



## CARTAS - TROPICAL/INFECTOPARASITÁRIA

### Leishmaniose cutânea na região malar assemelhando-se a carcinoma espinocelular em dois pacientes idosos<sup>☆,☆☆</sup>



Prezado Editor,

No Brasil, a leishmaniose cutânea (LC) é prevalente entre jovens do sexo masculino, que estão mais expostos à picada de flebotômíneos; no entanto, recentemente tem sido observado aumento no número de LC em idosos. A apresentação da LC em pacientes idosos parece ser diferente em virtude da diminuição da resposta imunológica que leva a lesões maiores e envolvimento da mucosa, maior duração da doença e menos linfadenopatia.<sup>1</sup> A LC na pele exposta ao sol em idosos pode mimetizar o carcinoma espinocelular (CEC).<sup>2,6</sup> Foram relatados casos em três homens e uma mulher de 42 a 61 anos.<sup>2,3,5,6</sup> Em um deles, o diagnóstico de LC ocorreu apenas após a cirurgia de Mohs.<sup>5</sup>

O presente relato de casos descreve dois pacientes idosos com LC na região malar; em um deles, o exame histopatológico inicial diagnosticou CEC.

Caso 1: Paciente do sexo feminino, 83 anos, moradora de Pradópolis/SP, apresentava úlcera volumosa com borda infiltrativa em região bucinadora direita havia quatro meses (fig. 1A). Três outras úlceras foram observadas na região mentoniana e na coxa e um linfonodo supraclavicular direito. A paciente apresentava insuficiência renal crônica, hipertensão arterial e estenose arterial periférica. A histopatologia da lesão da região bucinadora mostrou hiperplasia pseudoepiteliomatosa (HPE), células escamosas atípicas e

pérolas córneas que sugeriram inicialmente o diagnóstico de CEC. A revisão das características histopatológicas mostrou infiltrado inflamatório dérmico granulomatoso com presença de plasmócitos, mas ausência de formas amastigotas, o que é compatível com o diagnóstico de leishmaniose (fig. 1C-D). A reação em cadeia de polimerase (PCR, do inglês *polymerase chain reaction*) seguida de restrição enzimática HaeIII confirmou a presença de *Leishmania Viannia braziliensis* em amostra de pele.<sup>7</sup> O teste cutâneo de Montenegro resultou em 3 × 4 mm de induração. Como a anfotericina lipossomal não estava disponível, foram prescritos antimoniato de meglumina 485 mg por dia durante 10 dias, seguido de anfotericina B 225 mg, resultando na cura (fig. 1B). Infelizmente, ambos os medicamentos foram interrompidos precocemente em virtude do aumento do intervalo QT no eletrocardiograma e fibrilação atrial, além de disfunção renal progressiva. O seguimento regular não mostrou recorrência após sete meses.

Caso 2: Paciente do sexo masculino, de 73 anos, residente em Serra Azul/SP, apresentava placa infiltrativa de pequenas úlceras e crostas na região bucinadora direita com duração de 20 dias (fig. 2A) sem qualquer linfadenopatia. O paciente tinha insuficiência renal crônica, insuficiência cardíaca congestiva e câncer de próstata. A histopatologia da biópsia de pele mostrou HPE, infiltrado inflamatório dérmico granulomatoso com células plasmáticas e raras formas amastigotas no interior dos monócitos (fig. 2C-D). A presença de *Leishmania Viannia braziliensis* foi identificada por PCR-RT, corroborando o diagnóstico de LC. O teste cutâneo de Montenegro resultou em 7 mm de induração. Após melhora com 1,5 g de anfotericina lipossomal, lesão persistente na borda da cicatriz (fig. 2B) foi tratada com um ciclo de criocirurgia de sonda aberta. Nenhuma recorrência foi detectada após seis anos de seguimento.

