

## CROMOBLASTOMICOSE DOS MEMBROS SUPERIORES

NELSON GUIMARÃES PROENÇA\* HUMBERTO FRUCCHI\*\*  
HELENA MULLER\*\*\*

## RESUMO

A cromoblastomicose dos membros superiores é pouco frequente no Brasil, porém não tão rara quanto se pensa.

Tivemos oportunidade de observar, recentemente, cinco doentes com tal localização. Seu estudo foi o objeto do presente trabalho. Os seguintes aspectos foram postos em destaque:

- 1 — A cromoblastomicose parece ser mais benigna nos membros superiores, com menos tendência a se expandir. Isto foi observado em 4 de nossos doentes. Em um quinto paciente a duração ainda era curta, não permitindo concluir sobre a evolução da doença.
- 2 — Formas atípicas foram observadas em dois dos cinco doentes; ambas eram mulheres, sendo a lesão do tipo nodular, em uma e ulcerosa, em outra.
- 3 — A pequena extensão das lesões favorece a escolha de métodos cirúrgicos, para seu tratamento. Em três doentes foi feita a curetagem com eletrocoagulação

e, em um, a exérese da lesão. O quinto paciente não quis se submeter a nenhum tratamento.

A propósito dos casos observados foi feita uma revisão sumária da literatura.

Recentemente tivemos oportunidade de examinar nada menos do que cinco doentes com cromoblastomicose, exclusivamente localizada nos membros superiores. Dada a idéia, geralmente aceita, de que esta é uma localização rara, decidimos fazer uma revisão a esse respeito. Surpreendeu-nos a escassez de informações, na literatura médica brasileira, sobre o acometimento dos membros superiores, contrastando com a abundância de dados sobre a localização nos membros inferiores.

Segundo Bopp (3), a localização primitiva da mão foi assinalada, pela primeira vez, em 1932 por Fialho (9), no Estado de São Paulo. Uma segunda comunicação, feita no Brasil, pertence a Campos (5), que em 1950

Trabalho realizado na Disciplina de Dermatologia da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo.

\* Professor Pleno

\*\* Residente

\*\*\* Professor Associado de Patologia



descreveu dois casos observados no Rio Grande do Sul.

No geral, entretanto, os autores brasileiros consideram raras as localizações situadas em outros locais que não os membros inferiores. Assim é que Lazcaz (14) cita apenas que "...na maioria dos casos as lesões se dispõem em membros inferiores"; Silva (23) informa "ter observado 103 casos em 17 anos, a grande maioria dos quais nos membros inferiores".

Na literatura médica não recente, encontramos o trabalho de Barreto (1) de 1943, que reuniu todos os casos de cromoblastomicose até então, na literatura mundial: dos 115 casos que foram tabulados, há referência à localização em 84, sendo 13 em membro superior (15,4%).

Bopp, em sua Tese de Cátedra, de 1959, dedica um capítulo inteiro à localização das lesões iniciais da cromoblastomicose, fazendo minuciosa revisão bibliográfica. Esta revisão põe em destaque que a localização predominante nem sempre está nos membros inferiores; isto é, por exemplo, o que ocorre na Austrália.

Os primeiros casos australianos foram descritos por Saxton & col (21), em 1946; eram dois os doentes e a doença se localizava no punho, em um deles e no antebraço, no outro. A partir dessa comunicação, os autores australianos reconheceram que estavam diagnosticando erradamente, como blastomicose, os casos de cromoblastomicose. Retificados os diagnósticos, grandes

casuísticas foram comunicadas. Stevens (26), em 1948, relata 36 doentes com franco predomínio de localização nos membros superiores. Barrack (2), em 1952, confirma essa localização preferencial nos 40 casos que publica. O mesmo ocorre em 26/29 doentes comunicados por Powell (20).

Mas não só na Austrália é frequente a cromoblastomicose dos membros superiores. Isto ocorreu ainda nas seguintes casuísticas: de Pardo Castelló (19), de Cuba em 13/31 doentes; de Campins & Scharyj (4), no Estado de Lara, na Venezuela, em 19/34 doentes; de Howles & col (13), no Estado de New Orleans, nos Estados Unidos, com 7/9 doentes.

Além desses casos, Bopp reuniu outros 33 com localização nos membros superiores, até o ano de 1957, em comunicações esparsas por todo o mundo. Em sua própria Tese, Bopp estudou 36 doentes, em 4 dos quais as lesões também estavam em membro superior.

