SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA

Anais Brasileiros de Dermatologia

www.anaisdedermatologia.org.br

CARTAS - TROPICAL/INFECTOPARASITÁRIA

Infecção cutânea por *Mycobacterium szulgai* associada à terapia biológica☆,☆☆

Prezado Editor,

As micobactérias não tuberculosas (MNT) são bacilos aeróbicos ácidos encontrados no meio ambiente e que, em indivíduos imunossuprimidos, podem ser capazes de causar amplo espectro de infecções, incluindo pulmonares e cutâneas.[1] *Mycobacterium szulgai*, por sua vez, é uma MNT descrita pela primeira vez em 1972, considerado patógeno raro e responsável por menos de 0,5% de todas as infecções por MNT.[2] Apesar disso, com a popularização de procedimentos médicos invasivos e o uso de terapias imunobiológicas, observou-se um aumento de quadros causados por esses agentes.[1] Relatamos um caso de infecção cutânea por *M. szulgai* em paciente em uso de adalimumabe para o tratamento de psoríase e artrite psoriásica.

Paciente do sexo masculino, de 45 anos, mecânico, acompanhando em Serviço de Dermatologia em decorrência de psoríase e artrite psoriásica em punho direito, com diagnóstico em 2020, apresentando placas descamativas e eritematosas em palmas e plantas, além de onicodistrofia importante em unhas das mãos (fig. 1), com pontuação equivalente a 12 de acordo com o *Psoriasis Area and Severity Index* (PASI). O paciente em questão não apresentava outras comorbidades, e os exames laboratoriais (hemograma completo, função renal e hepática, VHS e PCR) prévios à instituição de medicações sistêmicas apresentavam-se dentro da normalidade, bem como sorologias para HIV, sífilis, hepatite B e C não reagentes, *interferon-gamma release assays* (IGRA) não reagente e radiografia de tórax sem alterações.

Figura 1 Distrofia ungueal na mão esquerda, caracterizada por espessamento, irregularidade e alteração de coloração das unhas, compatível com acometimento ungueal secundário à psoríase.

Diante disso, foi prescrito metotrexato 25 mg/mL via subcutânea na dose de 1 mL/semana; em virtude de falha terapêutica tanto cutânea quanto articular, após nove meses, essa medicação foi suspensa e optou-se por introdução de molécula anti-TNFα (adalimumabe) em janeiro de 2021. Entretanto, após dois anos do uso desse imunobiológico, o paciente retornou para consulta médica apresentando ulceração em flanco direito com drenagem de secreção serosa e evolução de 45 dias, no local de aplicação da medicação (fig. 2A-B).

Foi realizada biopsia incisional e encaminhado tecido cutâneo para análise histopatológica e microbiológica (fungo, bactérias e micobactérias), que evidenciou hiperplasia epitelial reativa leve, tecido de granulação em derme e inflamação mista com histiócitos, além de base da úlcera com fibrina e infiltrado neutrofílico (fig. 2C). Uma amostra de pele também foi submetida à pesquisa de bacilos álcool-ácidos resistentes (BAAR) em coloração Fite-Faraco, com resultado negativo. Entretanto, na cultura, observou-se crescimento de MNT da espécie *M. szulgai*, por meio de identificação fenotípica e bioquímica, diante da indisponibilidade de genotipagem molecular para identificação do antígeno no serviço.

Nesse contexto, optou-se pela suspensão do adalimumabe e início do tratamento da infecção cutânea com rifampicina, etambutol, claritromicina e levofloxacino por seis meses, tendo em vista que, no antibiograma, não

DOI referente ao artigo:
https://doi.org/10.1016/j.abd.2026.501437

☆ Como citar este artigo: Pereira BM, Miyazawa B, Moreira CR, Souza JMF, Faria JP, Kondo RN. Cutaneous infection caused by *Mycobacterium szulgai* associated with biologic therapy. An Bras Dermatol. 2026;101:501437.

☆☆ Trabalho realizado na Clínica de Dermatologia Ambulatorial, Universidade Estadual de Londrina, Londrina, PR, Brasil.

2666-2752/© 2026 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/).

