

Yung Gonzaga <sup>a,\*</sup>, Thiago Jeunon <sup>b</sup>,  
Jorge Machado <sup>a</sup> e Marcio Nucci <sup>c</sup>

<sup>a</sup> Instituto Nacional de Câncer, Rio de Janeiro, RJ, Brasil

<sup>b</sup> Clínica privada, Rio de Janeiro, RJ, Brasil

<sup>c</sup> Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil

\* Autor para correspondência.

E-mail: [yungbmg@hotmail.com](mailto:yungbmg@hotmail.com) (Y. Gonzaga).

Recebido em 14 de julho de 2020; aceito em 11 de novembro de 2020

<https://doi.org/10.1016/j.abdp.2022.06.010>

2666-2752/ © 2022 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/>).

## Botriomicose exofítica: apresentação clínica incomum<sup>☆☆</sup>



Prezado Editor,

A botriomicose é uma doença infecciosa crônica de origem bacteriana, granulomatosa e supurativa com distribuição mundial. A incidência e prevalência são desconhecidas, embora seja considerada uma doença rara, com aproximadamente 200 casos relatados em todo o mundo.<sup>1-3</sup>

Um paciente do sexo masculino, 42 anos, agricultor, veio ao serviço de dermatologia com lesão de crescimento lento que havia aparecido há dois anos no hálux do pé direito. O paciente relatou dor de intensidade moderada, potencializada com a caminhada diária, além de sangramento autolimitado. O exame físico revelou na face dorsal do hálux um tumor exofítico ulcerado, eritematoso, com crosta hemática na superfície e algumas áreas de sangramento, medindo 5 × 5 cm (fig. 1).

Uma biópsia foi realizada com hipótese clínica de carcinoma espinocelular vs. melanoma amelanótico, e o resultado da análise histopatológica mostrou hiperplasia pseudo-epiteliomatosa, com corpúsculos granulares basofílicos (grânulos) e numerosos neutrófilos (figs. 2 e 3). As culturas microbiológicas foram negativas. Foi feito o diagnóstico de botriomicose exofítica, indicada a ressecção cirúrgica pelo serviço de cirurgia plástica e iniciada anti-bioticoterapia com trimetoprima-sulfametoxazol.

O termo botriomicose deriva do grego *botrys* (cacho de uvas) e *myces* (fungo), porque inicialmente suspeitava-se de uma etiologia fúngica. Dois tipos de apresentação podem ser descritos: cutânea e visceral.<sup>1,4</sup>

A apresentação cutânea representa 75% dos casos relatados, e os 25% restantes correspondem ao tipo visceral. A botriomicose pode ocorrer em qualquer idade, embora raramente ocorra em crianças e adultos acima de 70 anos, e envolve principalmente áreas com maior suscetibilidade a traumas, como mãos, pés, cabeça e pescoço.<sup>1,3,4</sup>

A história de trauma é o fator de risco mais importante; no caso apresentado no presente artigo, este foi o provável método de inoculação, já que o paciente trabalha na agricultura. Outros fatores de risco associados são imunossupressão, diabetes *mellitus*, doença hepática, alcoolismo, lúpus sistêmico, fibrose cística, desnutrição, deficiência de imunoglobulina, glomerulonefrite, HIV/AIDS ou história de cirurgia.<sup>1,4</sup>

A patogênese dessa doença não é bem compreendida, e muitos autores concordam que essa reação corresponde ao fenômeno de Splendore-Hoeppli, no qual o complexo antígeno-anticorpo, imunoglobulina G e C3 são precipitados, processo no qual a fagocitose e a destruição bacteriana intracelular são evitadas.<sup>1</sup>

O paciente apresentava nódulos, fístulas, abscessos e úlceras com exsudato seropurulento, nos quais grânulos branco-amarelados de 3 a 5 mm podiam ser vistos; infecção sistêmica não foi observada.<sup>5</sup> O diagnóstico é feito isolando-se o agente causador, o que no entanto não é fácil de ser obtido.<sup>1,4</sup>

O diagnóstico diferencial é feito com outras doenças infecciosas granulomatosas, como micetoma, actinomicose, esporotricose, tuberculose cutânea e neoplasias malignas, como carcinoma espinocelular e melanoma amelanótico.<sup>1</sup>

O tratamento com antibiótico deve ser direcionado ao agente causador; no caso de lesões extensas, falha do tratamento sistêmico ou pacientes gravemente imunocomprometidos, recomenda-se a excisão e drenagem das lesões.<sup>1,2,4</sup> No presente caso, o tratamento consistiu na excisão do tumor pelo serviço de cirurgia plástica, com reconstrução realizada com enxerto de espessura parcial, além de tratamento empírico com trimetoprima-sulfametoxazol em virtude do perfil epidemiológico e possível agente causador.