Não foi nossa pretensão fazer uma exaustiva revisão da literatura, com o objetivo de verificar, exatamente, quantos casos já foram descritos, nos membros superiores. Para formar uma idéia aproximada, entretanto, reunimos mais 12 comunicações feitas entre 1968 e 1975, nas quais havia referência à localização da doença (8, 10, 11, 12, 15, 16, 17, 18, 22, 24, 25): sobre um total de 69 doentes, 13 tinham moléstia localizada em membro superior (18,8%).

Dos cinco doentes por nós observados, dois eram mulheres e ambas tinham lesões clinicamente atípicas. Fazemos a seguir a descrição desses casos, comentando depois os aspectos interessantes que foram anotados.

#### MATERIAL E MÉTODO

Em 1975 e 1976 foram observados cinco doentes, no Ambulatório de Dermatologia da Santa Casa de São Paulo, com cromoblastomicose localizada nos membros superiores.

Os exames que confirmaram o diagnóstico foram histopatologia e exame micológico.

As biópsias foram tomadas do centro da lesão, com "punch" de 4 ou 5mm. Em quatro dos cinco doentes o material foi dividido ao meio: metade foi recortado em pequenos fragmentos, os quais foram semeados em meio de agar-sabouraud com a seguinte composição por litro: fitona 10g, dextrose 10g, agar 15g, actidione 0,4g e clorafenicol 0,05g ('mycobiotic-agar' desidratado, da Bacto-Difco Laboratories). O meio de cultura foi obtido adicionando-se 1000ml de água para cada 35,4g de pó desidratado, autoclavando a 120°C por 10 minutos e distribuindo pelos tubos de ensaio. A outra metade foi fixada em formol a 10% e permitiu o exame histopatológico, sendo os cortes corados pela hematoxilina-eosina. Em um dos doentes estudados, a expressão da lesão permitiu obtenção de gotículas de pus, que foram semeadas no meio de cultura já citado.

A Tabela I resume os dados referentes aos doentes estudados; a descrição dos casos é a seguinte:

**CASO 1** — JPR, 69 anos, sexo masculino, cor branca, lavrador, procedente de Lençóis Paulista (São Paulo). Foi observado inicialmente em 19/5/1975. Sua moléstia havia iniciado um ano antes da consulta. Nessa ocasião sofreu ferimento no dorso da mão direita, com fragmentos de madeira de pé-de-café, um dos quais foi retirado. Três meses após, um outro fragmento foi retirado, do mesmo local. No oitavo mês após o ferimento inicial, notou que "a ferida reabriu e cresceu" (sic), atingindo as dimensões atuais (4cm). Trata-se de uma placa de aspecto verrucoso, com contornos irregulares, mas aproximadamente circular. É circundado por um halo eritematoso. Pela expressão não há saída de gotículas de pus. Foi realizada a biópsia e metade do material foi submetido a exame anatomicopatológico, que mostrou os característicos elementos parasitários. A outra metade foi fragmentada e cultivada, tendo sido observado o desenvolvimento de colônias de *Phialophora* sp. O doente foi submetido a curetagem e eletrocoagulação, em três sessões sucessivas. A cicatrização foi normal; acompanhado durante 6 meses, ainda não mostrava tendência à recidiva.

**CASO 2** — MRS, 74 anos, sexo feminino, cor branca, observada em 8/7/1975. Doente há 8 anos, quando ainda morava no interior da Bahia. Refere aparecimento de um nódulo no antebraço esquerdo, que cresceu até atingir 1cm de diâmetro. Desde

TABELA I

CROMOBLASTOMICOSE DOS MEMBROS SUPERIORES.  
APRESENTAÇÃO DE 5 CASOS

|            | S | C | I  | PROCEDÊNCIA           | LOCALIZAÇÃO   | TAMANHO | DURAÇÃO | ASPECTO DERMAT. | AGENTE ETIOLÓGICO      |
|------------|---|---|----|-----------------------|---------------|---------|---------|-----------------|------------------------|
| 1 - JPR    | M | B | 69 | Lençóis Paulista (SP) | Mão D         | 4cm     | 4 meses | Placa verrucosa | <i>Phialophora sp.</i> |
| 2 - MRS    | F | B | 74 | Bahia                 | Antebraço E   | 1cm     | 8 anos  | Nódulo          | <i>P. pedrosoi</i>     |
| 3 - JJS    | M | B | 67 | Pirajui (SP)          | Punho D       | 8cm     | 6 anos  | Placa verrucosa | <i>P. pedrosoi</i>     |
| 4 - MJS    | F | B | 76 | São Paulo (Capital)   | Antebraço D   | 2cm     | 3 anos  | Lesão ulcerosa  | <i>P. pedrosoi</i>     |
| 5 - JJdosS | M | P | 79 | Bahia                 | Mão e punho D | 15cm    | 25 anos | Placa verrucosa | <i>P. pedrosoi</i>     |

S (Sexo); C (Cor); I (Idade).



