

## CARTAS - TROPICAL/INFECTOPARASITÁRIA

### Leishmaniose cutânea localizada mutilante por *Leishmania guyanensis*☆☆☆



Prezado Editor,

A leishmaniose tegumentar americana (LTA) é doença infecciosa causada por protozoários do gênero *Leishmania* transmitido pela picada do flebotomíneo fêmea do gênero *Lutzomyia*.<sup>1</sup> No Brasil, é encontrada em todos os estados – Amazonas e Pará representaram 58% dos casos notificados entre 2007 e 2017.<sup>2</sup> As três principais espécies responsáveis pela LTA no Brasil são *L.(V.) braziliensis*, *L.(V.) guyanensis* e *L.(L.) amazonensis*.<sup>1</sup> Dados epidemiológicos e a reação em cadeia da polimerase (PCR) podem ser fundamentais ao diagnóstico de formas clínicas insólitas, e/ou na ausência de amastigotas em esfregaços e cortes histológicos.

### Relato do caso

Paciente do sexo masculino, 49 anos, agricultor, sem comorbidades, procedente de Maués (AM), procurou atendimento em serviço de Dermatologia com início do quadro havia três anos, com pápula na falange proximal do terceiro quirodáctilo, evoluindo para úlcera que se estendeu ao dorso da mão direita. Diante do quadro clínico, foram realizados nove exames diretos para pesquisa de amastigotas, todos com resultados negativos. Diferentes tipos de tratamentos com antibióticos e corticoides foram utilizados sem melhora, evoluindo com piora e progressão das lesões nos últimos seis meses. Ao exame, observou-se úlcera no dorso da mão direita recoberta por crostas amareladas, bordos nítidos e eritematosos a qual se estendia às falanges, ocasionando deformidade anatômica do terceiro quirodáctilo. Havia, ainda, nódulos com disposição ascendente em trajeto linfático no antebraço direito, dos quais alguns apresentavam ulceração indolor, com bordas eritematosas elevadas de aproximadamente 2 cm (fig. 1). Ao exame histopatológico de biópsias da lesão do dorso da mão e de nódulo



**Figura 1** (A) Úlcera em dorso da mão direita recoberta por crostas amareladas, bordos nítidos e eritematosos que se estendiam até as falanges, com deformidade anatômica do terceiro quirodáctilo. (B) Nódulos ulcerados dispostos em trajeto linfático ascendente em antebraço direito.

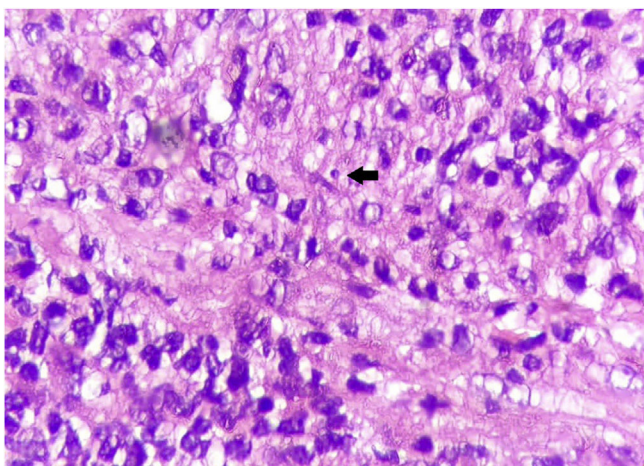
do antebraço observou-se infiltrado inflamatório granulomatoso constituído por histiócitos, células epitelioides, células gigantes, vários plasmócitos, linfócitos e a presença de raras amastigotas (fig. 2). O sequenciamento do fragmento da biópsia pela técnica de PCR, com auxílio de *primers* descritos por Graça et al.,<sup>3</sup> identificou a espécie *Leishmania guyanensis*. A cultura bacteriológica do fragmento do dorso da mão foi positiva para o bacilo Gram-negativo, *Pseudomonas aeruginosa*. No exame radiológico observaram-se sequestro ósseo e a destruição do córtex da falange distal e média do terceiro quirodáctilo, sugestivos de osteomielite crônica (fig. 3). O tratamento associado de antimoniato de meglumina 1.200 mg de Sb<sup>+5</sup>/dia intravenoso por 30 dias com cefepima, conforme sensibilidade identificada ao antibiograma, 1 g, 2 × /dia por 10 dias, determinou significativa melhora das lesões cutâneas (fig. 4). Atualmente, o paciente encontra-se em acompanhamento multidisciplinar com o Serviço de Ortopedia para tratamento cirúrgico da osteomielite após a regressão da úlcera cutânea.