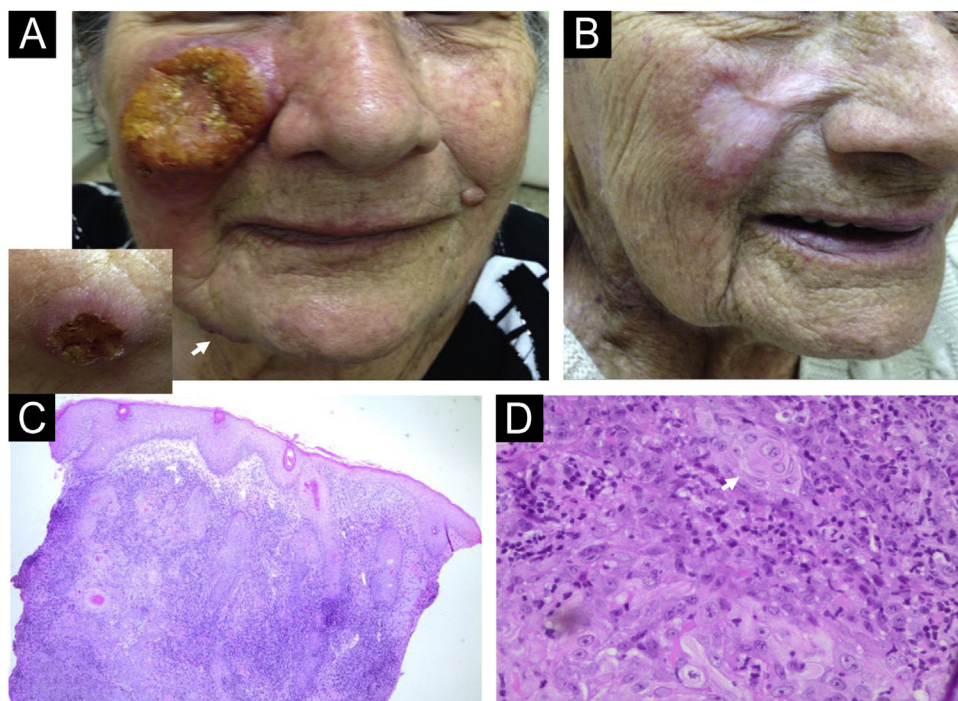
O diagnóstico diferencial clínico da LC é desafiador, pois pode mimetizar processos infecciosos como furúnculos, ectima, tuberculose, sífilis, hanseníase, micoses profundas e neoplasias malignas de pele.<sup>8</sup> Além de as lesões clínicas desses dois pacientes aparecerem em áreas expostas ao sol, o principal fator de confusão no exame histopatológico é a HPE, que pode levar ao diagnóstico errôneo de CEC.<sup>6</sup> A HPE resulta da irritação crônica da pele e pode ser observada nos exames histopatológicos de todos os diagnósticos

DOI referente ao artigo:

<https://doi.org/10.1016/j.abd.2023.06.008>

☆ Como citar este artigo: Bueno Filho R, Feres JI, de Paula N, Barros Júnior AS, Roselino AM. Cutaneous leishmaniasis on the malar region suggesting squamous cell carcinoma in two elderly patients. *An Bras Dermatol.* 2024;99:472-5.

☆☆ Trabalho realizado no Hospital Universitário, Divisão de Dermatologia; Laboratório da Divisão de Dermatologia; e Departamento de Patologia, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil.



**Figura 1** Caso 1. (A) Grande úlcera com borda infiltrativa sobre base eritemato-violácea na região malar. A inserção (canto esquerdo) mostra a lesão mandibular (seta branca). (B) Remissão completa das lesões após tratamento com antimoniato de meglumina e anfotericina B. (C) Histopatologia da biópsia da úlcera malar mostrando hiperplasia pseudoepiteliomatosa e extenso infiltrado inflamatório granulomatoso na derme (Hematoxilina & eosina, 4×). (D) Observam-se pérolas córneas (seta branca) e células escamosas atípicas (Hematoxilina & eosina, 60×).

diferenciais acima.<sup>4,6,8</sup> Mitose em células epiteliais, pérolas de queratina e HPE também podem ser observados no exame histopatológico de biópsia de LC,<sup>4,6</sup> causando confusão com CEC. Quando a HPE está presente, outras características, como o infiltrado celular, devem ser consideradas na avaliação histopatológica diferencial entre LC e CEC.<sup>6</sup>