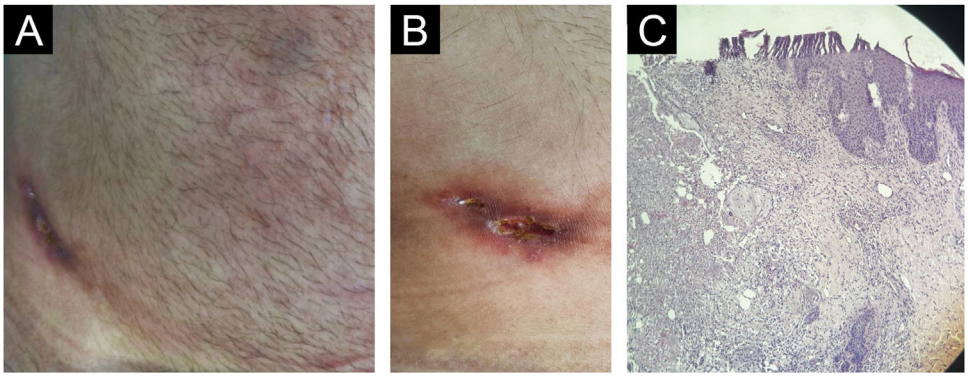

Figura 2 (A) Lesão ulcerada em flanco direito no local de aplicação de adalimumabe. (B) Detalhe da lesão, evidenciando ulceração. (C) Corte histológico corado por Hematoxilina & eosina, em aumento de 40 × , evidenciando hiperplasia epitelial reativa leve, tecido de granulação dérmico e infiltrado inflamatório misto, com base ulcerada contendo fibrina e neutrófilos.

Figura 3 Cicatriz residual após tratamento e resolução do quadro infeccioso.

Figura 4 Melhora da onicodistrofia após tratamento com risanquizumabe.

foram observadas mutações associadas à resistência a essas medicações. O paciente apresentou boa resposta e cicatrização completa da lesão (fig. 3). Além disso, como opção terapêutica para o quadro dermatológico e reumatológico de base, foi indicado risanquizumabe; o paciente evoluiu com bom controle de lesões características de psoríase cutânea, articular e ungueal, apresentando melhora importante de onicodistrofia (fig. 4).

As micobacterioses cutâneas não tuberculosas são infecções causadas por bacilos aeróbicos ácidos, amplamente distribuídos no ambiente e responsáveis por amplo espectro de infecções, mais comumente em indivíduos imunossuprimidos, e podem apresentar-se, clinicamente, por doenças pulmonares, linfadenite, infecções de pele ou tecidos moles, infecções ósseas e doenças disseminadas.[1,3,4]

O desenvolvimento de doenças cutâneas, por sua vez, tem como principais espécies envolvidas *M. marinum*, *M. abscessus*, *M. fortuitum* e *M. chelonae*; em geral, a infecção é causada por penetração direita após trauma, procedimentos cirúrgicos, procedimentos estéticos ou exposição ocupacional a ambientes aquáticos.[5] Na pele, infecções por MNT se apresentam de formas variadas por meio de placas, pápulas, pústulas ou, inclusive, nodulações subcutâneas, abscessos e úlceras.[3]

Mycobacterium szulgai é uma espécie de MNT de crescimento lento, descrita pela primeira vez em 1972. É patógeno raro, responsável por menos de 0,5% das infecções por MNT, e recuperado de fontes ambientais de água, incluindo água de torneiras de hospitais, máquinas de gelo, tanques de peixes e piscinas. Na literatura em inglês, 17 casos de infecção cutânea por esse agente foram identificados[2] e, no contexto dos Países Baixos, entre 1999 e 2006, *M. szulgai* foi isolado em 21 pacientes.[6] No Brasil, foram descritos dois casos de infecção por *M. szulgai*, reforçando a raridade desse agente no cenário nacional, bem como seu potencial de acometer diferentes sítios, incluindo pele e tecidos moles, com boa resposta ao tratamento antimicrobiano prolongado.[7]

Não há diretriz padrão sobre o tratamento medicamentoso dessa infecção; a maioria dos estudos empregou regimes contendo rifampicina, etambutol e claritromicina associando ou não uma fluoroquinolona, a qual esteve associado a um resultado favorável.[2]

A terapia com anti-TNFα está associada a risco aumentado de infecções por MTN, além de tuberculose (TB). Estudos indicam que pacientes com artrite reumatoide tratados com essas medicações apresentam maior incidência dessas micobacterioses.[8] Winthrop et al., em um estudo retrospectivo envolvendo 239 pacientes em uso de anti-TNFα observou que 105 (44%) preencheram critérios diagnósticos para doença por MNT; desses, 73 (69%) estavam submetidos a terapia com infliximabe e 7 (7,7%)

com adalimumabe. Além disso, a maioria desses pacientes estava em uso concomitante de outros medicamentos imunossupressores, como prednisona e metotrexato.[1]

Portanto, é crucial monitorar pacientes que recebem terapia com anti-TNFα para detectar precocemente infecções por MTN, especialmente em áreas endêmicas e em populações vulneráveis.

