

Doença tropical negligenciada: relato de caso de cromoblastomicose no estado do Pará, Brasil

Neglected tropical disease: a case report of chromoblastomycosis in the state of Pará, Brazil

Max Chaves Mota Junior¹, Carmem Glória Palheta Godinho², Rossela Damasceno Caldeira¹

¹ Instituto de Educação Médica IDOMED, Castanhal, Pará, Brasil

² Centro de Atendimento a Doenças Infecciosas e Sexualmente Transmissíveis, Castanhal, Pará, Brasil



RESUMO

INTRODUÇÃO: A cromoblastomicose (CBM) é uma infecção fúngica crônica e de evolução lenta, com aspecto polimórfico, que acomete o tecido celular cutâneo e subcutâneo. É causada por fungos demáceos presentes no solo, em vegetais em decomposição, plantas, flores e madeira. **OBJETIVO:** Descrever um caso de CBM de evolução prolongada e lesão extensa, destacando a importância do manejo adequado da doença. **DESCRIÇÃO DO CASO:** D.M.S., sexo masculino, 56 anos, trabalhador rural, residente no estado do Pará. Iniciou com lesão no membro inferior direito, inicialmente manifestada como pequena pápula com sinais flogísticos, que evoluiu, após alguns dias, para lesão verrucosa. O paciente foi atendido por diferentes profissionais e recebeu tratamentos diversos com pomadas dermatológicas, sem resolução dos sintomas. **RESULTADOS:** Foi realizado exame micológico direto, com resultado negativo para fungos. Posteriormente, procedeu-se à exérese de lesão vegetante, que foi encaminhada para biópsia. O exame histopatológico identificou achados compatíveis com CBM. Iniciou-se tratamento com itraconazol (duas cápsulas de 100 mg, por via oral, duas vezes ao dia, por 12 meses). Ao final do tratamento, houve regressão completa das lesões e dos sintomas associados, permanecendo apenas lesões maculares residuais. **CONCLUSÃO:** A CBM é uma doença negligenciada, e o atraso no diagnóstico pode gerar prejuízos significativos à vida dos indivíduos acometidos por essa infecção.

Palavras-chave: Relatos de Casos; Cromoblastomicose; Doenças Negligenciadas; Infecções Fúngicas Invasivas.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Chromoblastomycosis (CBM) is a chronic, slowly progressing fungal infection with a polymorphic appearance that affects the cutaneous and subcutaneous tissues. It is caused by dematiaceous fungi found in soil, decomposing vegetation, plants, flowers, and wood. **OBJECTIVE:** To describe a case of CBM with chronic evolution and extensive lesion, emphasizing the importance of appropriate disease management. **CASE DESCRIPTION:** D.M.S., male, 56 years old, rural worker, resident in the state of Pará. He initially presented with a lesion on the right lower limb, which began as a small papule with inflammatory signs and progressed, within a few days, to a verrucous lesion. The patient was seen by several healthcare professionals and received various dermatological treatments, with no resolution of symptoms. **RESULTS:** A direct mycological examination was performed, with negative results for fungal structures. Subsequently, a vegetative lesion was excised and sent for biopsy. Histopathological examination revealed findings compatible with CBM. Treatment with itraconazole was initiated (two 100 mg capsules, taken orally twice daily for 12 months). At the end of treatment, the lesions had completely regressed, as had the associated symptoms, although residual macular lesions were still present. **CONCLUSION:** CBM is a neglected disease, and delays in diagnosis may lead to significant harm to affected individuals.

Keywords: Case Reports; Chromoblastomycosis; Neglected Diseases; Invasive Fungal Infections.

INTRODUÇÃO

A cromoblastomicose (CBM) é uma infecção fúngica de evolução crônica, lenta e com aspecto polimórfico, que acomete o tecido celular cutâneo e subcutâneo. É provocada por fungos demáceos que habitam o solo,

vegetais em decomposição, plantas, flores e madeira, e possui como principal agente etiológico no Brasil a espécie *Fonsecaea pedrosoi*, porém outros organismos frequentemente isolados são *Phialophora verrucosa*, *Cladophialophora carrionii* e *Rhinocladiella aquaspersa*^{1,2}.

