

Figura 4 Características dermatoscópicas das lesões de Mpx: centro sem estrutura róseo ou com área crostosa de cor castanha, com halo periférico branco, circundado por massas ou aglomerados róseos e eritema perilesional, na face (A), pênis (B) e região perianal (C).

Referências

1. cdc.gov [Internet]. Centers for Disease Control and Prevention. 2022 Monkeypox Outbreak Global Map. [Acesso em 7 set. 2022]. Disponível em: <https://www.cdc.gov/poxvirus/monkeypox/response/2022/world-map.html>.
2. Girometti N, Byrne R, Bracchi M, Heskin J, McOwan A, Tittle V, et al. Demographic and clinical characteristics of confirmed human monkeypox virus cases in individuals attending a sexual health centre in London, UK: an observational analysis. *Lancet Infect Dis.* 2022;22:1321-8.
3. Adler H, Gould S, Hine P, Snell LB, Wong W, Houlihan CF, et al. Clinical features and management of human monkeypox: a retrospective observational study in the UK. *Lancet Infect Dis.* 2022;22:1153-62.
4. Maronese CA, Beretta A, Avallone G, Boggio FL, Marletta DA, Murgia G, et al. Clinical, dermoscopic and histopathological findings in localized human monkeypox: a case from northern Italy. *Br J Dermatol.* 2022;187:822-3.
5. Bižová B, Veselý D, Trojānek M, Rob F. Coinfection of syphilis and monkeypox in HIV positive man in Prague, Czech Republic. *Travel Med Infect Dis.* 2022;49:102368.
6. Rao KMS, Gaikwad SS. Dermoscopy in viral infection: an observational study. *IP Indian J Clin Exp Dermatol.* 2020;6:261-7.
7. Bakos RM, Leite LL, Reinehr C, Escobar GF. Dermoscopy of skin infestations and infections (entomodermoscopy) - Part II: viral, fungal and other infections. *An Bras Dermatol.* 2021;96:746-58.

Leandro Ourives Neves *, Amanda Domingos Cordeiro e Bruna Dell'Acqua Cassão Rezende

Hospital das Clínicas, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, GO, Brasil

* Autor para correspondência.

E-mail: ourivesdermatologista@gmail.com (L.O. Neves).

Recebido em 19 de setembro de 2022; aceito em 17 de outubro de 2022

<https://doi.org/10.1016/j.abdp.2022.11.027>

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/>).

Paracoccidioidomicose grave, com evolução ao óbito e de incidência relacionada a evento ambiental^{☆,☆☆}



Prezado Editor,

A paracoccidioidomicose é a principal micose sistêmica da América Latina¹. Acomete majoritariamente residentes

do meio rural em decorrência da manipulação do solo e infecção por via inalatória².

Em relação à classificação clínica, existe a forma crônica do adulto, responsável por 80% dos casos, e a forma aguda/subaguda juvenil, representando 20% dos casos³.

Relatamos um caso de mulher adulta com forma grave e atípica da doença, residente em área urbana onde foram descritos diversos casos relacionados à mudança ambiental local, caracterizada por intensa e prolongada movimentação do solo durante construção de rodovia do arco metropolitano que atravessa centros urbanos no estado do Rio de Janeiro⁴.

DOI referente ao artigo:

<https://doi.org/10.1016/j.abdp.2021.12.006>

[☆] Como citar este artigo: Stringuini FA, Naback PO, Araújo LF, Lima RB, Martins CJ. Severe paracoccidioidomycosis, with a fatal outcome and incidence related to an environmental event. *An Bras Dermatol.* 2023;98:133-7.

^{☆☆} Trabalho realizado no Serviço de Dermatologia, Hospital Universitário Gaffrêe e Guinle, Escola de Medicina e Cirurgia, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Relato do caso

Paciente do sexo feminino, 61 anos, do lar, natural e residente da zona urbana de Nova Iguaçu (RJ, Brasil), apresentando icterícia associada à dor abdominal havia cinco