DOI referente ao artigo:

<https://doi.org/10.1016/j.abd.2022.04.014>

☆ Como citar este artigo: Silva DF, Gadelha SQ, Cavalcante AS, Andrade RV, Guerra JAO, Gadelha AR. Mutilating localized cutaneous leishmaniasis caused by *Leishmania guyanensis*. An Bras Dermatol. 2023;98:429–31.

☆☆ Trabalho realizado na Fundação de Dermatologia Tropical Heitor Vieira Dourado, Manaus, AM, Brasil.



**Figura 2** Exame histopatológico. Hematoxilina & eosina, 1.000 × . Infiltrado inflamatório granulomatoso constituído de plasmócitos, linfócitos, histiócitos, células epitelioides e a presença de raras amastigotas (seta).



**Figura 3** Radiografia da mão direita. Presença de sequestro ósseo, destruição do córtex da falange distal e média do terceiro quirodáctilo sugestiva de osteomielite crônica.

## Discussão

A LTA pode ser classificada em leishmaniose cutânea localizada, disseminada, difusa e mucocutânea.<sup>1</sup> A lesão típica da leishmaniose cutânea localizada é inicialmente uma pápula que evolui para úlcera com borda elevada, infiltrada e fundo granuloso, podendo estar acompanhado de linfadenopatia regional e/ou linfangite nodular.<sup>1</sup> No entanto, formas clínicas de aspectos pleomorfos e atípicos podem dificultar e retardar o diagnóstico e, conseqüentemente, o tratamento adequado.<sup>4</sup>

Entre as formas atípicas de LTA, são relatadas as variantes verrucosa, lupoide, eczematosa, zosteriforme, tumoral, acneiforme e a forma esporotricóide.<sup>5,6</sup> Pazok Hossein et al.



**Figura 4** Melhora significativa e regressão da úlcero-crosta após tratamento com antimoniatto de meglumina por 30 dias.

descreveram casos semelhantes ao aqui relatado como variantes lupoides de LTA em pacientes do Afeganistão e da Turquia, respectivamente.<sup>7</sup>

O diagnóstico deve basear-se na epidemiologia, característica da lesão, exame direto e cultura. Em casos atípicos, o exame histopatológico e a PCR são ferramentas fundamentais.<sup>1,5</sup>

O exame direto é o método mais utilizado para o diagnóstico, pois é simples, de baixo custo e de fácil execução. Entretanto, a probabilidade de visualização do parasita é inversamente proporcional ao tempo de evolução das lesões cutâneas, rara após um ano.<sup>1</sup>

Histologicamente, observa-se intenso infiltrado inflamatório de padrão granulomatoso, histiócitos, células epitelioides e gigantes, linfócitos, plasmócitos, alguns eosinófilos e, dependendo do tempo de evolução, podem-se visualizar macrófagos contendo amastigotas.<sup>5</sup>

A PCR, método com base na amplificação do DNA parasitário, tem sensibilidade e especificidade de 100% nas formas típicas e sensibilidade de 94% nas apresentações atípicas.<sup>1,5</sup> Neste caso, a PCR compatível com *Leishmania guyanensis* foi fundamental para o diagnóstico correto e início do tratamento.

O raro acometimento ósseo relatado nos casos de LTA e a comprovada infecção por *Pseudomonas aeruginosa*, assim como as alterações radiológicas sugestivas de osteomielite crônica persistentes no controle radiológico, sugerem que as lesões ósseas observadas no presente caso sejam originadas pela contiguidade da infecção secundária.<sup>8</sup> No entanto, o exame histopatológico e a cultura da lesão óssea se fazem necessários.

Apesar da ampla distribuição no Brasil, as apresentações atípicas de LTA podem dificultar o diagnóstico. Portanto, destaca-se a relevância da epidemiologia e a PCR em lesões atípicas, bem como a importância do diagnóstico precoce, para que sequelas ou mutilações sejam evitadas.

## Suporte financeiro

Nenhum.

## Contribuição dos autores

Dina Fabrício da Silva: Aprovação da versão final do manuscrito; elaboração e redação do manuscrito; obtenção, análise e interpretação dos dados; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica do caso; revisão crítica da literatura; revisão crítica do manuscrito.