Correspondência / Correspondence:

Max Chaves Mota Junior
Avenida dos Universitários, 370, Cep: 68746-360 – Bairro: Santa Lúcia – Castanhal, Pará, Brasil
Tel.: + 55 (91) 99342-1457
E-mail: maxmota junior@gmail.com



As espécies caracterizam-se por apresentar pigmentação escura em sua parede celular, comumente detectada pela presença de melanina, o que as caracteriza como fungos demáceos. O pigmento negro presente na parede celular favorece a capacidade fotoprotetora, permitindo que o fungo se desenvolva em ambientes ensolarados e atuando como um dos fatores de virulência dessas espécies fúngicas³. A infecção ocorre por meio da inoculação traumática dos esporos na pele, especialmente em áreas desprotegidas por vestuário, acometendo principalmente os membros inferiores².

A CBM apresenta distribuição mundial, porém é mais prevalente em países com clima tropical e subtropical. Além das condições climáticas, as regiões subdesenvolvidas contribuem para manter as áreas endêmicas bem caracterizadas⁴. No Brasil, a CBM é endêmica em muitas áreas geográficas, principalmente na região Norte e, especialmente, na região Amazônica.

Trata-se de uma doença ocupacional que acomete principalmente indivíduos em idade produtiva com atividades relacionadas ao manuseio do solo, como trabalhadores agrícolas, trabalhadores florestais, jardineiros, vendedores de produtos agrícolas e outros profissionais expostos a materiais vegetais contaminados pelo fungo⁵.

Apesar de a CBM ser causada por diferentes espécies de fungos demáceos, suas manifestações clínicas são semelhantes. A lesão inicial, frequentemente uma pápula, surge em local de pequenos traumas prévios que, na maioria das vezes, passam despercebidos pelo paciente. A lesão pode ser única ou múltipla, crescer de forma lenta e progressiva e assumir variado polimorfismo. As lesões podem evoluir para cinco tipos clínicos distintos: nodular, em placa, tumoral, verruciforme e cicatricial⁵.

O objetivo do estudo foi descrever um caso de CBM de evolução crônica e com lesão extensa, bem como demonstrar a importância do manejo correto da doença.

DESCRIÇÃO DO CASO

D.M.S., sexo masculino, 56 anos, trabalhador rural, residente no estado do Pará. Iniciou com queixa de lesão em membro inferior direito, primeiramente se apresentando como uma pequena pápula com sinais flogísticos que, após alguns dias, evoluiu com lesão verrucosa (<1 cm) e sem outros sintomas aparentes.

No ambulatório de dermatologia do hospital regional do município de Castanhal, estado do Pará (abril de 2024), o paciente relatou que a lesão evoluiu de forma lenta e progressiva ao longo de 31 anos, passando a apresentar prurido e dor local intensos, sintomas que pioravam à exposição solar e o afastavam de suas atividades laborais, motivo que o levou a procurar atendimento médico. O paciente havia sido atendido por diversos profissionais e realizado tratamentos variados com pomadas dermatológicas, porém sem resolução dos sintomas. Ao exame clínico dermatológico, apresentou placa em região posterior (medindo cerca de 15 cm de comprimento e 15 cm

de largura) (Figura 1) e anterior (medindo cerca de 18 cm de comprimento e 8 cm de largura) (Figura 2) do membro inferior direito, com múltiplas lesões vegetantes de aspecto verrucoso, consistência endurecida à palpação, bordas bem delimitadas e com presença de cicatrização central. As lesões vegetantes apresentavam hiperpigmentação (pontos de coloração preta) na base do tegumento acometido.

Após a consulta, realizou exame micológico direto, com resultado negativo para fungos. Posteriormente, em nova consulta (abril de 2024), foi realizada exérese de lesão vegetante e o material foi encaminhado para biópsia. O diagnóstico de CBM foi confirmado pelo exame histopatológico (maio de 2024), que evidenciou hiperplasia pseudoepiteliomatosa e processo inflamatório em derme, com presença de estruturas fúngicas na forma de esporos com contorno birefringente e coloração acastanhada, indicando quadro compatível com CBM. Foi instituído tratamento com itraconazol (dois comprimidos de 100 mg, por via oral, duas vezes ao dia, durante 12 meses). Após alguns meses de tratamento (aproximadamente três meses), o prurido intenso e a dor haviam regredido de forma expressiva e, ao final dos 12 meses, as lesões verrucosas haviam regredido completamente, assim como os sintomas associados, permanecendo apenas lesões maculares residuais (Figura 3).



Fonte: Max Chaves Mota Junior.

