

CROMOMICOSE: RELATO DE CASO DE DIFÍCIL CONCLUSÃO DIAGNÓSTICA E TRATAMENTO

CHROMOMYCOSIS: CASE REPORT OF DIFFICULT DIAGNOSIS AND TREATMENT

VINÍCIUS ROSENDO VIEIRA CAMPOS¹, VIRGÍLIO RIBEIRO GUEDES², NILO FERNANDES DA COSTA^{3*}

1. Acadêmico do curso de graduação em Medicina da Universidade Federal do Tocantins; 2. Professor Adjunto da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Tocantins, Médico Patologista, Doutor em Biotecnologia pelo Programa de Pós-Graduação da Bionorte, Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade Federal do Tocantins; 3. Professor Adjunto da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Tocantins, Médico Dermatologista do Hospital Geral de Palmas (HGP) e IDNFC*, Doutorando em Ciências pela Universidade Federal de São Paulo, Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade Federal do Tocantins, Especialização em Dermatologia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro e Sociedade Brasileira de Dermatologia.

* IDNFC: Instituto de Dermatologia Dr. Nilo Fernandes da Costa, Espaço Médico Empresarial, Av. Teotônio Segurado, Quadra 401 Sul, Conjunto 1, Lote 1, Plano Diretor Sul, Palmas, Tocantins, Brasil. CEP: 77015-550. nfcdematologia@gmail.com

Recebido em 03/12/2020. Aceito para publicação em 08/02/2021

RESUMO

A cromomicose é uma doença cosmopolita, causada por um grupo particular de fungos. Caracteriza-se pelo acometimento da pele e do tecido celular subcutâneo, gerando lesões de aspecto variado. A paciente em questão tem 15 anos, é natural de Pedro Afonso (TO) e foi levada para serviço de saúde em Palmas (TO), com queixa de lesão em cotovelo direito há 12 anos, a qual aumentou progressivamente de tamanho nesse período. O objetivo do relato foi analisar um caso crônico de cromomicose e evidenciar a importância de distinguir o diagnóstico em meio às doenças caracterizadas pela síndrome verrucosa.

PALAVRAS-CHAVE: Cromomicose; Diagnóstico Diferencial; Relatos de Casos; Dermatologia.

ABSTRACT

Chromomycosis is a cosmopolitan disease, caused by a particular group of fungi. It is characterized by the involvement of the skin and subcutaneous cell tissue, generating lesions of varying appearance. The patient in question is 15 years old, born in Pedro Afonso (TO) and was taken to a health service in Palmas (TO), with a complaint of a right elbow injury 12 years ago, which progressively increased in size during this period. The objective of the report was to analyze a chronic case of chromomycosis and to highlight the importance of distinguishing the diagnosis in the midst of diseases characterized by verrucous syndrome.

KEYWORDS: Chromomycosis; Diagnosis, Differential; Case Reports; Dermatology.

1. INTRODUÇÃO

A cromomicose é uma micose crônica e polimórfica que acomete a epiderme, a derme e o tecido celular subcutâneo e ocorre como lesões vegetantes unilaterais, isoladas ou confluentes, sobretudo em membros

inferiores¹. A doença, cosmopolita, mas com maior incidência nas regiões tropicais e subtropicais do mundo, principalmente na zona rural, é causada por formas parasitárias de aspecto arredondado e de membrana espessa, denominadas corpos fumagoides, de múltiplas espécies de fungos produtores de pigmento escuro acastanhado, da família *Dematiaceae*, sendo a espécie *Fonsecaea pedrosoi* a mais comum no Brasil – segundo país com maior número de casos de cromomicose no mundo^{2,3}.

O fungo, encontrado no solo ou em vegetais, penetra o organismo por implantação transcutânea direta, normalmente devido a um trauma, reproduzindo-se no tecido por septação celular, ocorrida em múltiplos planos perpendiculares entre si, simultaneamente, gerando células-filhas agrupadas¹. Após período de incubação variável, começam a surgir lesões no sítio de inoculação, as quais inicialmente podem ser máculas, pápulas ou nódulos únicos, de crescimento contínuo^{4,5}. Com o tempo, essas lesões assintomáticas transformam-se em placas, adquirindo aspecto condilomatoso, verrucoso, tumoral ou atrófico e podem apresentar pontos enegrecidos (“black dots”), regiões onde o fungo está concentrado^{5,6}. Prurido e dor local podem estar associados. Em casos graves, pode ocorrer infecção secundária grave, elefantíase, linfedema e, eventualmente, carcinoma espinocelular⁷.

2. CASO CLÍNICO

Paciente do sexo feminino, 15 anos, parda, residente em zona urbana de Pedro Afonso – Tocantins. Procurou serviço de dermatologia em Palmas – Tocantins, com queixa de lesão eritemato-descamativa no cotovelo direito, a qual surgira há 14 anos, em 2006, e aumentou progressivamente de tamanho desde então. Na tentativa de tratamento, em 2009, fez terapia com glucantime para leishmaniose tegumentar americana, e, em 2012, fez uso de

claritromicina e de etambutol para tuberculose cutânea, ambas as terapêuticas sem resultado.