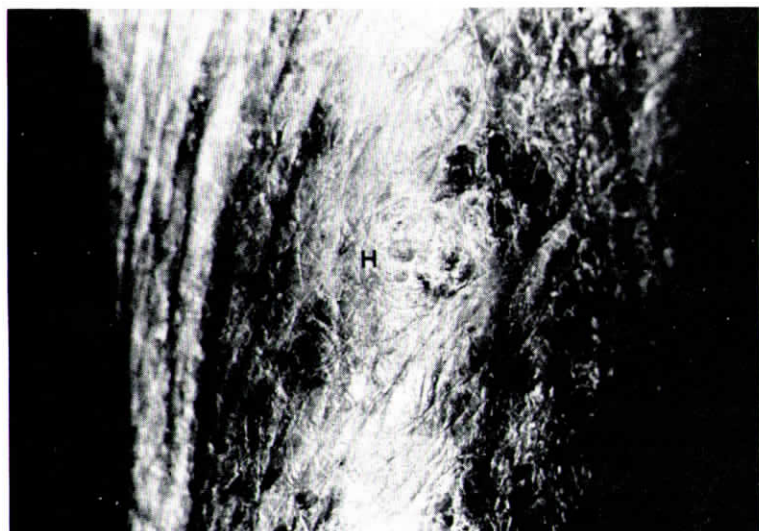


Fig. 1 — Caso 2 — Doente com degeneração solar. A lesão nodular, assinalada com a letra H, correspondia à cromomicose.



Fig. 2 — Caso 3 — Placa verrucosa do dorso da mão e do punho, com cicatrização espontânea de parte da lesão.



então se estabilizou e se mantém sem modificações, até a presente data. Ao exame, este nódulo, da cor da pele, é aproximadamente hemisférico, com superfície ligeiramente hiperkeratósica, firme ao tato (figura 1). A doente apresenta acentuada degeneração solar da pele, com numerosas lesões de ceratose actínica. A biópsia mostrou presença das formas características do parasita. A cultura, feita com parte do material de biópsia, desenvolveu colônias identificadas como sendo de *Phialophora pedrosoi*. A lesão foi retirada cirurgicamente, com margem de segurança. No seguimento feito até 1 ano após, não foi notada tendência à recidiva (este caso foi apresentado à XI Triangular Dermatológica, Belo Horizonte, outubro de 1975).

**CASO 3** — JSS, 67 anos, sexo masculino, cor branca, procedente de Osasco.; Observado em 03/06/76. Sua doença teve início há 6 anos, quando morava em Pirajui. Não se recorda de acidente que tenha dado início ao quadro. A lesão se desenvolveu sobre a face dorsal do punho direito, medindo atualmente 8 cm e se estendendo ao dorso da mão. O contorno é ovalado, a superfície é verrucosa e seca; aproximadamente 1/8 desta superfície está com aspecto cicatricial (figura 2). Foi colhida biópsia para fazer exame histopatológico e cultura em agar-sabouraud. A patologia mostrou presença dos parasitas e a cultura permitiu identificar, como agente, a *Phialophora pedrosoi*. O doente foi submetido a sessões sucessivas de eletrocoagulação, sendo cauterizada, de cada vez, 1/8 parte da lesão. Na ocasião desta publicação o tratamento ainda não se completara.