Sidharta Quercia Gadelha: Aprovação da versão final do manuscrito; elaboração e redação do manuscrito; obtenção, análise e interpretação dos dados; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica do caso; revisão crítica da literatura; revisão crítica do manuscrito.

Andréa de Souza Cavalcante: Aprovação da versão final do manuscrito; concepção e planejamento do estudo; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica do caso; revisão crítica da literatura; revisão crítica do manuscrito.

Rosilene Viana de Andrade: Aprovação da versão final do manuscrito; concepção e planejamento do estudo; participação na elaboração do laudo histopatológico; revisão crítica da literatura; revisão crítica do manuscrito.

Jorge Augusto de Oliveira Guerra: Aprovação da versão final do manuscrito; concepção e planejamento do estudo; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica do caso; revisão crítica da literatura; revisão crítica do manuscrito.

Alcidarta dos Reis Gadelha: Aprovação da versão final do manuscrito; concepção e planejamento do estudo; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica do caso; revisão crítica da literatura; revisão crítica do manuscrito.







## Conflito de interesses

Nenhum.

## Referências

1. bvsms.saude.gov [Internet]. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Manual de vigilância da leishmaniose tegumentar Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2017. [acesso 12 nov. 2021]. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_vigilancia\\_leishmaniose\\_tegumentar.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_vigilancia_leishmaniose_tegumentar.pdf).
2. Melo M, Morais R, Goes TC, Silva R, Morais RF, Guerra J, et al. Clinical and epidemiological profiles of patients with American cutaneous leishmaniasis from the states of Pernambuco and Amazonas. Brazil. Rev Soc Bras Med Trop. 2020;53:e20200083.

3. Graça GC, Volpini AC, Romero GAS, Neto MP, de O, Hueb M, Porrozzi R, et al. Development and validation of PCR-based assays for diagnosis of American cutaneous leishmaniasis and identification of the parasite species. Mem Inst Oswaldo Cruz. 2012;107:664–74.
4. Meireles CB, Maia LC, Soares GC, Teodoro IPP, Gadelha M, do SV, da Silva CGL, et al. Atypical presentations of cutaneous leishmaniasis: A systematic review. Acta Trop. 2017;172:240–54.
5. Gurel MS, Tekin B, Uzun S. Cutaneous leishmaniasis: A great imitator. Clin Dermatol. 2020;38:140–51.
6. Er-Rami M, Lahlou H, Benjelloun S, Jakar A, Khalloufi A, El Haouri M. Sporotrichoid cutaneous leishmaniasis. Ann Dermatol Venerol. 2012;139:171–2.
7. Pazoki H, Fakhari M, Rasooli A, Karamian M, Nazari E. Lupoid leishmaniasis among the known cases of cutaneous leishmaniasis in Herat Province, western Afghanistan. J Infect Public Health. 2016;9:557–63.
8. Saldanha ACR, Malheiros TS, Rodrigues CCR, Balby ITA, Costa JML. Observações ósseas na leishmaniose cutânea difusa (LCD) no Estado do Maranhão. Rev Soc Bras Med Trop. 1995;28:55–6.

Dina Fabrício da Silva  a,\*  
 Sidharta Quercia Gadelha  a,  
 Andréa de Souza Cavalcante  a,  
 Rosilene Viana de Andrade  a,  
 Jorge Augusto de Oliveira Guerra  b  
 e Alcidarta dos Reis Gadelha  c

<sup>a</sup> Departamento de Dermatologia, Fundação de Dermatologia Tropical Heitor Vieira Dourado, Manaus, AM, Brasil

<sup>b</sup> Departamento de Leishmaniose, Fundação de Dermatologia Tropical Heitor Vieira Dourado, Manaus, AM, Brasil

<sup>c</sup> Departamento de Dermatopatologia, Fundação de Dermatologia Tropical Heitor Vieira Dourado, Manaus, AM, Brasil

\* Autor para correspondência.

E-mail: [dina.fabricio@hotmail.com](mailto:dina.fabricio@hotmail.com) (D.F. Silva).

Recebido em 19 de janeiro de 2022; aceito em 10 de abril de 2022

<https://doi.org/10.1016/j.abdp.2023.02.019>  
 2666-2752/ © 2023 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/>).