

## Cromoblastomicose urbana: diagnóstico que não deve ser negligenciado<sup>☆,☆☆</sup>



Prezado Editor,

A cromoblastomicose, doença negligenciada e com perfil fortemente rural, é causada por fungos geofílicos melanizados. A infecção ocorre após inoculação traumática na pele; *Fonsecaea pedrosoi* é o agente mais comum.<sup>1-3</sup>

Relatamos, a seguir, dois casos de cromoblastomicose em moradores de área urbana, com dados epidemiológicos e terapêuticos.

### Relato dos casos

**Caso 1.** Paciente do sexo masculino, 69 anos, médico, hígido, residente na zona sul do Rio de Janeiro, relata que após queda de bicicleta numa tempestade tropical no Parque Lage, floresta urbana do estado, surgiu ferimento aberto no joelho direito, causado pelo trauma com galho de árvore. Apresentava placa de aspecto verrucoso, bordas bem delimitadas, com pequenas lesões satélites (fig. 1).

O exame micológico direto (EMD) evidenciou hifas acastanhadas (fig. 2A) além dos corpos muriformes; isolada *Rhinocladiella* spp. (fig. 2B) na cultura.

O paciente foi submetido a exérese total da lesão. Duas semanas antes da intervenção, foi iniciado itraconazol 200 mg/dia por seis meses, seguido de 100 mg/dia por quatro meses. O paciente evoluiu sem intercorrências, não havendo recidiva após três anos de acompanhamento (fig. 1).

**Caso 2.** Paciente do sexo masculino, 67 anos, reside na zona norte do Rio de Janeiro e trabalha como administrativo. Diabético, hipertenso, em uso de losartana, atenolol e metformina. Há um ano surgiu pápula na panturrilha direita, evoluindo com ulceração e secreção purulenta (fig. 3A). Foi tratado com antibióticos tópicos e sistêmicos, antifúngico e corticoide tópicos, sem melhora. Nega trauma prévio.

O EMD foi positivo para cromoblastomicose; isolada *Fonsecaea* spp. em cultura. Foi iniciado itraconazol 200 mg/dia. Dois meses depois, notavam-se satelitose e aumento da lesão. Optou-se pela excisão cirúrgica e manutenção do itraconazol oral por oito meses. Não houve recidiva após oito meses de acompanhamento (fig. 3B).

### Discussão e conclusão

Embora 90% dos casos de cromoblastomicose sejam descritos nos indivíduos com atividade rural,<sup>1,4,5</sup> os dois pacientes deste trabalho não relataram esse tipo de atividade.

Em todo o mundo existem locais ainda preservados de natureza nativa, como a Floresta da Tijuca, a maior floresta urbana do mundo, localizada na cidade do Rio de Janeiro. A busca do lazer saudável vem se tornando cada vez mais frequente nos centros urbanos, e doenças ligadas à natureza devem ser valorizadas, incluindo cromoblastomicose no diagnóstico diferencial, sobretudo de lesões verrucosas. Segundo a localização e o tamanho, ambos os pacientes apresentavam a forma verrucosa moderada da doença.<sup>1</sup>

O isolamento de *Rhinocladiella* sp. é outro achado incomum, uma vez que no Brasil há poucos relatos publicados desta espécie.<sup>2,5,6</sup> A presença de hifas no EMD pode indicar maior potencial de invasão com produção de citocinas pró-inflamatórias (TNF- $\alpha$ , IL1- $\beta$ , IL-6).<sup>7,8</sup>

A melhor abordagem de tratamento é combinar, precocemente, antifúngico oral, habitualmente itraconazol, com exérese cirúrgica ampla.<sup>4,9,10</sup> Criocirurgia é outro tratamento adjuvante indicado.<sup>1,4,10</sup> Esses dois pacientes obtiveram cura com ausência de recidiva e sem prejuízo à vida social e profissional.

Pretendemos salientar a importância do diagnóstico diferencial em pacientes com atividade urbana das doenças ligadas à atividade rural, evitando tratamentos desnecessários e cronicidade. A atenção ao diagnóstico clínico-laboratorial e ao tratamento precoce podem aumentar as chances de cura.