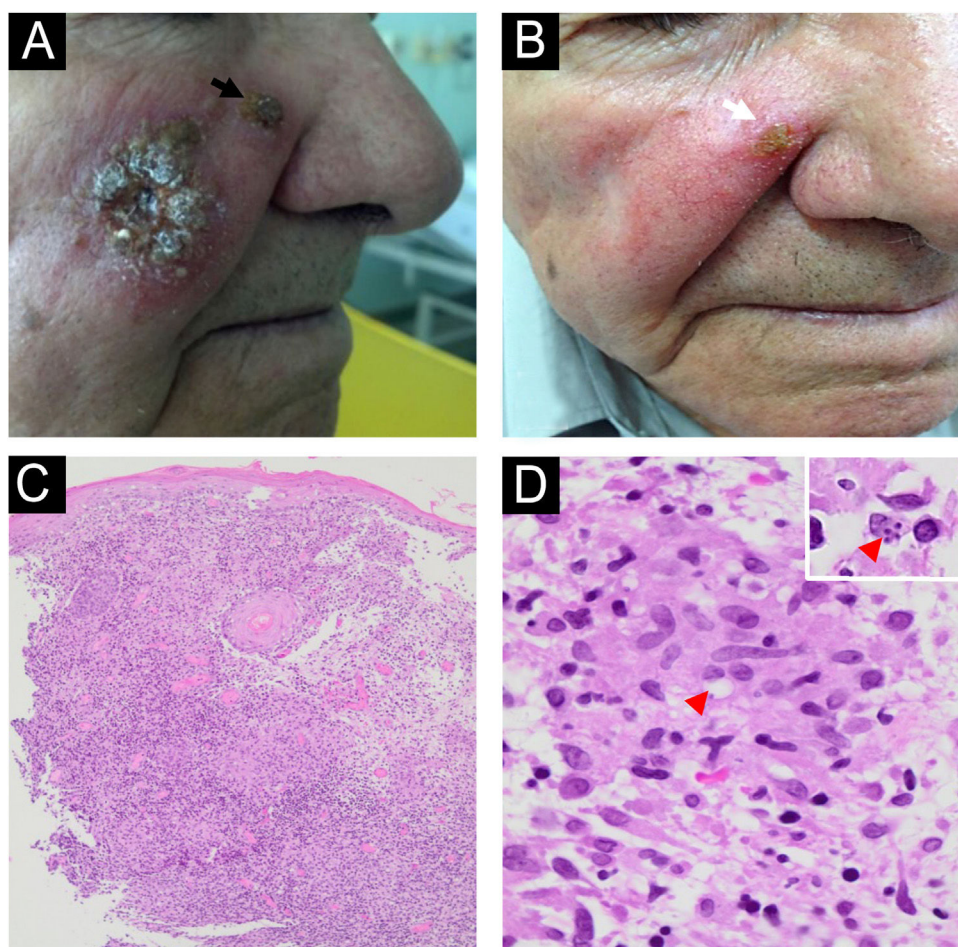
Os exames laboratoriais são importantes para identificar casos atípicos e/ou crônicos de LC. No entanto, é difícil obter diagnóstico etiológico definitivo, pois a detecção do parasita na lesão às vezes é complicada.<sup>9</sup> Aqui, ambos os pacientes apresentavam epidemiologia positiva para leishmaniose tegumentar, residiam em região endêmica, frequentavam fazenda e tinham hábito de pesca em margens de rios. Além disso, um teste cutâneo de Montenegro indeterminado/positivo reforçou a suspeita clínica de LC. De importância para o diagnóstico etiológico da leishmaniose, o segundo paciente apresentou formas amastigotas na biópsia, e a PCR confirmou a presença de *Leishmania Viannia braziliensis* nos dois casos.<sup>9</sup>

O diagnóstico e o tratamento da leishmaniose são desafiantes em idosos em virtude de características

específicas de saúde: comprometimento do sistema imunológico, alterações hormonais, negligência em relação à doença e no tratamento, consumo irregular de múltiplos medicamentos, comorbidades e apresentações atípicas da doença.<sup>1</sup> A paciente do sexo feminino apresentava quatro lesões e adenomegalia regional, e ambos os pacientes apresentavam comorbidades, particularidades observadas em idosos. A anfotericina lipossomal é o primeiro medicamento preconizado pelo Ministério da Saúde do Brasil para tratamento de LC em pacientes com mais de 50 anos.<sup>10</sup> Felizmente, ambos os pacientes responderam bem ao tratamento.