Ao exame clínico, apresentava placa eritemato-escamosa, de aproximadamente 12 centímetros de diâmetro e de bordas bem nítidas, indolor e não associada a prurido, na região do cotovelo direito (Figura 1). Os exames de dois meses anteriores apontaram sorologia não treponêmica e imunofluorescência para leishmaniose negativas, assim como exame micológico direto e contraímunoeletroforese para paracoccidiodomicose.



Figura 1. Pré-tratamento: eritema e descamação.

A partir de então, foram determinadas as principais hipóteses diagnósticas: paracoccidiodomicose, leishmaniose tegumentar americana, esporotricose, cromomicose e tuberculose cutânea, sendo a primeira hipótese cromomicose. Outras hipóteses incluíam psoríase em placas e carcinoma espinocelular. Retirado, então, fragmento de pele para análise histopatológica.

Histopatologia evidenciou hiperplasia pseudo-epiteliomatosa na epiderme. Na derme, notou-se formação de abscessos com necrose extensa associada a um infiltrado inflamatório granulomatoso circundando as áreas de supuração (Figuras 2 e 3). Pesquisa para fungos (PAS) e para bacilo álcool ácido resistente foram negativas. Assim, o quadro histológico foi caracterizado por processo inflamatório granulomatoso crônico com reação gígo-celular. Nesse caso, pode ser associado à proposição clínica de cromomicose.

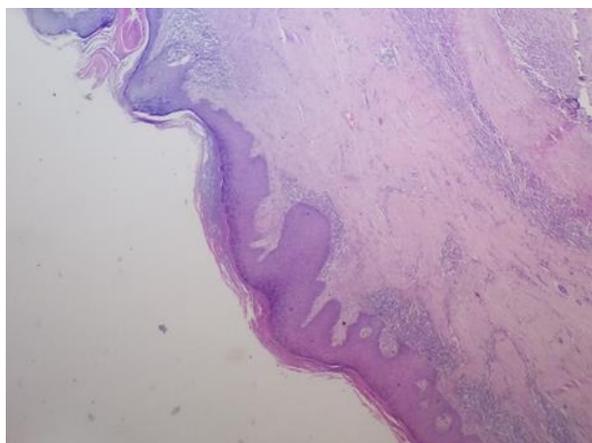


Figura 2. Hiperplasia pseudo-epiteliomatosa na epiderme e abscessos com necrose extensa associada a infiltrado inflamatório granulomatoso na derme.

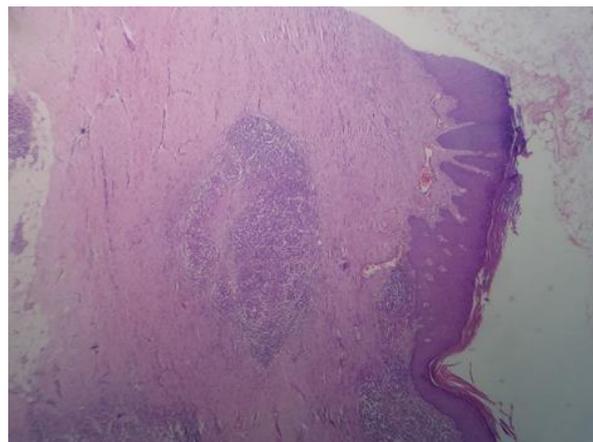


Figura 3. Processo inflamatório granulomatoso crônico com reação gígo-celular.

Diante disso, a conduta tomada foi terapia combinada de itraconazol 400 mg/dia e cirurgias seriadas por exérese em fusos até o subcutâneo. Até o momento, a paciente encontrava-se no 12º mês de tratamento com o antifúngico e já foi submetida a cinco cirurgias, evoluindo com evidente regressão clínica da lesão (Figura 4).



Figura 4. Pós-tratamento: regressão da lesão.

3. DISCUSSÃO

A cromomicose caracteriza-se pela afecção da pele e do tecido subcutâneo, gerando lesões de múltiplos aspectos, que variam desde máculas, pápulas e nódulos eritemato-descamativos até placas verrucosas, condilomatosas, tumorais ou atróficas⁵. Tais lesões, mais frequentes nos membros inferiores, crescem progressivamente, podendo chegar a comprometer a função do órgão acometido. Logo, estabelecendo um comparativo entre a lesão crônica apresentada pela paciente deste caso e o que é descrito na literatura, é possível suspeitar do diagnóstico de cromomicose. O diagnóstico diferencial é feito em relação às doenças que causam a síndrome verrucosa.

