



## DERMATOLOGIA TROPICAL/INFECTOPARASITÁRIA

# Tricosporonose mucocutânea disseminada em paciente com sarcoma histiocítico ☆,☆☆



Arturo Robles-Tenorio <sup>a</sup>, Rossy Anahí Rivas-López <sup>b</sup>, Alexandro Bonifaz <sup>c</sup> e Víctor Manuel Tarango-Martínez <sup>a,\*</sup>

<sup>a</sup> Instituto Dermatológico de Jalisco Dr. José Barba Rubio, Zapopan, Jalisco, México

<sup>b</sup> Centro Dermatológico de Sinaloa Dr. Jesús Rodolfo Acedo Cárdenas, Culiacán, Sinaloa, México

<sup>c</sup> Serviço de Dermatologia e Departamento de Micologia, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga, Cidade do México, México

## PALAVRAS-CHAVE

Neoplasias hematológicas;  
Sarcoma histiocítico;  
Trichosporon;  
Tricosporonose;  
Úlcera

**Resumo** *Trichosporon asahii* é o agente causador da tricosporonose. Pacientes com imunossupressão ou neoplasias hematológicas apresentam maior risco de infecção. O envolvimento da pele e da mucosa é representado por lesões papulonodulares de crescimento rápido e úlceras necróticas. A disseminação para os órgãos internos é letal. O sucesso terapêutico depende da doença subjacente. Este relato é o primeiro caso de tricosporonose mucocutânea disseminada em um paciente com diagnóstico *post-mortem* de sarcoma histiocítico, uma neoplasia hematolinfóide rara e agressiva. Infelizmente, o óbito ocorreu apesar do tratamento com anfotericina B lipossomal e medidas de suporte, mostrando a fatalidade de ambas as doenças.

© 2021 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/>).

## Relato do caso

Mulher de etnia indígena de 57 anos de idade, previamente saudável, apresentou-se à clínica com histórico de 18 meses de feridas faciais, dor pleurítica progressiva, dispneia, tosse

produtiva, perda ponderal, febre e fadiga. No exame físico, havia múltiplas úlceras necróticas na região bucinadora, nariz e lábio esquerdos (fig. 1). Os linfonodos submaxilares, cervicais e axilares apresentavam edema. Os resultados laboratoriais mostraram anemia (4,6 g/dL) e elevação do DHL (1477 UI/L). As sorologias para HIV 1/2, hepatite B e C foram negativas. A tomografia computadorizada exibiu consolidações basais e bilaterais e atelectasia, hepatomegalia e líquido intraperitoneal livre. O esfregaço da úlcera facial e a análise histopatológica mostraram células leveduriformes com brotamentos e blastoconídios (fig. 2). Apesar de receber anfotericina B lipossomal, a paciente apresentou disseminação das lesões para a cavidade oral, sangramento gastrointestinal inferior e choque misto, evoluindo a óbito 15 dias após a internação. A cultura da úlcera facial (fig. 3) e a histopatologia dos linfonodos axilares foram coletados na

DOI referente ao artigo:

<https://doi.org/10.1016/j.abd.2021.01.003>

☆ Como citar este artigo: Robles-Tenorio A, Rivas-López RA, Bonifaz A, Tarango-Martínez VM. Disseminated mucocutaneous trichosporonosis in a patient with histiocytic sarcoma. An Bras Dermatol. 2021;96:595–7.

☆☆ Trabalho realizado no Hospital General de Occidente, Zapopan, México.

\* Autor para correspondência.

E-mail: [drtarangovic@gmail.com](mailto:drtarangovic@gmail.com) (V.M. Tarango-Martínez).