Este relato de caso apresenta um caso clínico de botriomicose exofítica, uma apresentação clínica incomum até então não relatada na literatura.

### Suporte financeiro

Nenhum.

### Contribuição dos autores

Lina Paola González-Cardona: Revisão crítica da literatura; revisão crítica do manuscrito; elaboração e redação do manuscrito; concepção e planejamento do estudo.

DOI referente ao artigo:

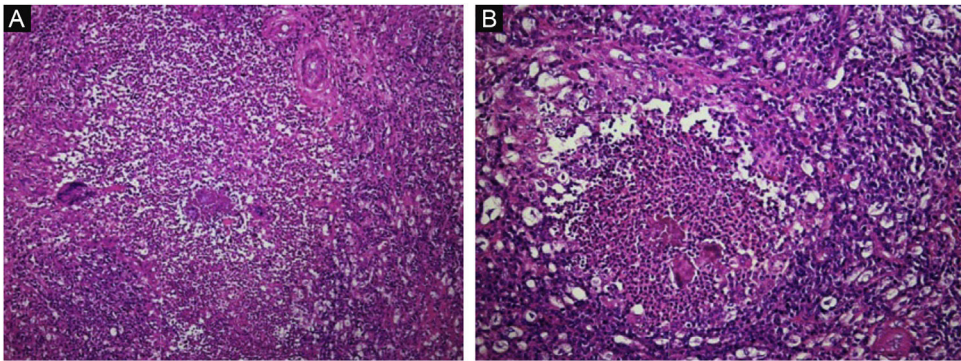
<https://doi.org/10.1016/j.abdp.2022.06.010>

☆ Como citar este artigo: González-Cardona LP, Alejo Villamil AM, Cortés Correa C, Peñaranda Contreras EO. Exophytic botryomycosis: An unusual clinical presentation. *An Bras Dermatol.* 2022;97:536-8.

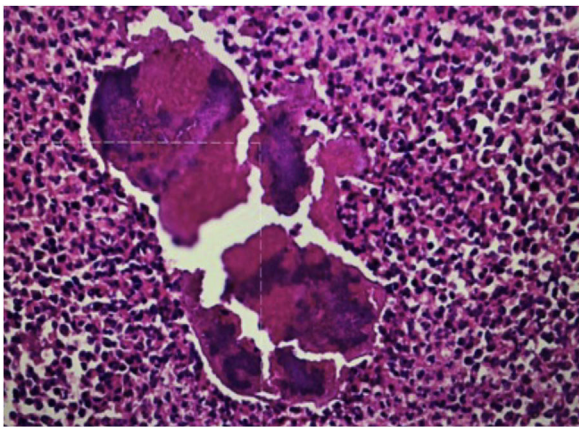
☆☆ Trabalho realizado no Hospital Universitario La Samaritana, Bogotá, Colômbia.



**Figura 1** Tumor exofítico, ulcerado, no hálux do pé direito.



**Figura 2** Infiltrado inflamatório com neutrófilos e corpúsculos basofílicos granulares (grânulos). (A), Hematoxilina & eosina 100 × . (B), Hematoxilina & eosina, 400 × .



**Figura 3** Corpúsculos basofílicos granulares, grânulos (Hematoxilina & eosina, × 1000).

Adriana Mercedes Alejo Villamil: Obtenção, análise e interpretação dos dados.

Carolina Cortés Correa: Aprovação da versão final do manuscrito; participação efetiva na orientação da pesquisa.

Elkin Omar Peñaranda Contreras: Aprovação da versão final do manuscrito; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica; manejo dos casos estudados.





### Conflito de interesses

Nenhum.

### Referências

1. Padilla-Desgarenes C, Vázquez-González D, Bonifaz A. Botryomycosis. Clin Dermatol. 2012;30:397-402.

- John K, Gunasekaran K, Kodiatte TA, Iyyadurai R. Cutaneous Botryomycosis of the Foot: A case report and review of literature. *Indian J Med Microbiol.* 2018;36:447–9.
- Sirka CS, Dash G, Pradhan S, Naik S, Rout AN, Sahu N. Cutaneous Botryomycosis in Immunocompetent Patients: A case series. *Indian Dermatol Online J.* 2019;10:311–5.
- Bailey P, Raybould JE, Sastry S, Bearman G. Cutaneous Botryomycosis and *Staphylococcus aureus*: Diagnosis Management, and a Systemic Literature Review. *Curr Treat Options Infect Dis.* 2018;10:347–61.
- Singh A, Cook C, Kollmann K, Rajpara A. Acute cutaneous botryomycosis of the hands. *IDCases.* 2020;19:e00709.

