

CARTAS - TROPICAL/INFECTOPARASITÁRIA

Esporotricose cervical simulando carcinoma espinocelular em paciente com fotodano^{☆,☆☆}



Prezado Editor,

Mulher, 61 anos, agricultora, residente com animais domésticos – cães e gatos sem doenças. Previamente hipertensa, em uso de losartana 50 mg/dia. Relata surgimento de lesão eritematosa no pescoço cerca de quatro meses após trauma com galho de árvore. Em três meses, evoluiu com crescimento da lesão, prurido e dor local, quando compareceu à consulta. Ao exame, foi identificada placa de borda eritemato-infiltrada, centro vegetante e hiperkeratótico, encimado por pústulas, crostas melicéricas e pontos pretos, na região cervical anterior (fig. 1). Ao redor dessa lesão, foi observado fotodano cutâneo com melanoses, leucodermias e elastose solar. Após hipótese diagnóstica de carcinoma espinocelular (CEC), realizou-se biópsia incisional da lesão. Estudo anatomopatológico evidenciou hiperplasia

pseudocarcinomatosa com abscessos no epitélio, reação granulomatosa epitelióide e infiltrado inflamatório misto, rico em plasmócitos. Pesquisas diretas negativas para fungos e bacilo álcool-ácido resistente. Cultura em ágar Sabouraud modificado apresentou colônia filamentososa enegrecida com halo branco (fig. 2) e microcultivo característico de *Sporothrix* spp.

Iniciado itraconazol oral 200mg/dia por dois meses, sem melhora clínica, substituído por solução de iodeto de potássio 5g/dia por seis meses, totalizando oito meses de tratamento. Em virtude da permanência de cicatriz inestética (fig. 3A), foram realizadas quatro sessões de criocirurgia, com resultado satisfatório (fig. 3B).

A esporotricose representa a micose subcutânea mais comum na América Latina,^{1,2} causada pelo *Sporothrix* spp., principalmente por *S. schenckii*. No entanto, nos últimos 20 anos, cada vez mais infecções por *S. brasiliensis* têm sido relatadas.³ Tradicionalmente, a infecção era adquirida por inoculação cutânea do patógeno nas extremidades corporais após trauma, manipulação de solo, plantas ou material orgânico contaminado. Assim, agricultura, mineração e floricultura eram associadas ao maior risco de infecção, com predomínio em homens, na forma

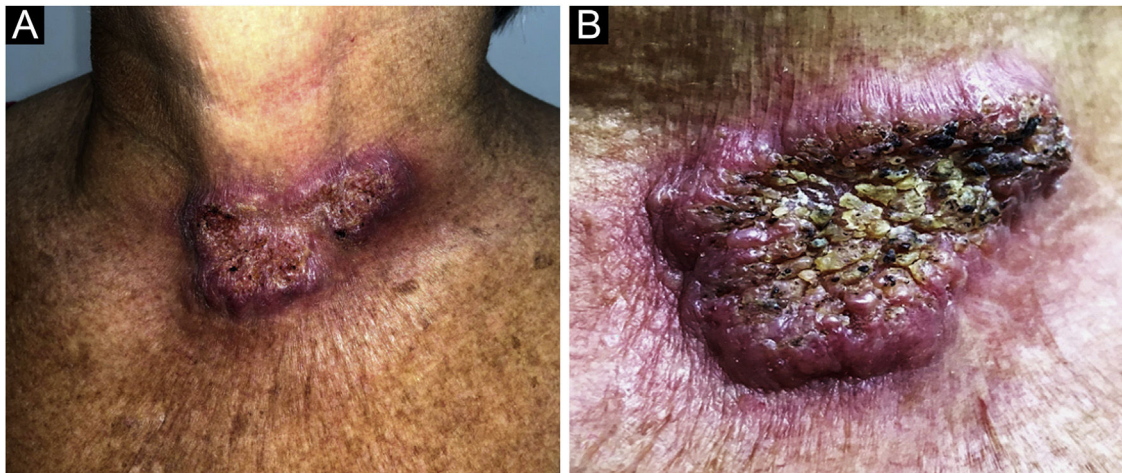


Figura 1 (A), Placa eritemato-infiltrada de superfície hiperkeratótica na região cervical anterior. (B), Detalhes da placa eritemato-infiltrada, evidenciando pústulas, crostas melicéricas e pontos pretos.

DOI referente ao artigo:

<https://doi.org/10.1016/j.abd.2021.12.009>

☆ Como citar este artigo: Souza EN, Diniz LM, Moura LA, Oliveira VLL, Siqueira HVL. Cervical sporotrichosis simulating squamous cell carcinoma in a patient with photodamage. An Bras Dermatol. 2023;98:280-2.

☆☆ Trabalho realizado no Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes, Vitória, ES, Brasil.