**CASO 4** — MJS, 76 anos, sexo feminino, branca, procedente da Capital de São Paulo, informa que mudou da Bahia (Juazeiro) para a Capital, há 5 anos, tendo residido sempre na Vila Carrão. Há 3 anos foi notada lesão no antebraço, direito, sem que tenha percebido ferimento prévio. A lesão se tornou inflamatória e cresceu até atingir mais ou menos 2cm de diâmetro. É supurativa e forma crosta aderente. Periodicamente esta crosta se destaca, deixando descoberta uma ulceração secretante. Há 2 anos a lesão deixou de crescer. Quando a doente foi examinada, a primeira vez, removeu-se a crosta: a lesão subjacente era ulcerosa, rasa, com superfície irregular e parcialmente epitelizada (figura 3). Podiam ser percebidos, através da superfície, pequenos acúmulos de pus (micro-abscessos). Foi feita uma esporotriquina, que resultou negativa. Pela expressão da lesão, a floraram as gotículas de pus, que foram então cultivadas. Houve crescimento, no cultivo, de *Phialophora pedrosoi*. No exame histopatológico chamou a atenção a existência de grande número de parasitas, em meio ao infiltrado agudo e crônico. A lesão foi curetada e cauterizada e cicatrizou normalmente.

**CASO 5** — JJ dos S, 79 anos, sexo masculino, cor negra, procedente do interior da Bahia, onde contraiu sua doença, há aproximadamente 25 anos. Compareceu à consulta em dezembro de 1976, por apresentar úlcera trófica de membro inferior. Na ocasião foi encontrada, no exame físico, uma placa localizada sobre o dorso da mão e punho direitos, de forma aproximadamente ovalada, medindo 15cm no maior diâmetro. A superfície era francamente verrucosa, acrômica em

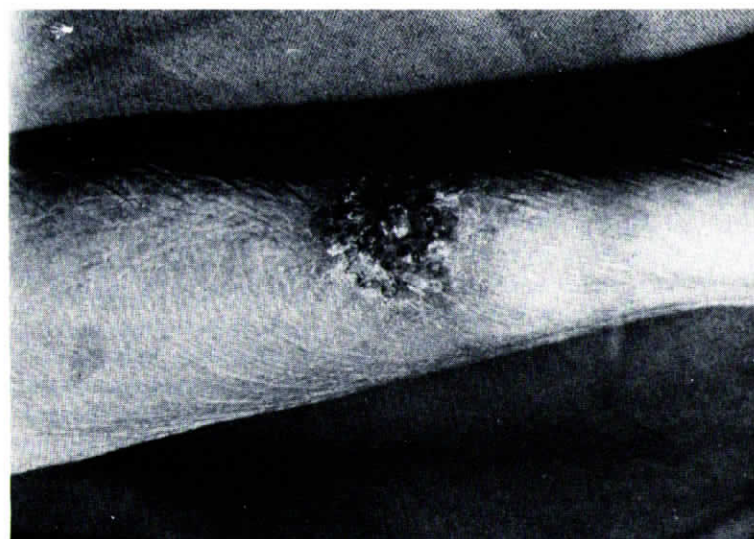


Fig. 3 — Caso 4 — Lesão ulcerosa do antebraço.



Fig. 4 — Caso 5 — Presença do parasita em exame histopatológico, assinalado com a letra L (aumento 125X, coloração pela hematoxilina-eosina).



sua maior parte, com limites precisos. Não havia sinais inflamatórios no contorno da lesão. Interrogado a respeito, o doente informou que a placa permanecera sem alterações, praticamente desde seu aparecimento, há 25 anos, não trazendo desconforto nem limitação aos movimentos. Foi realizada biópsia com "punch" de 5mm, sendo metade do material triturado e semeado em meios apropriados; a outra metade foi enviada a exame histopatológico. A cultura mostrou crescimento de *Phialophora pedrosol*. O exame histopatológico revelou presença de numerosas formas parasitárias (fig. 4). O doente não demonstrou interesse em se submeter a tratamento, não retornando ao Ambulatório.

#### COMENTÁRIOS

Dos cinco doentes por nós relatados, três eram homens e duas eram mulheres. Nos doentes masculinos, a moléstia assumia o aspecto típico da placa verrucosa. Singulares foram os casos correspondentes ao sexo feminino, por terem reunidos três situações excepcionais: a primeira pelo próprio fato de serem mulheres; a segunda pela localização menos comum, nos membros superiores e a terceira, pelo aspecto clínico absolutamente atípico (forma nodular, em uma doente e ulcerosa, na outra).