**Figura 1** Úlceras faciais extensas e necróticas na bochecha e mucosa oral.

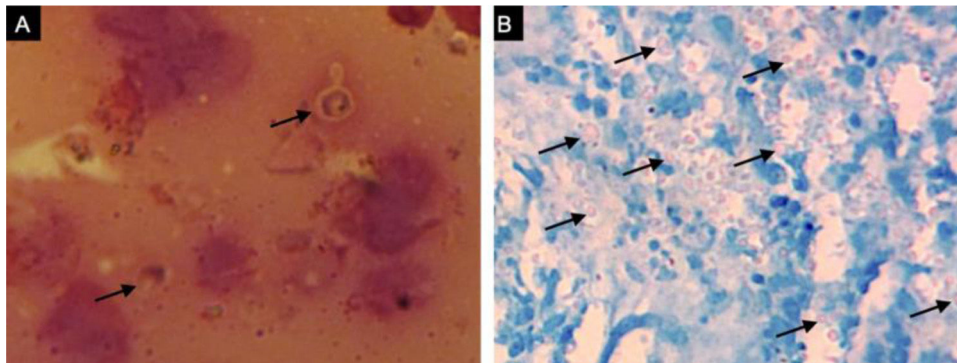
avaliação *post-mortem*. *Trichosporon asahii* foi identificado por espectrometria de massa de dessorção a laser assistida por matriz com tempo de ionização rápido (MALDI-TOF MS, Vitek-MS®). A histopatologia do linfonodo axilar mostrou sarcoma histiocítico (SH), com CD68 e CD163 positivos na análise imuno-histoquímica.

## Discussão

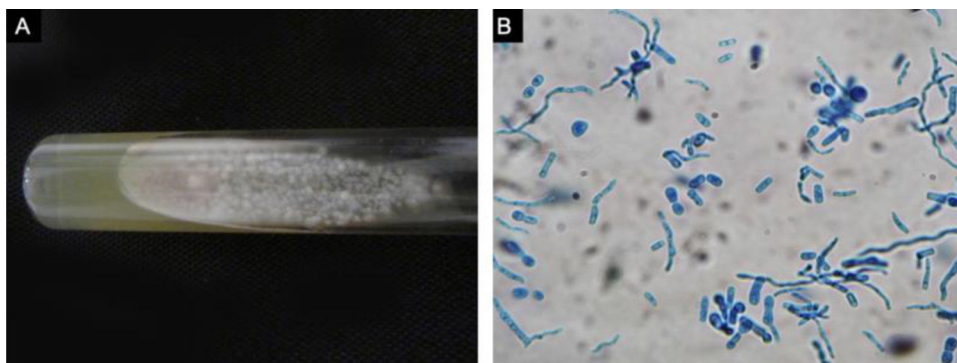
*Trichosporon* spp. são fungos comensais e patogênicos, capazes de evadir a resposta imune e gerar resistência antimicrobiana por meio da formação de biofilme, e por suas características metabólicas e fenotípicas.<sup>1</sup> *Trichosporon asahii* afeta a pele, as membranas mucosas e as vísceras internas de pacientes com imunossupressão, neoplasias hematolinfoides ou neutropenia induzida por quimioterapia.<sup>2</sup> A tricosporonose mucocutânea disseminada apresenta-se como lesões papulonodulares que progridem rapidamente e úlceras necróticas, semelhantes à criptococose.<sup>3</sup>

Suspeita-se de tricosporonose ao observar-se a presença de hifas, artroconídios e blastoconídios em um esfregaço e na histopatologia.<sup>3</sup> O diagnóstico definitivo depende da identificação da espécie a partir de colônias em cultura por métodos cromogênicos ou bioquímicos.<sup>2,4</sup> A MALDI-TOF MS pode substituir esses processos em breve, fornecendo resultados mais precisos.<sup>5</sup> Outras técnicas, como citometria de fluxo, reação em cadeia da polimerase e sequenciamento de genes ainda estão sendo investigados.<sup>4</sup>

A evidência comparativa da terapia antifúngica é limitada. Em uma revisão sistemática de 203 casos, o voriconazol apresentou a maior taxa de desfecho favorável (73,6%) em pacientes com neoplasias hematológicas, e também a melhor atividade *in vitro* contra o *Trichosporon* spp.



**Figura 2** Exames de úlcera facial. (A), células leveduriformes com brotamentos em esfregaço corado pelo Gram; (B), blastoconídios corados com PAS são observados na histopatologia.



**Figura 3** Cultura de úlcera facial. (A), Colônias de *Trichosporon* spp. mostrando uma aparência elevada e cerosa com sulcos radiais em meio de cultura de Sabouraud. (B), Esfregaço da cultura revelou hifas, blastoconídios e artroconídios com coloração azul de algodão.