Alguns outros aspectos podem ser mencionados: a descrição do CEC em cicatrizes de LC, a associação de CEC e LC na mesma amostra de tecido e, mais especificamente, o parasita leishmania tem sido discutido como promotor de câncer em hospedeiros imunocomprometidos.<sup>11</sup>

Desse modo, a descrição desses dois casos de LC em pele exposta ao sol de pacientes idosos tem por objetivo despertar a atenção dos especialistas que atendem pacientes com LC e CEC.



**Figura 2** Caso 2. (A) Placa infiltrada com pequenas úlceras e crostas na região malar direita e lesão satélite na borda nasal (seta preta). (B) O paciente apresentou melhora satisfatória com 1,5 g de anfotericina lipossomal. Lesão remanescente (seta branca) foi tratada com criocirurgia de sonda aberta. (C) Histopatologia mostrando hiperplasia pseudoepiteliomatosa e infiltrado granulomatoso na derme (Hematoxilina & eosina, 40×). (D) Raras estruturas ovoides no interior de macrófagos sugerindo formas amastigotas podem ser observadas (ponta de seta vermelha; Hematoxilina & eosina, 400×). A inserção (canto superior direito) mostra quatro formas amastigotas dentro de um macrófago.

## Suporte financeiro

Nenhum.

## Contribuição dos autores

Ana Maria Roselino: Concepção e planejamento do estudo; levantamento dos dados e análise e interpretação dos dados; redação do artigo e revisão crítica do conteúdo intelectual; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica; participação efetiva na orientação da pesquisa; revisão crítica da literatura e aprovação final da versão do manuscrito.

Roberto Bueno-Filho: Levantamento dos dados e análise e interpretação dos dados; redação do artigo e revisão crítica do conteúdo intelectual; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica; revisão crítica da literatura e aprovação final da versão do manuscrito.

Juliana Idalgo Feres: Levantamento dos dados e análise e interpretação dos dados; redação do artigo e revisão

crítica do conteúdo intelectual; revisão crítica da literatura e aprovação final da versão do manuscrito.

Natália de Paula: Levantamento dos dados e análise e interpretação dos dados; aprovação final da versão do manuscrito.

Sebastião Antonio de Barros Júnior: Levantamento dos dados e análise e interpretação dos dados; aprovação final da versão do manuscrito.

## Conflito de interesses

Nenhum.






## Agradecimentos

Os autores agradecem à equipe da Divisão de Dermatologia do Hospital Universitário da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo pela excelência no atendimento aos pacientes.



## Referências

- Carvalho AM, Amorim CF, Barbosa JLS, Lago AS, Carvalho EM. Age modifies the immunologic response and clinical presentation of American tegumentary leishmaniasis. *Am J Trop Med Hyg.* 2015;92:1173–7.
- Akali C, Baba M, Inaloz S, Seckin D, Uzun S. Cutaneous leishmaniasis mimicking squamous cell carcinoma. *Ann Acad Med Singap.* 2008;37:435–6.
- Quintella LP, Cuzzi T, de Fátima Madeira M, Valete-Rosalino CM, de Matos Salgueiro M, de Camargo Ferreira e Vasconcellos E, et al. Cutaneous leishmaniasis with pseudoepitheliomatous hyperplasia simulating squamous cell carcinoma. *Am J Dermatopathol.* 2011;33:642–4.
- Saab J, Fedda F, Khattab R, Yahya L, Loya A, Satti M, et al. Cutaneous leishmaniasis mimicking inflammatory and neoplastic process: a clinical, histopathological and molecular study of 57 cases. *J Cutan Pathol.* 2012;39:251–62.
- Oetken T, Hiscox B, Orenge I, Rosen T. Cutaneous leishmaniasis mimicking squamous cell carcinoma. *Dermatol Online J.* 2017;23, 13030/qt8f36814f.
- Prieto MD, Uribe-Restrepo AF, Arcos D, Vargas DA. Case report: squamous cell carcinoma referred for Mohs surgery found to be cutaneous leishmaniasis. *Am J Trop Med Hyg.* 2018;99:1537–40.
- Medeiros AR, Silva WA Jr, Roselino AM. DNA sequencing confirms the involvement of *Leishmania (L.) amazonensis* in American tegumentary leishmaniasis in the state of São Paulo, Brazil. *Clinics (Sao Paulo).* 2008;63:451–6.
- Tirelli F, Vernal S, Roselino AM. Final diagnosis of 86 cases included in differential diagnosis of American tegumentary leishmaniasis in a Brazilian sample: a retrospective cross-sectional study. *An Bras Dermatol.* 2017;92:642–8.
- Gomes CM, Paula NA, Morais OO, Soares KA, Roselino AM, Sampaio RNR. Complementary exams in the diagnosis of American tegumentary leishmaniasis. *An Bras Dermatol.* 2014;89:701–9.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Manual de vigilância da leishmaniose tegumentar. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <[https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_vigilancia\\_leishmaniose\\_tegumentar.pdf](https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_vigilancia_leishmaniose_tegumentar.pdf)>.
- Schwing A, Pomares C, Majoor A, Boyer L, Marty P, Michel G. Leishmania infection: misdiagnosis as cancer and tumor-promoting potential. *Acta Trop.* 2019;197:104–855.