Ainda do ponto de vista clínico, chamou a atenção a estabilidade das lesões, em quatro dos cinco doentes: o nódulo da doente MRS persistia há 8 anos, sem nenhum crescimento, a placa verrucosa do doente JJS perdurava já por 6 anos, também sem

se modificar; a lesão ulcerosa da doente MHS não mostrava tendência a cicatrizar, mas também não se expandia, mantendo o mesmo diâmetro por 3 anos; a placa verrucosa de JJ dos S persistia há 25 anos, sem modificação, a ponto do doente não manifestar interesse em tratá-la. O comportamento evolutivo, no caso nº 1, não pode ser determinado, dada a duração relativamente curta da doença (4 meses).

A julgar pelo que acaba de ser referido, poder-se-ia afirmar que a cromoblastomicose dos membros superiores parece ser mais benigna e estável do que a dos membros inferiores, pois nestas ocorreria maior expansão, em superfície. A relativa estabilidade evolutiva parece ser verdadeira para a maioria dos doentes descritos na literatura médica, na localização de membros superiores. Mas há exceções: ainda recentemente, quando da XII Reunião Triangular de Dermatologia (São Paulo, 1976) Carvalho & col (6) comunicaram um caso grave, em que as lesões disseminaram da mão ao ombro.

Em todos os nossos casos, o agente isolado foi uma *Phialophora*, sendo possível identificar a espécie *P. pedrosol* em quatro doentes. A propósito da taxonomia da cromoblastomicose, é oportuno lembrar que Carrion (7), a maior autoridade mundial na matéria, prefere a denominação *Fonsecaea pedrosol*.

A conduta terapêutica ficou simplificada, em quatro de nossos doentes, pelas dimensões das lesões. Em um dos casos foi

feita exeresse cirúrgica (do nódulo), enquanto que, em três, preferimos utilizar a eletrocoagulação. Em um destes doentes, a extensão da placa (8cm) exigiu sessões sucessivas. Esta conduta armada nos parece bastante efetiva e a mais bem indicada, nas cromoblastomicoses com lesão de pequena dimensão. Mesmo que eventualmente venha a ser notada alguma recidiva, na superfície cauterizada, sempre é possível refazer a eletrocoagulação. A recidiva não ocorreu em nossos doentes, mas eles deverão ser mantidos em observação, para detectar esta possibilidade.

A disparidade que existe entre o acontecimento dos membros inferiores (Brasil) e superiores (Austrália), decorreria de que fato? Como a cromoblastomicose é uma doença de inoculação, resultante de ferimentos provocados por fragmentos de vegetais, as áreas mais afetadas seriam as mais expostas a esse tipo de traumatismo. Os autores australianos informam que os trabalhadores de seu país têm seus membros inferiores mais bem protegidos do que os superiores; por esta razão estes últimos, mais expostos, apresentaram o maior número de lesões. No Brasil, onde os trabalhadores agrícolas mais humildes trabalham sem calçados, há predomínio das lesões nas pernas e pés. Esta explicação é simples, mas provavelmente verdadeira. Sendo verdadeira, é provável que a mudança de hábitos da população rural brasileira, que hoje já procura andar com calçados, leve à modificação da proporção

de casos que acometem os membros superiores e os inferiores.

#### SUMMARY

#### CHROMOBLASTOMYCOSIS OF THE UPPER LIMBS

Lesions of Chromoblastomycosis on the upper limbs are judged to be infrequent; nevertheless this location is not so rare as one could think.

Recently we had the chance to observe five patients in whom the lesions had such a location. These patients were object of our study and we were able to point out the following characteristics:

- 1 — Chromoblastomycosis seems to have a more benign course when located on the upper limbs. There the lesions appear to have less tendency to expand as we could observe in four of our patients. With regard to the fifth patient the disease was of too short a duration to draw a definite conclusion.
- 2 — Atypical forms developed in two of the five patients; both of them were females. In one the lesions was nodular and in the other, ulcerated.
- 3 — The reduced extension of the lesions on the upper limbs favours surgical treatment. Three of our patients were treated with curettage and diathermo-coagulation, one with the excision of the lesion and one refused any treatment.

#### AGRADECIMENTO

Expressamos nossos agradecimentos aos micologistas Edward Porto e Alberto Salcibian, do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo, por terem colaborado na identificação dos fungos.



