

Caso para diagnóstico* *Case for diagnosis**

Leonardo Mello Ferreira¹
Lucia Martins Diniz³

Rodrigo Negri Pereira²
João Basílio de Souza Filho⁴

HISTÓRIA DA DOENÇA

Paciente do sexo masculino, 40 anos, lavrador, residente na zona rural de Afonso Cláudio, ES.

Procurou o serviço de dermatologia devido a artralguas e parestesias nas extremidades, além de aparecimento de lesão no membro inferior esquerdo, de quatro meses de evolução, com alguns episódios inflamatórios. Na história patológica pregressa constava tratamento com poliquimioterapia multibacilar para hanseníase dimorfa durante 12 meses, recebendo alta em 2001. Apresentou desde então episódios de reação hanseníaca tipos I e II. Para combatê-los, fez uso contínuo de talidomida e prednisona, com ou sem supervisão médica, e, atualmente, de 20mg de prednisona oral.

Ao exame dermatológico encontrou-se uma lesão nódulo-cística, amarelada, com algumas crostas, envolta por halo eritemato-acastanhado, na face interna da perna esquerda (Figura 1).

Realizou-se aspiração do conteúdo da lesão, obtendo-se secreção amarelada que foi submetida a exame micológico direto com KOH 20%, sendo evidenciadas hifas demáceas e septadas (Figura 2).

Programou-se a exérese cirúrgica da lesão, com enxertia, e foi iniciado esquema de retirada da corticoterapia com controle da neuropatia hanseníaca.



FIGURA 1: Lesão solitária, nódulo-cística, amarelada, com algumas crostas, envolta por halo eritemato-acastanhado, na perna esquerda



FIGURA 2: Exame micológico direto (KOH 20% 10x): hifas demáceas, septadas e ramificadas

Recebido em 30.12.2005.

Aprovado pelo Conselho Editorial e aceito para publicação em 17.04.2006.

* Trabalho realizado no Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM - Vitória (ES), Brasil.

¹ Pós-Graduando do Serviço de Dermatologia da EMESCAM - Vitória (ES), Brasil.

² Pós-Graduando do Serviço de Dermatologia da EMESCAM - Vitória (ES), Brasil.

³ Professora Assistente do Serviço de Pós Graduação em Dermatologia da EMESCAM - Vitória (ES), Brasil. Especialista em dermatologia pela Sociedade Brasileira de Dermatologia.

⁴ Professor Titular do Serviço de Dermatologia da EMESCAM - Vitória (ES), Brasil. Especialista em dermatologia pela Sociedade Brasileira de Dermatologia.

COMENTÁRIOS

As hipóteses clínicas iniciais foram de cisto epidérmico infectado e de feo-hifomicose subcutânea. O último diagnóstico foi confirmado pelo exame micológico direto da secreção da lesão. A macromorfologia da colônia, obtida à temperatura ambiente em meio de ágar Sabouraud, demonstrou aspecto leveduriforme, negro, com área algodoadosa branca na superfície. A micromorfologia da colônia identificou o fungo *Exophiala jeanselmei*.

Feo-hifomicose é o termo empregado para designar as doenças cutâneas e sistêmicas causadas por fungos demáceos, que se apresentam nos tecidos como células leveduriformes, pseudo-hifas e hifas demacioides.¹

A incidência dessa doença vem aumentando de forma importante nos últimos anos. Suspeita-se que uma das razões desse aumento seja a imunossupressão iatrogênica.²

A micose é freqüente infecção oportunista, ocorrendo em pacientes debilitados, com doenças crônicas, diabetes, leucemia e imunodeprimidos em geral, embora em muitos casos relatados não haja evidência de imunodepressão.^{1,3}

Mais de 100 espécies já foram identificadas como causadoras da doença.² Entre os agentes etiológicos mais comuns estão a *Exophiala jeanselmei* e *Wangiella dermatitidis*.¹