### Suporte financeiro

Nenhum.

### Contribuição dos autores

Jessica Lana Conceição e Silva Baka: Participaram do planejamento do artigo; redação da versão original; edição e revisão crítica do manuscrito; participação na conduta terapêutica; revisão crítica da literatura e do manuscrito; aprovação da versão final.

Gabriela Giraldelelli: Participaram do planejamento do artigo; redação da versão original; edição e revisão crítica do manuscrito; participação na conduta terapêutica; revisão crítica da literatura e do manuscrito; aprovação da versão final.

Andrea Reis Bernardes-Engemann: Participaram do planejamento do artigo; redação da versão original; edição e revisão crítica do manuscrito; participação na conduta terapêutica; revisão crítica da literatura e do manuscrito; aprovação da versão final; participaram efetivamente na orientação do artigo.

Carlos Baptista Barcaui: Participaram do planejamento do artigo; redação da versão original; edição e revisão crítica

DOI referente ao artigo:

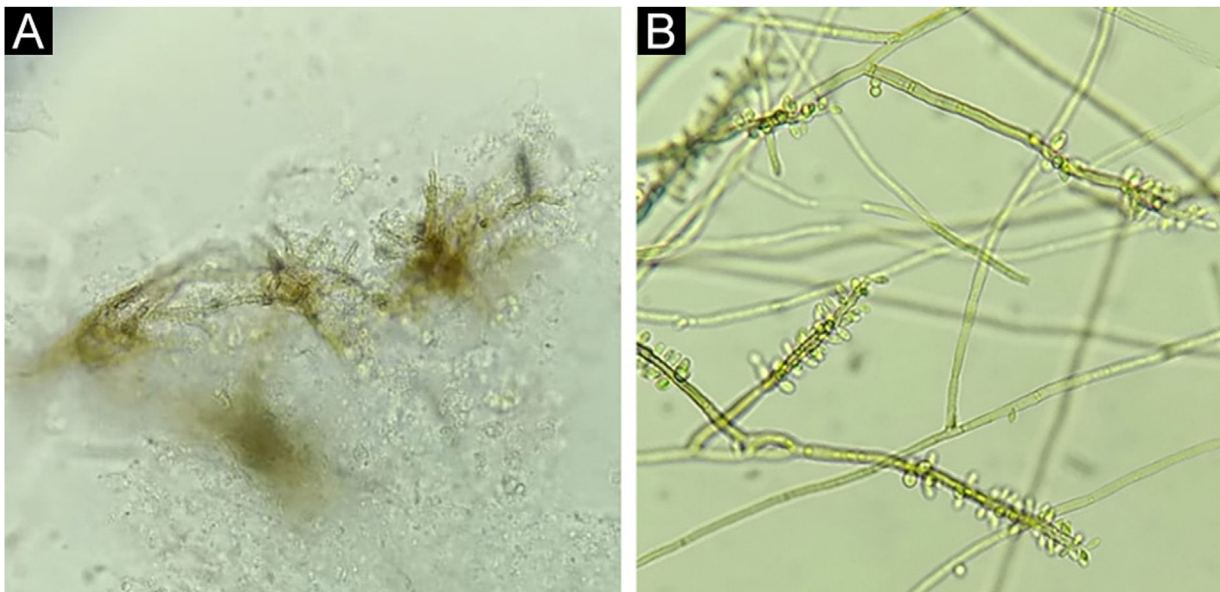
<https://doi.org/10.1016/j.abd.2022.01.013>

☆ Como citar este artigo: Baka JL, Giraldelelli G, Bernardes-Engemann AR, Barcaui CB, Orofino-Costa R. Urban chromoblastomycosis: a diagnosis that should not be neglected. *An Bras Dermatol.* 2023;98:432-5.

