

CROMOBLASTOMICOSE: A IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO PRECOCE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Ana Celi de Carvalho

Médica. Centro Universitário FAEMA – UNIFAEMA.
Orcid Id: <https://orcid.org/0000-0002-7805-8777>
E-mail: aninha.celi@hotmail.com

Stella Ângelo Zimmerli

Médica. Centro Universitário FAEMA – UNIFAEMA.
Orcid Id: <https://orcid.org/0000-0001-8232-2537>
E-mail: marcia@icbusp.org

Luciano Portes das Mercês

Médico. Centro Universitário FAEMA – UNIFAEMA.
Orcid Id: <https://orcid.org/0000-0002-8951-2795>
E-mail: lpmerces@yahoo.com.br

Sonia Carvalho de Santana

Mestre em Teologia. Enfermeira. Centro Universitário FAEMA – UNIFAEMA.
Orcid Id: <https://orcid.org/0000-0002-3225-7711>
E-mail: sonia.carvalho@unifaema.edu.br

Submetido: 31 out. 2022.

Aprovado: 10 nov. 2022.

Publicado: 25 nov. 2022.

E-mail para correspondência:

aninha.celi@hotmail.com

Este é um trabalho de acesso aberto e distribuído sob os Termos da *Creative Commons Attribution License*. A licença permite o uso, a distribuição e a reprodução irrestrita, em qualquer meio, desde que creditado as fontes originais.

Imagem: StockPhotos (Todos os direitos reservados).



Open Access

Introdução

A cromoblastomicose (CBM) é uma micose subcutânea granulomatosa crônica, que ocorre geralmente por implantação traumática direta do agente na pele ⁽¹⁾. Apresenta uma variedade de lesões clínicas que podem desenvolver complicações caso não tratadas, causando grande impacto na vida dos pacientes afetados. O fungo mais prevalente nas infecções é o *Fonsecae pedrosoi*.

A doença apresenta distribuição mundial sendo mais prevalente em países tropicais e subtropicais. Além das condições climáticas, regiões subdesenvolvidas contribuem para manter áreas endêmicas bem caracterizadas ^(2, 3). No Brasil ocorre uma prevalência na região amazônica. No geral, o diagnóstico costuma ser tardio e a terapêutica pouco satisfatória e com recidivas constantes, causando grande impacto na qualidade de vida dos pacientes acometidos ^(1, 2).

A CBM é uma doença ocupacional, incapacitante e progressiva, com tratamento difícil e responde por grandes taxas de morbidades nos pacientes afetados, sendo responsável por afastamento de atividades laborais e baixo rendimento ⁽²⁾. Está incluída pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como uma doença negligenciada caracterizando um sintoma de pobreza e desvantagem ⁽³⁾.

Se não diagnosticada em seus estágios iniciais, os pacientes com CBM necessitam de tratamentos longos com antifúngico orais, às vezes associados a outros métodos. No entanto, a maioria das opções terapêuticas complementares encontra-se indisponível para o tratamento da população carente afetada na maioria das vezes. Além disso, as taxas de recaída são grandes ^(3, 4).

Objetivo

O objetivo desse trabalho foi realizar uma revisão bibliográfica, com o intuito de alcançar uma atualização dos principais aspectos epidemiológicos e clínicos, enfatizando a importância do diagnóstico precoce da doença na atenção primária à saúde, com isso aumentando os índices de cura da doença sem a necessidade de tratamentos mais complexos.

Metodologia

Este estudo é uma revisão de literatura baseada em artigos publicados entre 2020 e 2022. Foram utilizadas bases de indexações como o Scientific Electronic Library Online (SciELO), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), onde foram selecionados artigos, periódicos, e dissertações que sintetizassem as propostas previamente objetivadas.

Resultados e Discussão

É definida como uma infecção fúngica cutânea e subcutânea crônica resultante do implante traumático de certos fungos dematiáceos através da pele ⁽⁵⁾. Afeta principalmente membros inferiores de trabalhadores rurais, maioria em homens, na faixa etária entre 30 e 50 anos, que vivem em zonas tropicais e subtropicais ao redor do mundo ^(3, 4). Acredita-se que os trabalhadores rurais apresentam essa maior taxa de infecção devido a exposição prolongada ao agente, geralmente presente no solo e vegetação ⁽⁶⁾.

A infecção geralmente ocorre por traumatismo transcutâneo, apresentando o seguinte padrão de evolução: 1) inoculação por implantação traumática com uma fonte ambiental, levando a uma lesão cutânea inicial no local da inoculação; 2) envolvimento progressivo e crônico de estruturas teciduais cutâneas e subcutâneas e resposta granulomatosa fibrosa com microabscessos imersos e proliferação tecidual; 3) uma resposta imune Thelper tipo 2 (Th2) não protetora com envolvimento humoral ineficaz; e 4) estabelecimento de células muriformes (escleróticas, corpos fumagoides) no tecido afetado⁽⁷⁾.