Figura 2 Cultura em meio de ágar Sabouraud modificado evidenciando macromorfologia de colônia filamentosa enegrecida com halo branco.

clínica linfocutânea (80%–95%).^{2,3} Entretanto, ao final da década de 1990, houve mudança no perfil de transmissão, assumindo caráter urbano pelo contato com felinos infectados, ocasionando aumento de casos em mulheres e crianças, com localizações cutâneas atípicas.^{4,5} No Brasil, essa se tornou a forma de contaminação mais descrita nos últimos anos.^{3,5} Neste relato, há fatores de risco para as duas formas de contaminação.

A variante cutânea localizada, como neste caso, é menos frequente, manifestada por lesão papulonodular única, que pode evoluir com aspecto infiltrado ou vegetante.⁶ Os principais diagnósticos diferenciais incluem paracoccidioidomicose, leishmaniose, cromomicose, tuberculose cutânea, CEC e úlceras não infecciosas.² Na literatura, foram encontrados relatos de esporotricose simulando ceratoacatoma e carcinoma de células de Merkel,^{7,8} porém nenhum caso mimetizando CEC.

O diagnóstico pode ser confirmado por cultura para fungos e microcultivo,² conforme neste relato. Não foi realizada identificação molecular do patógeno, em virtude da indisponibilidade do exame. O tratamento padrão é itraconazol oral (primeira escolha), solução de iodeto de potássio ou terbinafina.⁵ O tempo de tratamento varia com a forma clínica, a virulência do fungo e/ou o estado imune do hospedeiro. Criocirurgia e eletrocirurgia podem ser associadas à medicação para reduzir o tempo de tratamento, também sendo opções para lesões hiperkeratóticas.^{5,9} Neste relato, optamos inicialmente pelo tratamento padrão com medicação sistêmica, complementado por criocirurgia, em razão do tamanho e da localização da lesão.

Suporte financeiro

Nenhum.

Contribuição dos autores

Emilly Neves Souza: Concepção e planejamento do estudo; elaboração e redação do manuscrito; obtenção, análise e

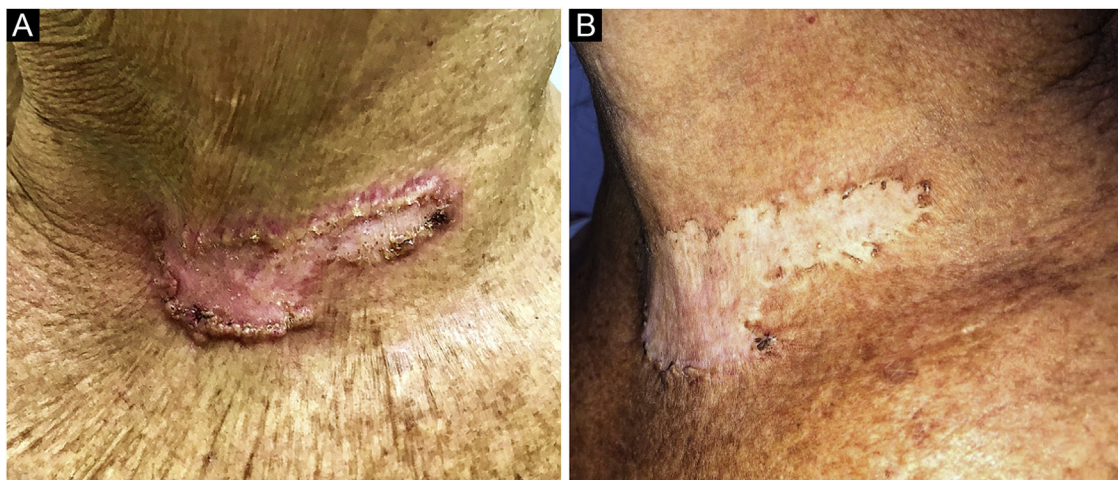


Figura 3 (A) Placa cicatricial inestética com bordas hiperkeratóticas após tratamento para esporotricose. (B) Lesão residual após quatro sessões de crioterapia.

interpretação dos dados; revisão crítica da literatura; revisão crítica do manuscrito.

Lucia Martins Diniz: Concepção e planejamento do estudo; participação efetiva na orientação da pesquisa; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica do caso estudado; revisão crítica da literatura; revisão crítica do manuscrito; aprovação da versão final do manuscrito.

Luana Amaral de Moura: Concepção e planejamento do estudo; elaboração e redação do manuscrito; obtenção, análise e interpretação dos dados; revisão crítica da literatura.

Valentina Lourenço Lacerda de Oliveira: Concepção e planejamento do estudo; elaboração e redação do manuscrito; obtenção, análise e interpretação dos dados; revisão crítica da literatura.

Henrique Vivacqua Leal Teixeira de Siqueira: Concepção e planejamento do estudo; elaboração e redação do manuscrito; obtenção, análise e interpretação dos dados; revisão crítica da literatura.