A síndrome verrucosa, que compreende as dermatoses paracoccidiodomicose, leishmaniose tegumentar, esporotricose, cromomicose e tuberculose cutânea, é caracterizada por lesões verrucosas únicas

ou múltiplas e, geralmente, unilaterais, cuja localização ocorre em áreas expostas da pele. Devido a essa manifestação clínica comum, realizam-se exames laboratoriais, a fim de diferenciar tais patologias⁸. Como são doenças infecciosas, na maioria dos casos, o micro-organismo pode ser evidenciado na análise histopatológica⁹. Em alguns casos, contudo, a comprovação parasitológica não é possível, tornando necessária uma prova terapêutica⁸. No caso em questão, a paciente relatou já haver realizado biópsias previamente, as quais acabaram por ser inconclusivas, seguindo-se na tentativa de tratamento para leishmaniose tegumentar e, anos depois, tuberculose cutânea, ambas sem resultado. Tal fato contribuiu para afastar essas hipóteses diagnósticas e conduzir o raciocínio clínico para outras patologias.

O diagnóstico da cromomicose, por sua vez, é baseado na suspeita clínica e epidemiológica em áreas endêmicas e é confirmado a partir da demonstração de agentes em crostas e fragmentos de pele⁵. O exame histopatológico evidencia hiperplasia pseudoepiteliomatosa da epiderme e, em microabscessos intraepidérmicos, parasitas arredondados e acastanhados – os corpos fumagoides. Já a derme apresenta processo inflamatório misto granulomatoso e supurativo, com linfócitos, plasmócitos, células gigantes e células eosinofílicas^{1,10}. Com relação ao caso apresentado, tanto a epidemiologia quanto a biópsia foram importantes para corroborar a possibilidade de cromomicose, uma vez que a paciente reside em área endêmica da doença (Região Amazônica)¹¹, bem como a análise histopatológica apontou achados casuais para a micose em questão, embora não se tenha evidenciado corpos fumagoides em nenhum material coletado.

Por fim, o tratamento, em geral, é de difícil resposta, mas abrange remoção cirúrgica de lesões (crioterapia com nitrogênio líquido, exérese cirúrgica, eletrocirurgia, laser de CO₂) associada ou não a terapia antifúngica sistêmica¹². No caso, a conduta tomada foi terapia combinada de itraconazol 400 mg/dia e cirurgias seriadas por exérese de fuso.

4. CONCLUSÃO

A cromomicose é uma moléstia cosmopolita, sendo o Brasil um dos países com maior incidência no mundo. Ainda assim, por não exigir notificação compulsória, sua epidemiologia é vaga. Ademais, a doença tem apresentação polimórfica e faz diagnóstico diferencial com outras patologias caracterizadas pela síndrome verrucosa, podendo gerar equívocos e tornando sua identificação complexa. Portanto, foi relatado um caso crônico, de difícil conclusão diagnóstica e tratamento, haja vista a necessidade de maior destaque para essa enfermidade e suas relações, a fim de precocemente reconhecer e tratar tais pacientes.

5. REFERÊNCIAS

- [1] Azulay RD, Azulay DR, Azulay-Abulafia L. *Dermatologia*. 6ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2015.
- [2] Almeida AP, Gomes NMF, Almeida LM, *et al.* Cromomicose: relato de caso e revisão de literatura. *Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica*. 2014; 12:69-71.
- [3] Bittencourt AL, Londero AT, Andrade JAF. Auricular chromoblastomycosis: case report. *Revista do Instituto Médico Tropical de São Paulo*. 1994; 36(4):381-383.
- [4] Correia RTM, *et al.* Cromoblastomycose: relato de 27 casos e revisão da literatura. In: *Anais Brasileiros de Dermatologia*; 2010; ago 85(4); Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: SBD. 2010.
- [5] Queiroz-Telles F. Chromoblastomycosis: a neglected tropical disease. *Revista do Instituto Médico Tropical de São Paulo*. 2015; 54(19):46-50.
- [6] Brito AC, Bittencourt MJS. Chromoblastomycosis: an etiological, epidemiological, clinical, diagnostic and treatment update. In: *Anais Brasileiros de Dermatologia*; 2018; ago 93(4); Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: SBD. 2018.
- [7] Torres E, Beristain JG, Lievanos Z, *et al.* Carcinoma epidermoide como complicação letal de lesões crônicas de cromoblastomycose. In: *Anais Brasileiros de Dermatologia*; 2010; abr 85(2); Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: SBD. 2010.
- [8] Sampaio SAP. A síndrome verrucosa. In: *Anais Brasileiros de Dermatologia*; 1985; set 60; Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: SBD. 1985.
- [9] Régis RS. Cromoblastomycose: uma abordagem retrospectiva da literatura. [monografia] João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba. 2018.
- [10] McGinnis MR. Chromoblastomycosis and phaeoerythromycosis: new concepts, diagnosis, and mycology. *Journal of the American Academy of Dermatology*. 1983; 8(1):1-16.
- [11] Matte S, Lopes JO, Melo IS, *et al.* Cromoblastomycose no Rio Grande do Sul: relato de 12 casos. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*. 1997; 30(4):309-311.
- [12] Queiroz-Telles F, Hoog S, Santos DWCL, *et al.* Chromoblastomycosis. *Clinical Microbiology Reviews*. 2016; 30(1):233-276.