As formas clínicas são de dois tipos: subcutânea e sistêmica. A forma subcutânea decorre de inocu-

lação traumática e se apresenta como cistos, abscessos ou lesões verrucosas, de evolução lenta.¹ A *E. jeanselmei* é um agente típico dessa forma, principalmente da forma cística,¹ sendo difícil o diagnóstico diferencial clínico com o cisto epidérmico.³ Na forma disseminada a via de infecção é geralmente por inalação, com comprometimento de vários órgãos internos, mas especialmente o sistema nervoso central, sendo o agente mais freqüentemente identificado o *Cladosporium bantianum*.^{1,4}

O diagnóstico da forma cística da micose geralmente é obtido pelo exame histopatológico. O abscesso localizado no tecido celular subcutâneo ou derme profunda acha-se envolto por espessa cápsula fibrosa. Os fungos são encontrados principalmente na camada interna da parede do cisto, porém podem ser vistos no centro do abscesso, sob a forma de hifas septadas de cor acastanhada.³

O tratamento de primeira escolha para a feo-hifomicose é o itraconazol em esquema prolongado. Lesões localizadas devem ser tratadas cirurgicamente ou com infiltrações locais de anfotericina B. Para casos disseminados emprega-se a associação de anfotericina B e 5-fluorocitosina.^{1,3}

Este relato, mais importante do que a raridade da doença e a forma como foi diagnosticada, serve como mais um alerta das conseqüências da corticoterapia prolongada sem acompanhamento adequado, que podem ser muito mais graves do que no presente caso. □

Resumo: Descreve-se caso clínico de paciente tratado de hanseníase dimorfa, que utilizou automedicação, com doses variadas de corticosteróide oral, por longo período, devido à neuropatia hanseniana. Desenvolveu lesão nódulo-cística, amarelada, com algumas crostas, envolta por halo eritemato-acastanhado, na face interna da perna esquerda. O exame micológico direto confirmou a hipótese diagnóstica de feo-hifomicose.

Palavras-chave: *Cladosporium*; Doença iatrogênica; *Exophiala*; Micoses

Abstract: We report a patient suffering from dimorphic Hansen's disease who has self medicated his neuropathy with oral corticosteroid for a long time. A yellowish, nodular-cystic lesion partially topped with crusting, surrounded by a brownish red halo, was noted on the inner aspect of his left leg. Direct mycological examination confirmed the hypothesis of *pheohyphomycosis*.

Keywords: *Cladosporium*; *Exophiala*; Iatrogenic disease; Mycoses

REFERÊNCIAS

1. Lacaz CS, Porto E, Martins JEC, Heins-Vaccari EM, Melo NT. Tratado de Micologia Médica Lacaz. 9 ed. São Paulo: Sarvier; 2002. p.519-61.
2. Revancar SG, Patterson JE, Sutton DA, Pullen R, Rinaldi MG. Disseminated phaeohyphomycosis: review of an emerging mycosis. Clin Infect Dis. 2002;35:1022-3.
3. Fonseca APM, Fonseca WSM, Silva JG, Bona SH, Araújo RCA, Silva JF. Feohifomicose subcutânea: relato de três casos. An Bras Dermatol. 1990;6:303-7.
4. Revancar SG, Sutton DA, Rinaldi MG. Primary central nervous system phaeohyphomycosis: a review of 101 cases. Clin Infect Dis. 2004;38:206-16.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA:

Leonardo Mello Ferreira

Av. Nossa Senhora da Penha, 2432 - apto. 1406

Edifício Angra dos Reis - Bairro Praia do Canto

29045-402 - Vitória - ES

Telefone: (27) 3225-8904

E-mail: llsmf@globo.com

Como citar este artigo: Ferreira LM, Pereira RN, Diniz LM, Souza Filho JB. Qual é seu diagnóstico? Feo-hifomicose. An Bras Dermatol. 2006;81(3):291-3.

Prezado(a) colega,

A seção "Qual o seu Diagnóstico?" procura apresentar casos clínicos que possam vir a questionar o diagnóstico final da doença. Se você tem algum artigo que se enquadre nesta seção, contribua com os Anais Brasileiros de Dermatologia, enviando-o para o nosso endereço:

Av. Rio Branco, 39 / 18º andar - Centro - Rio de Janeiro - RJ - CEP: 20090-003