Conflito de interesses

Nenhum.

Referências

1. Diaz IAC. Epidemiology of sporotrichosis in Latin America. *Mycopathologia*. 1989;108:113–6.
2. Barros MBL, Paes RA, Schubach AO. Sporothrix schenckii and Sporotrichosis. *Clin Microbiol Rev*. 2011;24:633–54.
3. Silva MBT, Costa MMM, Torres CCS, Galhardo MCG, Valle ACF, Magalhães MAFM, et al. Esporotricose urbana: epidemia negligenciada no Rio de Janeiro, Brasil [Urban sporotrichosis: a neglected epidemic in Rio de Janeiro Brazil]. *Cad Saude Publica*. 2012;28:1867–80.

4. Orofino-Costa R, Macedo PM, Rodrigues AM, Bernardes-Engemann AR. Sporotrichosis: an update on epidemiology, etiopathogenesis, laboratory and clinical therapeutics. *An Bras Dermatol*. 2017;92:606–20.
5. Rossow JA, Queiroz-Telles F, Caceres DH, Beer KD, Jackson BR, Pereira JG, et al. A One Health Approach to Combatting Sporothrix brasiliensis: Narrative Review of an Emerging Zoonotic Fungal Pathogen in South America. *J Fungi (Basel)*. 2020;6:247.
6. Ramos-e-Silva M, Vasconcelos C, Carneiro S, Cestari T. Sporotrichosis. *Clin Dermatol*. 2007;25:181–7.
7. Laueremann F, Lyra M, Gaudio R. Sporotrichosis mimicking keratoacanthoma. *Am J Trop Med Hyg*. 2012;86:741.
8. Henry LR, Danaher PJ, Boseley ME. Laryngeal sporotrichosis mimicking merkel cell carcinoma recurrence. *Otolaryngol. Head Neck Surg*. 2005;132:336–8.
9. Ferreira CP, Galhardo MCG, Valle ACF. Cryosurgery as adjuvant therapy in cutaneous sporotrichosis. *Braz J Infect Dis*. 2011;15:181–3.

Emilly Neves Souza  ^{a,b,*}, Lucia Martins Diniz  ^b,
Luana Amaral de Moura  ^{a,b},
Valentina Lourenço Lacerda de Oliveira  ^{a,b}
e Henrique Vivacqua Leal Teixeira de Siqueira  ^c

^a Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes, Vitória, ES, Brasil

^b Departamento de Clínica Médica/Dermatologia, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, ES, Brasil

^c Faculdade de Medicina de Jundiá, Jundiá, SP, Brasil

* Autor para correspondência.

E-mail: neves.emilly@hotmail.com (E.N. Souza).

Recebido em 9 de outubro de 2021; aceito em 12 de dezembro de 2021

<https://doi.org/10.1016/j.abdp.2022.11.031>
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/>).

Sarcoma de Kaposi rapidamente progressivo associado à síndrome da imunodeficiência humana☆☆☆



Prezado Editor,

Na síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS) há deficiência da imunidade mediada por células T, tor-

nando o hospedeiro vulnerável a infecções oportunistas e neoplasias.¹ Ocorre quando há número de células CD4 menores que 200 mm³ ou pela presença de alguma condição definidora, como o sarcoma de Kaposi (SK), a neoplasia mais frequente nesses pacientes e cujo diagnóstico baseia-se nos achados clínicos e histopatológicos.^{2,3}

O presente relato descreve paciente do sexo masculino, 31 anos de idade, com surgimento de lesão violácea na cavidade oral, que progrediu em tamanho e extensão em dois meses, associada à odinofagia intensa. Referia fazer sexo com homens. Ao exame, apresentava tumoração violácea, infiltrada, com áreas de leucoplasia, que ocupava cerca de 70% do palato duro (**fig. 1**). Associadamente, mostrava lesões purpúricas, pápulas, nódulos e tumores violáceos na face, couro cabeludo, região cervical, axilas e tronco, ovais, de tamanhos variados, indolores (**figs. 2 e 3**). Os exames sorológicos confirmaram infecção por HIV e sífilis. A contagem de linfócitos CD4, no momento do diagnóstico, correspondia a 129 mm³. A histopatologia de lesão cutânea violácea mostrou proliferação vascular atípica envolvendo

DOI referente ao artigo:

<https://doi.org/10.1016/j.abdp.2021.12.008>

☆ Como citar este artigo: Pinheiro CG, Paiva FAZ, Ferreira ISMT, Meira GTVS, Bonfim ACEA, Trindade LC. Rapidly progressive Kaposi's sarcoma associated with human immunodeficiency syndrome. *An Bras Dermatol*. 2023;98:283–6.

☆☆ Trabalho realizado no Ambulatório de Dermatologia, Serviço de Dermatologia, Faculdade de Medicina Nova Esperança, João Pessoa, PB, Brasil.