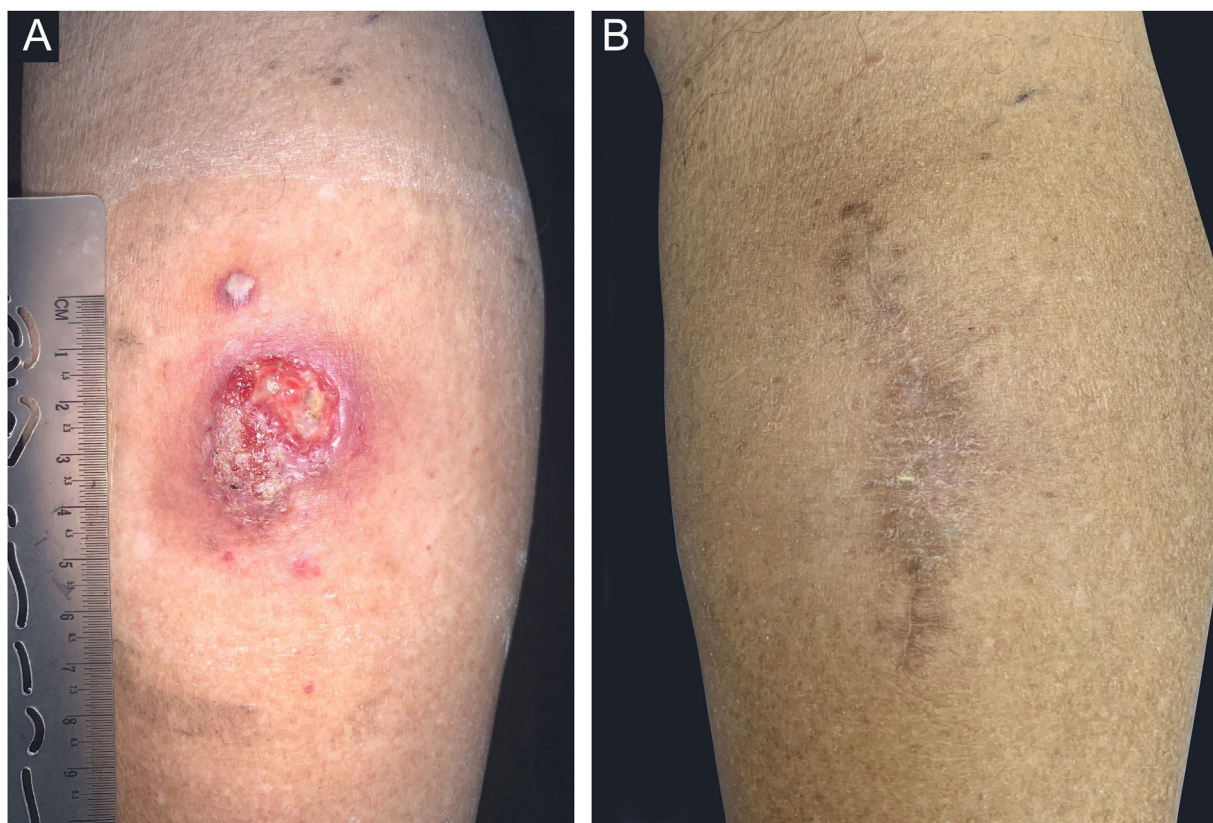
☆☆ Trabalho realizado no Serviço de Dermatologia, Hospital Universitário Pedro Ernesto, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.



**Figura 1** Caso 1. (A) Placa de aspecto verrucoso, assintomática, medindo cerca de 5,0 × 3,0 cm, bordas bem delimitadas, pequenas áreas com pontos enegrecidos de permeio e lesões satélites localizadas na face de extensão do joelho direito. (B) Três anos após exérese cirúrgica com margens de segurança, superficial e profundamente.



**Figura 2** Caso 1. (A) Hifas acastanhadas septadas (*Borelli spider*). Exame micológico direto, KOH 20% + DMSO, 40×. (B) Micro-morfologia evidenciando hifas acastanhadas, septadas, de onde partem conidióforos com conídios alongados em sua extremidade, dando aspecto de cajado nodoso. *Rhinocladiella* sp., lactofenol, 40×.



**Figura 3** Caso 2. (A) Placa infiltrada, bem delimitada, com ulceração e fundo purulento, medindo aproximadamente 5,0 cm na região posterior da panturrilha direita e outra próxima, de aspecto verrucoso, com cerca de 0,5 cm. (B) Oito meses após acompanhamento.

do manuscrito; participação na conduta terapêutica; revisão crítica da literatura e do manuscrito; aprovação da versão final; participaram efetivamente na orientação do artigo.