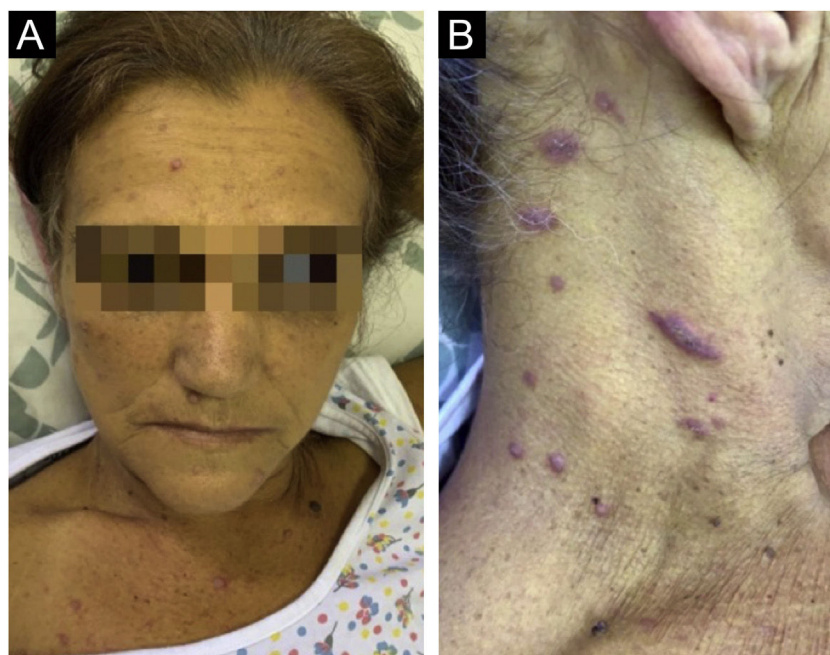


Figura 1 (A) Icterícia e pápulas eritematosas na face. (B) Na região cervical, pápulas de tonalidade violácea com leve descamação e uma lesão linear.

meses. Evoluiu com ascite, perda ponderal e aumento do número de lesões. Negava viagem recente, comorbidades, tabagismo e etilismo.

Ao exame físico, apresentava icterícia, abdome distendido, hepatoesplenomegalia com o lobo hepático direito presente a 3 cm do rebordo costal e baço palpável entre o rebordo costal e a cicatriz umbilical, e ausência de linfonodomegalias palpáveis nas cadeias superficiais. Ao exame dermatológico, notavam-se múltiplas pápulas eritematosas na face, tronco e membros. Na região cervical, as pápulas mostravam tonalidade violácea com leve descamação (figs. 1 e 2).

Nos exames laboratoriais, destacavam-se anemia, icterícia com padrão colestatístico e imunodifusão para paracoccidiodomicose negativa. Os resultados dos exames de interesse foram os seguintes: hemoglobina 7,8 g/dL; hematócrito 23%; contagem de leucócitos 11900 μ L (neutrófilos 83%; linfócitos 14%; monócitos 3%; e eosinófilos 0%); plaquetas $700 \times 10^3 \mu$ L; aspartato aminotransferase 90 U/L; alanina aminotransferase 52 U/L; fosfatase alcalina 2563 U/L; gamaglutamiltransferase 233 U/L; bilirrubina total 12,76 mg/dL; bilirrubina direta 9,22 mg/dL; bilirrubina indireta 3,54 mg/dL; albumina 2,5 g/dL; globulina 3,5 g/dL; índice de protrombina 49%; tempo de tromboplastina parcial ativada 44,2 segundos. Os exames sorológicos para hepatite B e C, sífilis e HIV foram negativos.

A tomografia computadorizada de abdome e tórax evidenciou ectasia das vias biliares intra-hepáticas, pâncreas de volume e densidade heterogêneos, derrame pleural bilateral e hepatoesplenomegalia, além de diversos linfonodos intra-abdominais aumentados (fig. 3).

As principais hipóteses diagnósticas foram neoplasia hepatobiliar, cirrose biliar primária associada a líquen plano e paracoccidiodomicose.

Foram realizadas biópsias de pele, fígado e linfonodo intra-abdominal. O exame histopatológico da pele revelou processo inflamatório crônico granulomatoso, com grande quantidade de neutrófilos e células gigantes multinucleadas com estruturas arredondadas no citoplasma. Na coloração de Grocott, foram evidenciadas estruturas esféricas coradas em castanho com gemulação múltipla em "roda de leme" e "orelha de Mickey mouse" (fig. 4).

O exame histopatológico da biópsia hepática e linfonodal revelou processo inflamatório crônico granulomatoso com necrose e presença de estruturas fúngicas.

