

Yung Gonzaga ^{a,*}, Thiago Jeunon ^b,
Jorge Machado ^a e Marcio Nucci ^c

^a Instituto Nacional de Câncer, Rio de Janeiro, RJ, Brasil

^b Clínica privada, Rio de Janeiro, RJ, Brasil

^c Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil

* Autor para correspondência.

E-mail: 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^{☆☆}



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.¹⁻³

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.^{1,4}

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.^{1,3,4}

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.^{1,4}

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.¹

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.⁵ O diagnóstico é feito isolando-se o agente causador, o que no entanto não é fácil de ser obtido.^{1,4}

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.¹

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.^{1,2,4} 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.

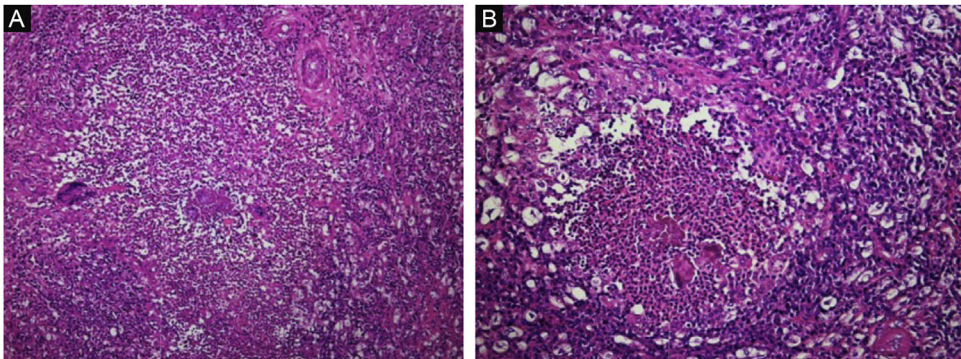


Figura 2 Infiltrado inflamatório com neutrófilos e corpúsculos basofílicos granulares (grânulos). (A), Hematoxilina & eosina 100 × . (B), Hematoxilina & eosina, 400 × .

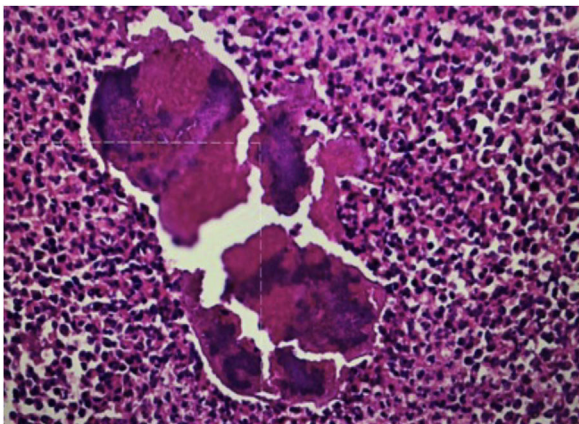


Figura 3 Corpúsculos basofílicos granulares, grânulos (Hematoxilina & eosina, × 1000).

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  ^{a,*},
 Adriana Mercedes Alejo Villamil  ^a,
 Carolina Cortés Correa  ^b
 e Elkin Omar Peñaranda Contreras  ^b

^a Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colômbia
^b Hospital Universitario de la Samaritana, Bogotá, Colômbia

* Autor para correspondência.
 E-mail: 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 ^{☆,☆☆}



Prezado Editor,

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

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.^{1,3-5}

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 1.⁵ 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.^{3,4} A principal via de transmissão é a amamentação.^{3,5} Sua patogênese envolve suscetibilidade individual, desregulação imunológica, superinfecção bacteriana, estimulação antigênica ambiental e inflamação persistente.⁴ O estado pró-inflamatório pode estar relacionado com a proliferação de linfócitos T e os altos níveis de IL-1, IL-6, TNF α e IFN α ; níveis elevados de IgE aumentam a suscetibilidade ao *S. aureus* e *S. β hemoliticus*.⁴

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

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 Grenade⁵ et al., apud De Oliveira et al.¹
 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>

[☆] 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.

^{☆☆} Trabalho realizado no Ambulatório de Dermatologia Sanitária do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.