, que diminuiu durante os períodos sem tratamento. No controle de seis meses, o escore autorreferido pela paciente mudou de dez para 0 para a parte tratada com laser de campo completo e dez para dois para as partes tratadas com uma combinação de AFL e imiquimode (fig. 1). A paciente está em seguimento há 1,5 ano sem recorrência (fig. 1B, fig. 2B).

A SBS é uma doença autossômica dominante caracterizada por neoplasias cutâneas benignas de crescimento progressivo, estigmatizantes, localizadas na pele da face e no couro cabeludo.

A excisão cirúrgica e modalidades destrutivas alternativas foram relatadas para neoplasias de pele na SBS.<sup>1</sup> O objetivo ideal das intervenções é remover as lesões sem deixar cicatrizes e sem despigmentação, mas ainda de forma suficientemente eficaz para evitar recorrências. Recentemente, tratamentos tópicos com sirolimus e imiquimode foram sugeridos como abordagens não invasivas.<sup>1-4</sup>

A primeira observação sobre a eficácia do imiquimode foi relatada em um caso com tricoepiteliomas múltiplos faciais (TMF).<sup>4</sup> A tretinoína tópica foi introduzida no sexto mês para melhorar a penetração do imiquimode. Essa combinação foi mantida até o terceiro ano. Estudo retrospectivo mostrou resposta parcial após 32 semanas de tratamento com imiquimode em dois pacientes com SBS.<sup>2</sup> Essas durações de tratamento são significativamente maiores quando comparadas às indicações aprovadas de imiquimode (tabela 1). Em um estudo de caso de sujeito único, a eficácia de vários tratamentos foi avaliada. Dois locais receberam imiquimode ou a combinação de AFL e imiquimode. No terceiro mês, o imiquimode tópico não foi eficaz. O resultado do tratamento com AFL e imiquimode também foi semelhante ao AFL isolado. Diferença importante em relação ao presente estudo de combinação é que o imiquimode não foi aplicado imediatamente, mas dois dias após o AFL.<sup>1</sup> É sabido que o AFL aumenta o fluxo de imiquimode de 46 a 127 vezes em múltiplas passagens.<sup>5</sup> A aplicação imediata do agente tópico é fundamental para o sucesso do tratamento com aplicação associada ao laser (LAD, do inglês *laser assisted delivery*), o que pode explicar as discrepâncias dos resulta-



**Figura 1** (A) Na hospitalização, foram detectadas múltiplas pápulas normocrômicas confluentes no dorso nasal, sulcos alares bilaterais e regiões nasolabiais. (B) No último controle, a pele do sulco nasolabial esquerdo apresentava discreta hipopigmentação. Regressão acentuada, com escore de 80% da paciente, foi observada nas partes restantes que receberam a aplicação de imiquimode associada a laser.

DOI referente ao artigo:

<https://doi.org/10.1016/j.abd.2020.12.014>

☆ Como citar este artigo: Botsali A, Caliskan E. Laser-assisted delivery of imiquimod in Brooke-Spiegler syndrome. *An Bras Dermatol*. 2022;97:541-3.

☆☆ Trabalho realizado no Departamento de Dermatologia, University of Health Sciences, Gulhane Training and Research Hospital, Ancara, Turquia.