Rosane Orofino-Costa: Participaram do planejamento do artigo; redação da versão original; edição e revisão crítica do manuscrito; participação na conduta terapêutica; revisão crítica da literatura e do manuscrito; aprovação da versão final; participaram efetivamente na orientação do artigo.

### Conflito de interesses

Nenhum.

### Referências

1. Brito AC, Bittencourt MJS. Chromoblastomycosis: an etiological, epidemiological, clinical, diagnostic, and treatment update. *An Bras Dermatol.* 2018;93:495–506.
2. Andrade TS, Almeida AMZ, Basano SA, Takagi EH, Szesz MW, Melhem MSC, et al. Chromoblastomycosis in the Amazon region, Brazil, caused by *Fonsecaea pedrosoi*, *Fonsecaea nubica*, and *Rhinocladiella similis*: Clinicopathology, susceptibility, and molecular identification. *Med Mycol.* 2020;58:172–80.
3. Santos DWCL, Vicente VA, Weiss VA, de Hoog GS, Gomes RR, Batista EMM, et al. Chromoblastomycosis in an Endemic Area of Brazil: A Clinical-Epidemiological Analysis and a Worldwide Haplotype Network. *J Fungi (Basel).* 2020;6:204.
4. Martínez RL, Tovar LJM. Chromoblastomycosis. *Clin Dermatol.* 2007;25:188–94.
5. Minotto R, Bernardi CD, Mallmann LF, Edelweiss MI, Scroferneker ML. Chromoblastomycosis: a review of 100 cases in the state of Rio Grande do Sul, Brazil. *J Am Acad Dermatol.* 2001;44:585–92.
6. Heidrich D, González GM, Pagani DM, Ramírez-Castrillón M, Scroferneker ML. Chromoblastomycosis caused by *Rhinocladiella similis*: Case report. *Med Mycol Case Rep.* 2017;16:25–7.
7. Carvalho GSM, Calbucci KBCV, Lellis RF, Veasey JV. Presence of hyphae in chromoblastomycosis examinations: an enigma to be solved. *An Bras Dermatol.* 2021;96:490–3.
8. Siqueira IM, de Castro RJA, Leonhardt LCM, Jerônimo MS, Soares AC, Raiol T, et al. Modulation of the immune response by *Fonsecaea pedrosoi* morphotypes in the course of experimental chromoblastomycosis and their role on inflammatory response chronicity. *PLoS Negl Trop Dis.* 2017;11:e0005461.
9. Guevara A, Siqueira NP, Nery AF, Cavalcante LRDS, Hagen F, Hahn RC. Chromoblastomycosis in Latin America and the Caribbean: epidemiology over the past 50 years. *Med Mycol.* 2022;60:myab062.
10. Lima AM, Sacht GL, Paula LZP, Aseka GK, Goetz HS, Gheller MF, et al. Response of chromoblastomycosis to voriconazole. *An Bras Dermatol.* 2016;91:679–81.

Jessica Lana Conceição e Silva Baka <sup>ID</sup> <sup>a</sup>,  
 Gabriela Giraldele <sup>ID</sup> <sup>a</sup>, Andrea Reis  
 Bernardes-Engemann <sup>ID</sup> <sup>a,b</sup>, Carlos Baptista Barcaui <sup>ID</sup> <sup>a</sup>  
 e Rosane Orofino-Costa <sup>ID</sup> <sup>a,b,\*</sup>

<sup>a</sup> Serviço de Dermatologia, Hospital Universitário Pedro Ernesto, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil

<sup>b</sup> Laboratório de Micologia, Hospital Universitário Pedro Ernesto, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil

\* Autor para correspondência.

E-mail: [rosaneorofino@icloud.com](mailto:rosaneorofino@icloud.com) (R. Orofino-Costa).

Recebido em 9 de dezembro de 2021; aceito em 18 de janeiro de 2022

<https://doi.org/10.1016/j.abdp.2023.02.005>

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/>).