As lesões mostram caráter polimórfico, apresentando-se como nódulos e placas verrucosas que podem ulcerar ⁽⁸⁾. As principais formas de apresentação são **nodular** (nódulos fibróticos, eritemato violáceos, com superfície lisa ou hiperkeratótica), **verrucosa** (lesões hiperkeratóticas secas, tipo couve-flor, com pontos pretos), placa infiltrativa (eritematosas ou violáceas, circunscritas, irregulares, de bordas elevadas e com pontos pretos), **tumoral** (lesões lobuladas isoladas ou

colecantes de superfície lisa ou vegetativa) e a **forma cicatricial ou atrófica** (lesões anulares, serpinginosas ou irregulares, crescimento centrífugo e áreas atróficas centrais) ⁽²⁾.

Clinicamente as lesões são oligossintomáticas ou assintomáticas, o que explicaria porque os pacientes tendem a procurar atendimento médico após meses ou até anos de vida com a doença. Sintomas como dor e prurido podem ocorrer. A lesão inicial geralmente ocorre em áreas expostas, no local da infecção, como uma pápula com crescimento centrífugo e evolui para qualquer uma das várias formas clínicas. A evolução é lenta e progressiva ⁽⁶⁾.

Todas as formas podem causar complicações como infecções secundárias, erisipela, linfedemas, miíases, neoplasias, e pode ocorrer complicações como infecção secundária, levando a linfedema, elefantíase e ocasionalmente carcinoma espinocelular, disseminação linfática e hematogênica ⁽⁴⁾.

Conclusão

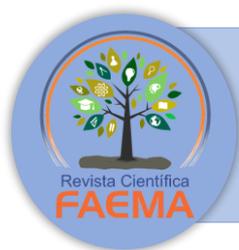
A CBM é uma doença pouco conhecida e de difícil tratamento, principalmente em suas formas disseminadas. É extremamente importante o conhecimento médico e de profissionais de saúde, que atuam principalmente em áreas endêmicas, para que seja realizado diagnóstico precoce, dando assim ao paciente maiores chances de tratamento definitivo da doença. Dessa forma, reduz-se o risco de complicações graves associadas aos casos crônicos que geram tanto sofrimento aos pacientes afetados.

A atenção das autoridades de saúde pública é muito importante para entender a real situação das micoses endêmicas no Brasil. Além disso, novas políticas públicas e investimentos são necessários para melhora do diagnóstico clínico, capacitação profissional e investimento em antifúngicos sistêmicos adequados para tratamento das micoses profundas.

Palavras-chave: Cromoblastomicose; Diagnóstico; Micoses profundas; Agentes; Epidemiologia.

Referências

- 1 - Andrade TS, Almeida AMZ, Basano AS, Takagi EH et al. Cromoblastomycosis in the Amazon region, Brazil, caused by *Fonsecae pedrosoi*, *Fonsecae nubica*, and *Rhinocladiella similis*: Clinicopathology, susceptibility, and molecular identification. *Medical Mycology*, 2019;0:1-9.
- 2 - Brito AC, Bittencourt MJS. Cromoblastomicose: atualização etiológica, epidemiológica, clínica, diagnóstica e terapêutica. *Anais Brasileiro de Dermatologia*, 2018;93(4):495-506.



- 3 – Santos DWCL, Azevedo CMPS de, Vicente VA, Queiroz-Telles F, Rodrigues AM et al. The global burden of chromoblastomycosis. *PLOS Neglected Tropical Diseases*, 2021;15(8):e0009611. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0009611>.
- 4 - Queiroz-Telles F. Cromoblastomicose: doença tropical negligida. *Rev. Inst. Med. trop. S. Paulo*, 2015;57(19):46-50.
- 5 – Krzyściak PM, Pindycka-Piaszczyńska M, Piaszczyński M. Cromoblastomicose. *Postepy Dermatol Alergol*, 2014;31(5):310–321.
- 6 - Almeida AP, Gomes NM, Almeida LM, Almeida JL. Cromomicose: relato de caso e revisão da literatura. *Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica*, 2014;12(1):69-71.
- 7 - Queiroz-Telles F, Hoog S, Wagner D, Santos CL et al. Chromoblastomycosis. *Clinical microbiology reviews*, 2017;30(1):233-276.
- 8 - Correia RTM et al. Cromoblastomycosis: study of 27 cases and review of medical literature. *Anais Brasileiro de dermatologia*, 2010;85(4):448-54.