Roberto Bueno Filho <sup>a</sup>, Juliana Idalgo Feres <sup>a</sup>,  
Natalia de Paula <sup>b</sup>,  
Sebastião Antonio de Barros Júnior <sup>c</sup>  
e Ana Maria Roselino <sup>a,b,\*</sup>

<sup>a</sup> Divisão de Dermatologia, Departamento de Clínica Médica, Hospital Universitário, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil

<sup>b</sup> Laboratório da Divisão de Dermatologia, Hospital Universitário, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil

<sup>c</sup> Departamento de Patologia, Hospital Universitário, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil

\* Autor para correspondência.

E-mail: [amfrosel@fmrp.usp.br](mailto:amfrosel@fmrp.usp.br) (A.M. Roselino).

Recebido em 4 de abril de 2023; aceito em 15 de junho de 2023

<https://doi.org/10.1016/j.abdp.2024.02.002>

2666-2752/ © 2024 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/>).

## Tinea corporis por *Trichophyton benhamiae*: primeiro caso transmitido por porquinho-da-índia relatado no Brasil<sup>☆,☆☆</sup>

Prezado Editor,

*Trichophyton benhamiae* (*T. benhamiae*) é dermatófito zoofílico emergente, importante agente causador de dermatofitose em várias partes do mundo. É transmitido principalmente pelo porquinho-da-índia (*Cavia porcellus*), e sua identificação é realizada por métodos moleculares e proteômicos, além dos morfológicos.

<sup>☆</sup> Como citar este artigo: Longo CLS, Hercules FM, Azevedo FS, Ferreira ALP, Orofino-Costa R. *Tinea corporis* caused by *Trichophyton benhamiae*: report of the first case transmitted by guinea pig in Brazil. *An Bras Dermatol.* 2024;99:475–9.

<sup>☆☆</sup> Trabalho realizado no Consultório Particular, na Barra da Tijuca, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.



Relatamos o primeiro caso de *tinea corporis* em criança residente no Rio de Janeiro, Brasil, transmitida por porquinho-da-índia.

Paciente do sexo feminino, branca, 10 anos, hígida. Há duas semanas apresentava múltiplas lesões discretamente pruriginosas no colo, região submandibular, antebraço esquerdo e região escapular direita, variando de 2-6 cm de diâmetro (fig. 1). Há um mês convive com porquinho-da-índia, inicialmente sadio, mas que desenvolveu ferida na pele após 10 dias.

O exame micológico direto das escamas da pele evidenciou hifas hialinas septadas e arthroconídios (fig. 2). *Trichophyton benhamiae* foi isolado e identificado por seus aspectos macro e micromorfológicos (fig. 3 A-D) e pela análise proteômica (MALDI ToF-MS, Biomerieux, nível de confiança 99,9%).

A paciente iniciou tratamento com terbinafina oral, 250mg/dia, por quatro semanas, com resolução completa das lesões (fig. 4). O animal foi tratado pelo veterinário com clotrimazol creme, aplicado duas vezes ao dia por duas semanas, com melhora do quadro.

*Trichophyton benhamiae*, descrito pela primeira vez por Ajello e Cheng em 1967,<sup>1</sup> é um fungo dermatófito zoofi-