

Tratamento de cromomicose com criocirurgia e itraconazol sistêmico

Treatment of cromoblastomycosis with cryosurgery and systemic itraconazole

M. Zanini

Dermatologista & Cirurgião Dermatológico.
Blumenau, SC, Brasil.

Correspondencia:

Maurício Zanini
e-mail:
dermatozanini.adm@gmail.com

Resumo

Relato de caso de cromomicose focal tratado com sucesso através de criocirurgia e itraconazol sistêmico.

(M. Zanini. Tratamento de cromomicose com criocirurgia e itraconazol sistêmico. Med Cutan Iber Lat Am 2012;40(5):168-170)

Palavra-chave: cromoblastomycosis, *Fonsecaea pedrosoi*, criocirurgia.

Summary

Case report of focal cromoblastomycosis treated successful with cryosurgery and systemic itraconazole.

Key words: cromoblastomycosis, *Fonsecaea pedrosoi*, cryosurgery.

A cromomicose ou micose de Pedroso e Lane é uma doença micótica profunda crônica de progressão lenta, afetando toda a espessura cutânea. Foi descrito pela primeira vez na cidade de São Paulo/Brasil em 1911. É causado por fungos dematiáceos (pigmentados) principalmente *Fonsecaea pedrosoi* (90% dos casos) e *Cladophorium carrioni* que são geofílicos. O fungo é introduzido no corpo a partir de ferimentos perfurantes e se propaga por contigüidade. Fato este que estabelece o perfil clínico e epidemiológico predominantemente – homens, em ambiente rural, e com lesões em membros inferiores[1, 2].

Caso Clínico

Paciente com 59 anos, aposentado, residente em Blumenau (Estado de Santa Catarina/Brasil), apresenta-se com tumor em face lateral de perna direita com dois anos de evolução. Negava sintomas associados, comorbidades, medicamentos, história familiar e pregressa de lesões similares. Ao exame, tumor verrucoso, 4 x 4 cm de dimensão, com secre-

ção discreta seropurulenta e odor fétido (Figura 1). Ausência de adenopatia loco-regional. Estado clínico geral normal. A hipótese clínica inicial foi de carcinoma espinocelular e carcinoma verrucoso. A lesão foi submetida a excisão tangencial para análise histológico, que revelou hiperplasia pseudoepiteliomatosa, infiltrado inflamatório linfo-histiocitário-eosinofílico e granulomatoso. Em algumas células gigantes multinucleadas (tipo corpo estranho) foram identificados corpos acastanhados agrupados com septação, sendo caracterizados como corpos fumagóides (Figuras 4 e 5). O diagnóstico foi de cromomicose focal e verrucosa, sendo instituído tratamento com criocirurgia em *spray* em duas sessões (intervalo de 30 dias, tempo de descongelamento de 75 segundos) associado com itraconazol 200mg/dia por dois meses (Figuras 2 e 3). Após 12 meses, não havia sinal de recidiva da lesão, estabelecendo alta.

Discussão

De acordo com o referenciado micologista brasileiro Carlos da Silva Lacaz em seu livro "História da Dermatologia Brasi-



Figura 1. Lesão tumoral verrucosa em perna.



Figura 2. Lesão após excisão tangencial e uma sessão de criocirurgia.



Figura 3. Lesão em cicatrização após dois meses da última sessão de criocirurgia.

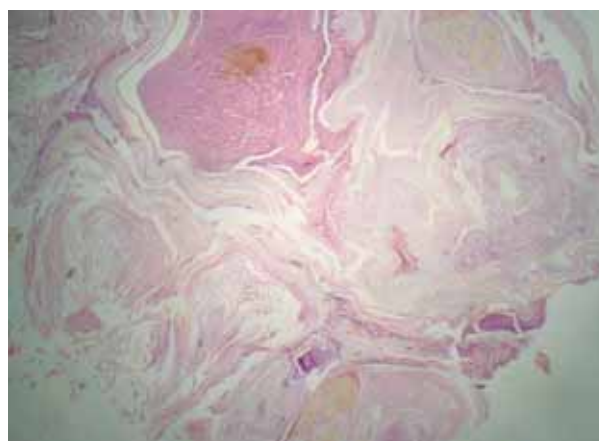


Figura 4. Hiperplasia pseudoepiteliomatosa (H-E 10x).

leira”, a história de *Fonsecaea pedrosoi* começa em 1921, quando este fungo filamentoso foi isolado por Alexandrino de Moraes Pedroso recebendo o nome de *Hormodendrum pedrosoi*. Em 1936 o médico argentino Pablo Negroni criava o gênero *Fonsecaea* em homenagem a Olympio da Fonseca Filho (micologista do Instituto Oswaldo Cruz/São Paulo/Bra-

sil), estabelecendo o nome definitivo deste fungo. A erupção normalmente é única e inicia-se por lesão focal, papulosa ou pustulosa, evoluindo para nódulo verrucoso que pode apresentar ulceração central. A lesão normalmente é assintomática. Na fase ulcerada é comum a lesão apresentar odor fétido devido infecção fusoespiralar secundária[1, 2].