Do mesmo modo, no México, as concentrações inibitórias mínimas foram mais baixas para os triazóis, mais altas para a anfotericina B e ainda mais altas para as equinocandinas.<sup>6</sup> Juntos, esses resultados estão de acordo com as diretrizes de tratamento, em que o voriconazol é o antifúngico preferido. No presente caso, anfotericina B lipossomal foi utilizada em decorrência da disponibilidade em nossa instituição.<sup>2,4</sup>

O sucesso terapêutico depende do estado da doença subjacente. Neste caso, a paciente tinha um estado avançado de SH. Esse câncer raro e agressivo representa 1% de todas as neoplasias hematolinfoides.<sup>7</sup> O SH geralmente afeta os linfonodos, mas pode se disseminar rapidamente para vários órgãos. Na histopatologia, o tumor mostra proliferação difusa de células neoplásicas com citoplasma eosinofílico e núcleos excêntricos. A análise imuno-histoquímica é positiva para CD163, CD68 e lisozima. Os marcadores de células epiteliais, melanocíticas, mieloides, Langerhans, B e T são negativos. Como nesta paciente, o SH costuma ser um diagnóstico tardio e tem uma sobrevida estimada de menos de dois anos.<sup>7,8</sup>

Em conclusão, tricosporonose e SH são doenças raras e clinicamente desafiadoras. Uma ação interdisciplinar ágil entre os especialistas em dermatologia, oncologia e doenças infecciosas é de extrema importância.

### Suporte financeiro

Nenhum.

### Contribuição dos autores

Arturo Robles-Tenorio: Revisou criticamente a literatura, analisou os dados e redigiu a versão final do manuscrito.

Rossy Anahí Rivas-López: Elaborou o manuscrito original, responsável pela concepção do estudo e coleta de dados.

Alexandro Bonifaz: Revisou criticamente o manuscrito, forneceu referências de apoio e aprovou a versão final do manuscrito.

Víctor Manuel Tarango Martínez: Elaborou o manuscrito original, coletou os dados e aprovou a versão final do manuscrito.

### Conflito de interesses

Nenhum

### Referências

- Duarte-Oliveira C, Rodrigues F, Gonçalves SM, Goldman GH, Carvalho A, Cunha C. The Cell Biology of the Trichosporon-Host Interaction. *Front Cell Infect Microbiol.* 2017;7:118.
- Colombo AL, Padovan ACB, Chaves GM. Current knowledge of Trichosporon spp. and Trichosporonosis. *Clin Microbiol Rev.* 2011;24:682-700.
- Vázquez-González D, Perusquia-Ortiz AM, Hundeiker M, Bonifaz A. Opportunistic yeast infections: candidiasis, cryptococcosis, trichosporonosis and geotrichosis. *J Dtsch Dermatol Ges.* 2013;11:381-94.
- Arendrup MC, Boekhout T, Akova M, Meis JF, Cornely OA, Lortholary O, et al. ESCMID and ECMM joint clinical guidelines for the diagnosis and management of rare invasive yeast infections. *Clin Microbiol Infect.* 2014;20:76-98.
- de Almeida JN, Gimenes VMF, Francisco EC, Siqueira LPM, de Almeida RKG, Guitard J, et al. Evaluating and improving Vitek MS for identification of clinically relevant species of Trichosporon and the closely related genera Cutaneotrichosporon and Apiotrichum. *J Clin Microbiol.* 2017;55:2439-44.
- Montoya AM, Sánchez González A, Palma-Nicolás JP, Gómez-Treviño A, González JG, González GM. Genotyping, extracellular compounds, and antifungal susceptibility testing of Trichosporon asahii isolated from Mexican patients. *Med Mycol.* 2015;53:505-11.
- Takahashi E, Nakamura S. Histiocytic sarcoma: an updated literature review based on the 2008 WHO classification. *J Clin Exp Hematop.* 2013;53:1-8.
- Ansari J, Naqash AR, Munker R, El-Osta H, Master S, Cotelingam JD, et al. Histiocytic sarcoma as a secondary malignancy: pathobiology, diagnosis, and treatment. *Eur J Haematol.* 2016;97:9-16.