## BIBLIOGRAFIA

1. BARRETO, A. L. B. — Fungos produtores da doença de Pedroso e Carrion Anais Fac. Med. Bahia. Hospital 23: 577, 1943.
2. BARRACK, B. B. — Chromoblastomycosis in Queensland — Australian J. Dermat. 1: 207, 1952.
3. BOPP, C. 2 Cromoblastomicose. Contribuição ao estudo de alguns de seus aspectos. Tese de Cátedra, 1959, Faculdade de Medicina da Universidade do Rio Grande do Sul.
4. CAMPINS, H. & SCHARYJ, J. — Cromoblastomicosis. Comentários sobre 34 casos, con estudio clínico, histológico y micológico. Gac. Med. de Caracas. 61: 127, 1953.
5. CAMPOS, E. C. — A propósito de dois casos de cromoblastomicose. Rev. de Med. R. Gr. do Sul. 6: 307, 1950.
6. CARVALHO, T. A.; ALMEIDA, M. J. de; LOPES C. F. & LEITE, T. V. F. — Cromoblastomicose de membro superior. Apresentado em Sessão Clínico-Patológica da XII Reunião Triangular de Dermatologia (São Paulo, 1976).
7. CARRION, A. L. & HUTNER, M. S. — Taxonomic criteria for the fungi of Chromoblastomycosis with reference to Fonsecaea pedrosoi. Int. J. Dermat. 10: 35, 1971.
8. DIAZ, I. A. C. & VIGNALE, R. A. — Cromoblastomicose tratada com termoterapia local. Med. Cut. 3: 383, 1968.
9. FIALHO, A. — Dermite verrucosa. An. Paul Med. e Cir. 23: 191, 1932.
10. GUIMARÃES, S. A. C. & OPRMOLLA, D. V. A. — Estudo histológico da cromomicose sob tratamento com a Vit. D. — Med. Cut. 3: 51, 1968.
11. HARADA, S. — Chromomycosis of the skin: Report of five cases. Int. J. of Dermat. 10: 118, 1971.
12. HOLY, V. & HIRLA, M. — Segundo caso de cromomicose em Checoslováquia. Med. Cut. 2: 552, 1967.
13. HOWLES, J. K.; KENNEDY, C. B.; GARVAIN, W. H.; BRUEDK, J. W. & BUDDING, G. J. — Chromoblastomycosis. Report of nine cases from a single area in Louisiana. Arch. Dermat. & Syph. 69: 83, 1954.
14. LACAZ, C. S. — Dermite verrucosa cromoparasitária. "In" Compêndio de Micologia Médica pg. 256, Editora da Univ. de S. Paulo, 1 Edição, 1967.
15. LOPES, F. C.; CISALPINO, E. O.; ROBERTO, J. A. ARMOND, S.; PORTO, R. V.; PEIXOTO, Y. — Tratamento da cromomicose pela 5-Fluorocitosona — Primeiros resultados. O Hospital, 76: 535, 1969. *Ibidem*: Int. J. Dermat. 10: 182, 1971.
16. LOPES, F. C.; FRANCO, D. H.; RESENDE, A. M.; OLIVEIRA, G. L. de, ROBERTO, J. A. — Butil — Simpatol no tratamento de um caso de cromomicose. An. Brasil. Dermat. 48: 265, 1973.
17. MIGUENS, M. P. — Existe la cromomicosis en España? Med. Cut. I. L. A. III: 443, 1975.
18. PADILHA, H. C. — Cromomicosis. Med. Cut. 5: 187, 1970.
19. PARDO-CASTELLO, V.; LEON, E. R. & Trespacios, F. Chromoblastomycosis in Cuba. Arch. Dermat. & Syph. 45: 19, 1942.
20. POWELL, R. E. — A Survey of Chromoblastomycosis in Queensland. Australian J. Dermat. 1: 214, 1952.
21. SAXTON, W. J.; HACHER, F. & DERRICK, E. H. — Chromoblastomycosis with report of two cases occurring in Queensland. Med. J. Austrália 1: 695, 1946.
22. SIMON, A. — Primera Observacion española de cromomicosis. Med. Cut. 2: 121, 1966.
23. SILVA, D. — 5-fluorocitosina no tratamento de cromoblastomicose. An. Brasil. Dermat. 47: 151, 1972.
24. SILVA, D. & CARVALHO, T. — Cromoblastomicose determinada por Cladosporium sphaerospermium. Med. Cut. I. L. A. 2: 197, 1974.
25. SOLANO, A. E. — Tratamento da cromoblastomicose com thiabendazole. Un estudio de 14 casos. Med. Cut. 1: 277, 1966.
26. STEVENS, T. Chromoblastomycosis (Correspondence) Med. J. Austrália. 1: 93, 1947.