Os resultados dos exames histopatológicos firmaram o diagnóstico de paracoccidiodomicose aguda/subaguda e foi iniciado tratamento com anfotericina B desoxicolato intravenosa 1 mg/kg/dia. Entretanto, a paciente evoluiu com pancreatite e insuficiência renal aguda, apresentando os seguintes exames laboratoriais: amilase 470 U/L; lipase 864 U/L; ureia 118,8 mg/dL; creatinina 1,9 mg/dL. Com isso, o esquema terapêutico foi modificado para anfotericina B lipossomal 5 mg/kg/dia associado a meropenem 1 g IV, 8/8 h e medidas de suporte nutricional, administração de fluidos intravenosos e uso de aminos. Foram realizadas hemoculturas e, apesar de não evidenciarem microrganismos, a paciente evoluiu com quadro clínico compatível com choque séptico refratário, em decorrência de necrose pancreática, e foi a óbito, não sendo realizada necropsia.

Discussão

Dentre as micoses, a paracoccidiodomicose é a principal causa de óbito em imunocompetentes. No Brasil, durante o período de 1998 a 2006, a doença foi responsável por 50% das internações em casos de micoses, com mortalidade hospitalar de 5%⁵.

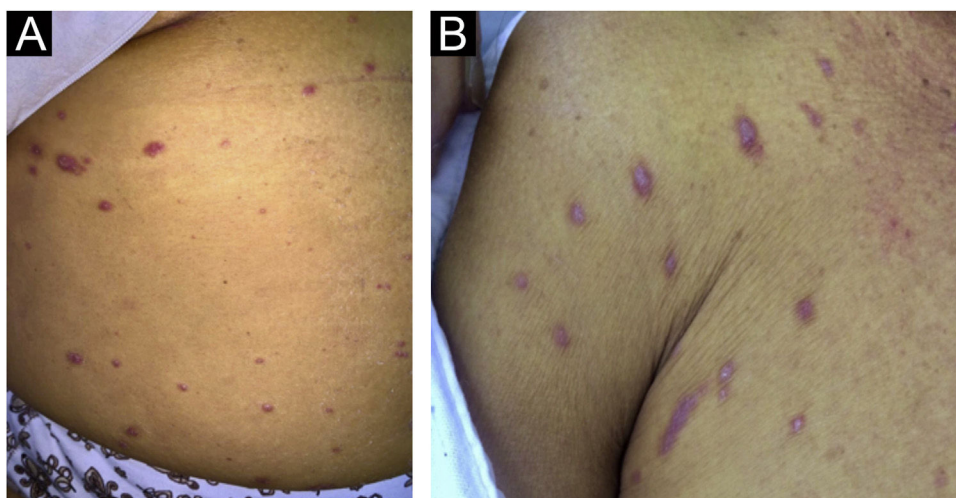


Figura 2 Pápulas eritematosas no abdome (A) e dobra axilar (B).