ORCID ID

Bianca Miyazawa: 0009-0003-0561-8504
Cássio Rafael Moreira: 0000-0002-8781-1505
João Marcos Franco de Souza: 0000-0002-9297-7841
Jéssica Pagan Faria: 0000-0001-8727-2348
Rogério Nabor Kondo: 0000-0003-1848-3314

Suporte financeiro

Nenhum.

Contribuição dos autores

Bárbara Messias Pereira: Aprovação da versão final do manuscrito; revisão crítica da literatura; participação intelectual no manejo propedêutico e/ou terapêutico dos casos estudados; participação intelectual no manejo propedêutico e/ou terapêutico dos casos estudados; manuscrito revisão crítica; elaboração e redação do manuscrito.

Bianca Miyazawa: Aprovação da versão final do manuscrito; revisão crítica da literatura; participação intelectual no manejo propedêutico e/ou terapêutico dos casos estudados; participação intelectual no manejo propedêutico e/ou terapêutico dos casos estudados; manuscrito revisão crítica; elaboração e redação do manuscrito.

Cássio Rafael Moreira: Aprovação da versão final do manuscrito; elaboração e redação do manuscrito.

João Marcos Franco de Souza: Aprovação da versão final do manuscrito; elaboração e redação do manuscrito.

Jéssica Pagan Faria: Aprovação da versão final do manuscrito; elaboração e redação do manuscrito.

Rogério Nabor Kondo: Aprovação da versão final do manuscrito; revisão crítica da literatura; participação intelectual no manejo propedêutico e/ou terapêutico dos casos estudados; participação intelectual no manejo propedêutico e/ou terapêutico dos casos estudados; manuscrito revisão crítica; elaboração e redação do manuscrito.

Disponibilidade de dados de pesquisa

Não se aplica.

Conflito de interesses

Nenhum.

Editor

Jane Tomimori

Referências

1. Winthrop KL, Chang E, Yamashita S, Iademarco MF, LoBue PA. Nontuberculous mycobacteria infections and anti-tumor necrosis factor-alpha therapy. Emerg Infect Dis. 2009;15:1556–61.
2. Ye H, Harris VC, Chiu KH, Chen XX, Li YY, Wang ZZ, et al. Cutaneous Mycobacterium szulgai infection in a patient with Cushing's syndrome: a case report and literature review. BMC Infect Dis. 2023;23:266.
3. Mehta N, Tyagi M, Ramam M, Khaitan BK. Cutaneous atypical mycobacterial infections: a brief review. Indian Dermatol Online J. 2024;15:909–19.
4. Nogueira LB, Garcia CN, Costa MSC, Moraes MB, Kurizky PS, Gomes CM. Non-tuberculous cutaneous mycobacterioses. An Bras Dermatol. 2021;96:527–38.
5. Gonzalez-Santiago TM, Drage LA. Nontuberculous mycobacteria: skin and soft tissue infections. Dermatol Clin. 2015;33:563–77.
6. van Ingen J, Boeree MJ, de Lange WC, Dekhuijzen PN, van Soolingen D, van der Zanden AG, et al. Clinical relevance of Mycobacterium szulgai in the Netherlands. Clin Infect Dis. 2008;46:1200–5.
7. Póvoa MO, Garcia ML, Lima LN, Garcia MT, Martins AC, Silva MF, et al. Mycobacterium szulgai: report of two cases. Braz J Infect Dis. 2024;28 Suppl 2:103931.
8. Park DW, Kim YJ, Sung YK, Chung SJ, Yeo Y, Park TS, et al. TNF inhibitor increases the risk of nontuberculous mycobacteria in patients with seropositive rheumatoid arthritis in a Mycobacterium tuberculosis endemic area. Sci Rep. 2022;12:4003.

Bárbara Messias Pereira *, Bianca Miyazawa, Cássio Rafael Moreira, João Marcos Franco de Souza, Jéssica Pagan Faria e Rogério Nabor Kondo

Clínica de Dermatologia Ambulatorial, Universidade Estadual de Londrina, Londrina, PR, Brasil

* Autor para correspondência.
E-mail: barbaramessiaspereira@gmail.com (B.M. Pereira).

Recebido em 27 de janeiro de 2026; aceito em 15 de abril de 2026