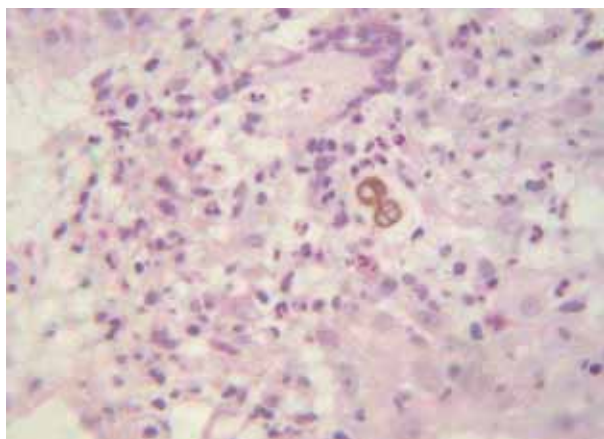


Figura 5. Corpos fumagóides em septação (H-E 40x).

O diagnóstico diferencial inclui a blastomicose, tuberculose cutânea, leishmaniose, esporotricose e carcinomas cutâneos. A confirmação diagnóstica faz-se através do achado do fungo dematiáceo por meio de exame direto ou histológico. Observam-se os corpos fumagóides (corpos micóticos cor de charuto) que se multiplica por septação. A histopatologia irá variar de acordo com a idade da lesão. Nos casos estabelecidos há processo inflamatório misto e granulomatoso acompanhando hiperplasia pseudoepiteliomatosa. Os corpos fumagóides, que determinam o diagnóstico, frequentemente são encontrados dentro das células gigantes multinucleadas. A cultura é desnecessária para a confirmação[3].

O tratamento é necessário e se resume em cirúrgico e clínico. A excisão cirúrgica é a opção para pequenas lesões. Em lesões maiores, a terapia com itraconazol (200mg/dia por 3 a 6 meses) associado com uma ou mais sessões de crioterapia é uma ótima conduta. Nas raras formas extensas muitos advogam a o uso sistêmico de flucitosina, anfotericina B e tiabendazol[1, 3, 4]. O itraconazol é uma droga imidazólica com metabolização pelo sistema P450-3A, com alta afinidade pelo tecido adiposo e ceratinoso, e apresentando baixa incidência de efeitos colaterais (<5%). Deve haver monitorização mensal da função hepática e cuidado com pacientes que usam drogas metabolizadas hepaticamente para ajuste de dose. O uso associado da cisaprida é contraindicado pelo risco de ocorrer arritmia cardíaca (*Torsade de pointes*)[5].

Conclusão

No presente relato, a contaminação do paciente provavelmente ocorreu devida o hábito de limpeza dos jardins de sua casa. O manejo terapêutico clínico-cirúrgico foi bem sucedido. A realização de excisão tangencial da lesão aperfeiçoou o tratamento, reduzindo a agressividade da criocirurgia. Deve haver cuidado na aplicação da criocirurgia em regiões acrais, principalmente em pacientes com deficiência vascular, devido o risco de determinar necrose profunda. Mesmo para lesões focais, onde a remoção cirúrgica é plausível, considero o itraconazol o antifúngico de escolha, na dose de 200 a 400mg/dia por 2 a 3 meses, na complementação terapêutica e a fim de reduzir recorrências.

Referências

1. Sampaio SAP, Rivitti EA. Dermatologia. 1ª ed. São Paulo: Artes Médicas; c1998. São Paulo. 545p.
2. Azulay RD, Azulay DR. Dermatologia. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; c1999. 218p.
3. Minotto R, Varejão-Bernardi CD, Mallmann LF, Edelweiss MI, Scroferneker ML. Chromoblastomycosis: A review of 100 cases of Rio Grande do Sul, Brazil. *J Am Acad Dermatol* 2001;44:585-92.
4. Astorga E, Bonilla E, Martinez C, Mura W. Tratamiento de La cromoblastomycosis con anfotericina B y 5-fluorocitosina. *Med Cutan Ibero Lat Am* 1981; 9: 125-8.
5. Arndt KA, HSU JTS. Manual de terapia dermatológica. São Paulo: Tecmedd; c2008. 391p.