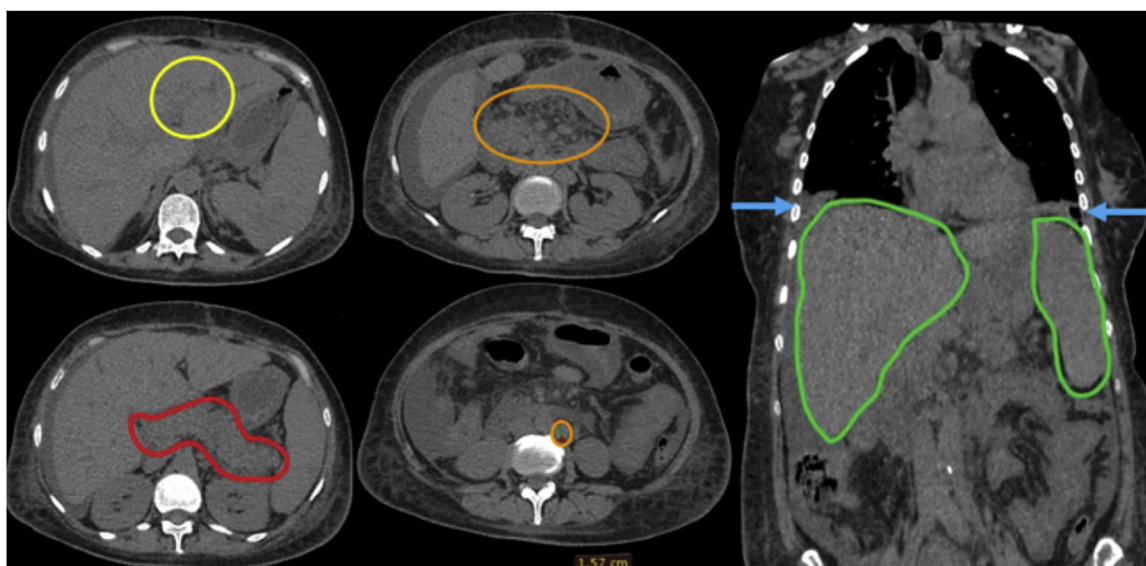


Figura 3 Tomografia computadorizada do abdome. Em amarelo: ectasia das vias biliares intra-hepáticas; vermelho: pâncreas de volume e densidade heterogênea; laranja: linfonodos intra-abdominais aumentados; azul: derrame pleural bilateral; verde: hepatoesplenomegalia.

Apesar de a doença ser rara em áreas urbanas, estudo descreve o aumento de sua incidência após desmatamento e remoção maciça de terra para construção de rodovia do arco metropolitano que atravessa centros urbanos no estado do Rio de Janeiro. Antes da execução da rodovia, havia 1,29 casos para cada milhão de habitantes na região. Após a mesma, ocorreu aumento para 8,25 casos por milhão de habitantes⁴. Esta paciente era natural e residente de Nova Iguaçu, onde a construção foi realizada.

Em relação às hipóteses diagnósticas, destacamos que, inicialmente, foi investigada a possibilidade de hepatocarcinoma; as biópsias hepática, da pele e do linfonodo evidenciaram a paracoccidiodomicose, correlacionando as lesões cutâneas com o quadro clínico. Entretanto, antes do resultado dos exames histopatológicos, incluímos entre as hipóteses a cirrose biliar primária associada ao líquen plano,

em virtude do aspecto liquenoide das lesões e dos relatos da associação da doença hepática com essa dermatose^{6,7}.

No caso em questão, a icterícia chamava atenção em virtude do grave acometimento hepatobiliar, que faz parte dos sistemas mais acometidos pela doença⁸. As principais causas de icterícia relacionadas à paracoccidiodomicose são: obstrução biliar em decorrência de linfonodomegalia, pancreatite, lesão granulomatosa intraluminal e hepatite. Ressaltamos que as duas primeiras causas citadas foram encontradas na paciente. De modo geral, a icterícia obstrutiva ocorre quando há compressão extrínseca do ducto biliar comum causada pelo aumento dos linfonodos próximos ao hilo hepático. Já a pancreatite decorre do bloqueio da drenagem do ducto pancreático por compressão ganglionar regional⁹.

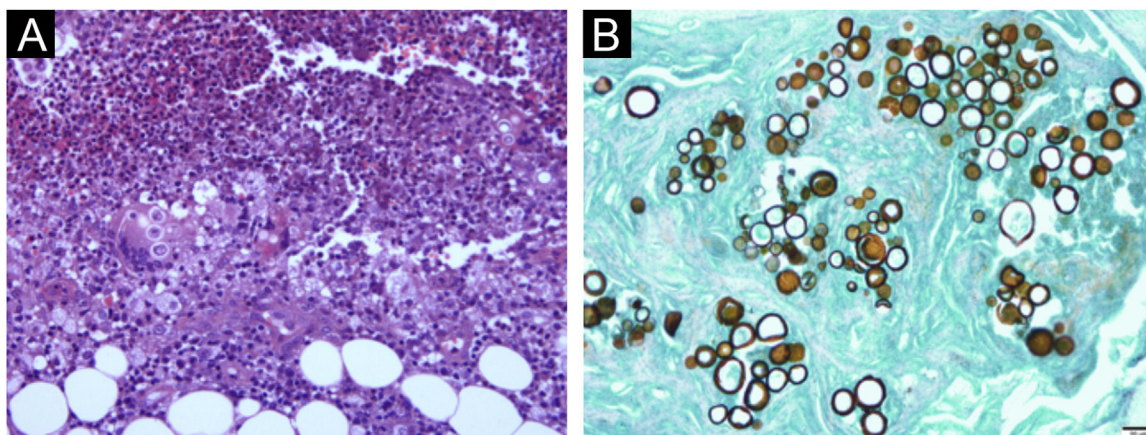


Figura 4 (A) Processo inflamatório crônico granulomatoso, com grande quantidade de neutrófilos e células gigantes multinucleadas com estruturas arredondadas no citoplasma (Hematoxilina & eosina, 100×). (B) Estruturas esféricas coradas em castanho com gemulação múltipla em “roda de leme” e “orelha de Mickey mouse” (Grocott, 400×).