Lina Paola González-Cardona  <sup>a,\*</sup>,  
 Adriana Mercedes Alejo Villamil  <sup>a</sup>,  
 Carolina Cortés Correa  <sup>b</sup>  
 e Elkin Omar Peñaranda Contreras  <sup>b</sup>

<sup>a</sup> Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colômbia  
<sup>b</sup> Hospital Universitario de la Samaritana, Bogotá, Colômbia

\* Autor para correspondência.  
 E-mail: [linapgonzalezcc@gmail.com](mailto:linapgonzalezcc@gmail.com)  
 (L.P. González-Cardona).

Recebido em 17 de setembro de 2020; aceito em 16 de outubro de 2020

<https://doi.org/10.1016/j.abdp.2022.05.001>  
 2666-2752/ © 2022 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/>).

## Dermatite infecciosa associada ao HTLV-I: caso incomum no sul do Brasil simulando dermatite atópica refratária <sup>☆,☆☆</sup>



Prezado Editor,

O HTLV-I (*Human T Lymphotropic Virus type-I*), retrovírus humano descoberto na década de 1980,<sup>1</sup> infecta preferencialmente os linfócitos T CD4. A prevalência mundial é incerta, estimada entre 5-10 milhões de infectados,<sup>2</sup> principalmente no Japão, Irã, América Latina e África.<sup>3,4</sup>

A dermatite infecciosa associada ao HTLV-I (DIH) foi descrita na Jamaica em 1966, e associada ao HTLV-I em 1990. É uma forma rara de dermatite exsudativa resistente aos tratamentos.<sup>1,3-5</sup>

Relatamos o caso de uma menina de 7 anos atendida no Sul do Brasil, nascida por parto vaginal, apresentando eczema recorrente grave desde os 18 meses, quando cessou a amamentação.

Ao exame, apresentava lesões eczematosas macegradas, exsudativas e fétidas no couro cabeludo e regiões retroauriculares, cervical, antecubitais e interglútea; alopecia temporal; crostas nas regiões umbilical, perioral e nasal (figs. 1 e 2). Exames laboratoriais normais, exceto sorologia para HTLV-I/II que foi reagente, confirmando o diagnóstico de DIH

conforme critérios descritos na tabela 1.<sup>5</sup> Demais sorologias virais negativas. O exame neurológico foi normal. A mãe também apresentou sorologia positiva para HTLV-I/II. Iniciado sulfametoxazol + trimetoprima via oral, com melhora clínica acentuada.

A DIH costuma iniciar na infância, e é considerada marcador clínico precoce de infecção pelo HTLV-I.<sup>3,4</sup> A principal via de transmissão é a amamentação.<sup>3,5</sup> Sua patogênese envolve suscetibilidade individual, desregulação imunológica, superinfecção bacteriana, estimulação antigênica ambiental e inflamação persistente.<sup>4</sup> O estado pró-inflamatório pode estar relacionado com a proliferação de linfócitos T e os altos níveis de IL-1, IL-6, TNF $\alpha$  e IFN $\alpha$ ; níveis elevados de IgE aumentam a suscetibilidade ao *S. aureus* e *S.  $\beta$  hemoliticus*.<sup>4</sup>

HTLV-I deve ser pesquisado nos quadros eczematosos graves, resistentes, recidivantes e com infecção secundária.<sup>4</sup>

**Tabela 1** Critérios maiores para os diagnósticos de dermatite infecciosa associada com HTLV-I

- Presença de lesões eritemato-escamosas, exsudativas e crostosas em couro cabeludo, áreas retroauriculares, regiões cervicais e inguinais, axilas, pele perioral e paranasal, orelhas, tórax, abdômen e outros locais
- Crostas nas narinas
- Dermatite crônica recidivante com resposta imediata à terapia apropriada, mas recorrência logo após suspensão de antibióticos
- Diagnóstico de infecção pelo HTLV-I por testes sorológicos ou de biologia molecular

Adaptado de La Grenade<sup>5</sup> et al., apud De Oliveira et al.<sup>1</sup>  
 Dos quatro critérios principais, três são necessários para o diagnóstico; 1, 3 e 4 são obrigatórios. No critério 1, é necessário acometimento de três ou mais regiões, incluindo couro cabeludo e áreas retroauriculares.

DOI referente ao artigo:

<https://doi.org/10.1016/j.abdp.2022.05.001>

<sup>☆</sup> Como citar este artigo: García MCS, Heck R, Bonamigo RR, Cattani CAS. Infectious dermatitis associated with HTLV-I: uncommon case in southern Brazil simulating refractory atopic dermatitis. *An Bras Dermatol.* 2022;97:538–41.

<sup>☆☆</sup> Trabalho realizado no Ambulatório de Dermatologia Sanitária do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.