Concluindo, em áreas endêmicas, é importante lembrar-se da paracoccidiodomicose entre as hipóteses diagnósticas de icterícia e de outros sinais e sintomas de colangite⁸. Além disso, devemos estar atentos ao surgimento de casos em áreas urbanas onde estejam ocorrendo mudanças ambientais, especialmente com desmatamento, que pode afetar a relação saúde-doença.

Suporte financeiro

Nenhum.

Contribuição dos autores

Fernanda Altoé Stringuini: Concepção e planejamento do estudo; elaboração e redação do manuscrito; obtenção, análise e interpretação dos dados; participação efetiva na orientação da pesquisa; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados; revisão crítica da literatura.

Priscila Oliveira Naback: Obtenção, análise e interpretação dos dados; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados.

Luciana Ferreira Araújo: Aprovação da versão final do manuscrito; obtenção, análise e interpretação dos dados; participação efetiva na orientação da pesquisa; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados; revisão crítica do manuscrito.

Ricardo Barbosa Lima: Aprovação da versão final do manuscrito; concepção e planejamento do estudo; obtenção, análise e interpretação dos dados; participação efetiva na orientação da pesquisa; revisão crítica da literatura; revisão crítica do manuscrito.

Carlos José Martins: Aprovação da versão final do manuscrito; concepção e planejamento do estudo; participação efetiva na orientação da pesquisa; revisão crítica do manuscrito.

Conflito de interesses

Nenhum.

Referências

1. Shikanai-Yasuda MA, Mendes RP, Colombo AL, Queiroz-Telles F, Kono ASG, Paniago AMM, et al. Brazilian guidelines for the clinical management of paracoccidiodomycosis. *Rev Soc Bras Med Trop.* 2017;50:1–26.
2. Ramos-e-Silva M, Saraiva LE. Paracoccidiodomycosis. *Dermatol Clin.* 2008;26:257–60.
3. Franco M, Montenegro MR, Mendes RP, Marques SA, Dillon NL, Mota NG. Paracoccidiodomycosis: a recently proposed classification of its clinical forms. *Rev Soc Bras Med Trop.* 1987;20:129–32.
4. do Valle ACF, Marques de Macedo P, Almeida-Paes R, Romão AR, Lazéra MDS, Wanke B. Paracoccidiodomycosis after Highway Construction, Rio de Janeiro, Brazil. *Emerg Infect Dis.* 2017;23:1917–9.
5. Coutinho ZF, Wanke B, Travassos C, Oliveira RM, Xavier DR, Coimbra Jr. CEA. Hospital morbidity due to paracoccidiodomycosis in Brazil (1998-2006). *Trop Med Int Health.* 2015;20:673–80.
6. Lichen planus and liver diseases: a multicentre case-control study. Gruppo Italiano Studi Epidemiologici in Dermatologia (GISED). *BMJ.* 1990;300:227-30.
7. Chu CY, Yang CY, Huang SF, Lu SC, Wang LF. Lichen planus with xanthomatous change in a patient with primary biliary cirrhosis. *Br J Dermatol.* 2000;142:377–8.
8. Macedo PM, Almeida-Paes R, Freitas DFS, Brito-Santos F, Figueiredo-Carvalho MHG, Soares JCA, et al. Hepatic Disease with Portal Hypertension and Acute Juvenile Paracoccidiodomycosis: A Report of Two Cases and Literature Review. *Mycopathologia.* 2017;182:915–9.
9. Bernardes Filho F, Sgarbi I, Flávia da Silva Domingos S, Sampaio RCR, Queiroz RM, Fonseca SNS, et al. Acute paracoccidiodomycosis with duodenal and cutaneous involvement and obstructive jaundice. *Med Mycol Case Rep.* 2018;20:21–5.

Fernanda Altoé Stringuini ^{id}*, Priscila Oliveira Naback ^{id}, Luciana Ferreira Araújo ^{id}, Ricardo Barbosa Lima ^{id} e Carlos José Martins ^{id}

Serviço de Dermatologia, Hospital Universitário Gaffrée e Guinle, Escola de Medicina e Cirurgia, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil

* Autor para correspondência.

E-mail: fernanda.stringuini@gmail.com (F.A. Stringuini).

Recebido em 30 de setembro de 2021; aceito em 3 de dezembro de 2021

<https://doi.org/10.1016/j.abdp.2022.10.002>

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/>).