Figura 1 – Lesão em placa na região posterior do membro inferior direito (medindo cerca de 15 cm de comprimento e 15 cm de largura), de aspecto verrucoso e tumoral, indolor e endurecida à palpação, com presença de cicatrização central e pontos enegrecidos nos limites da lesão



Fonte: Max Chaves Mota Junior.

A: Região antero-lateral; **B:** Região anterior.

Figura 2 – Lesão em placa na região anterior do membro inferior direito (medindo cerca de 18 cm de comprimento e 8 cm de largura), de aspecto verrucoso e tumoral, com presença de pontos enegrecidos e cicatrização central



Fonte: Max Chaves Mota Junior.

A: Região posterior; **B:** Região anterior.

Figura 3 – Lesão macular residual do membro inferior direito após 12 meses de tratamento com itraconazol (400 mg/dia)

DISCUSSÃO

No Brasil, ocorre alta prevalência de CBM na região Amazônica e, de forma geral, o diagnóstico costuma ser tardio, o tratamento pouco satisfatório e com recidivas frequentes, causando grande impacto na qualidade de vida dos indivíduos acometidos por essa infecção⁴.

A CBM manifesta-se clinicamente como lesões oligossintomáticas ou assintomáticas, o que explica por que muitos pacientes procuram atendimento médico apenas após meses ou até anos de convivência com a doença. A lesão geralmente inicia como uma pápula de crescimento centrífugo, que evolui para qualquer uma das formas clínicas. Os pacientes relatam prurido

de intensidade variável nas lesões e dor quando há infecções secundárias⁶.

A CBM é raramente fatal, porém é considerada uma doença grave devido à alta morbidade. Em estágios avançados, um único paciente pode apresentar mais de um tipo de lesão, o que pode levar a desconfiguração importante e, em alguns casos, até exigir amputação de membros⁷.

A população mais frequentemente acometida inclui indivíduos que trabalham com solo e/ou plantas, na faixa etária entre 30 e 50 anos, predominantemente do sexo masculino, e a maioria das lesões surge nos membros inferiores. Assim, a falta de uso de equipamentos de proteção individual e de vestimentas adequadas durante as atividades laborais constitui fator de risco para o desenvolvimento da CBM. Além disso, a predisposição genética também tem sido considerada⁸.

A lesão inicialmente surge como uma mácula ou pápula eritematosa e evolui para diferentes formas clínicas, dependendo da resposta imune celular do hospedeiro. Posteriormente, torna-se pruriginosa e, em casos mais avançados, dolorosa. A disseminação ocorre por autoinoculação, facilitada pela coçadura, e por via linfática. A CBM pode cursar com complicações como infecção bacteriana secundária, linfedema, anquilose e desenvolvimento de carcinoma espinocelular em feridas crônicas^{6,8}.

A doença é difícil de tratar e está associada a baixas taxas de cura e altas taxas de recidiva, especialmente em casos crônicos e extensos. Assim, a escolha do tratamento e o prognóstico dependem do agente etiológico, do tamanho e extensão das lesões e da presença de complicações. A cura clínica pode ser definida pela resolução completa de todas as lesões, com formação de cicatrizes⁶.

Há várias modalidades terapêuticas instituídas para CBM. Para lesões localizadas, recomenda-se exérese cirúrgica, crioterapia ou termoterapia. Nos casos mais extensos, são indicados antifúngicos sistêmicos e imunoadjuvantes. Entre os antifúngicos sistêmicos mais utilizados estão itraconazol, posaconazol, voriconazol e isavuconazol⁹.

Os serviços de saúde na maioria das áreas endêmicas carecem de profissionais treinados para realizar o diagnóstico precoce e o manejo clínico da CBM, o que resulta na ausência de biópsias de pele, microscopia direta, histopatologia e cultura para fungos. Dessa forma, muitos pacientes são diagnosticados vários anos após o início das manifestações clínicas⁷.

O caso descrito ressalta a importância da compreensão da epidemiologia e das características clínicas da doença, visto que o paciente passou por diversos profissionais e, mesmo assim, não foi diagnosticado corretamente. Isso sugere que, embora a região Amazônica seja a principal área endêmica do país para CBM, ainda há necessidade de profissionais treinados e com atenção clínica para a doença.

O paciente deste caso apresentou forma grave da infecção, classificada de acordo com o número, extensão e disseminação das lesões, diretamente associada ao atraso no diagnóstico e a falhas terapêuticas.

A falta de conhecimento acerca da doença pode gerar consequências negativas para os indivíduos acometidos, principalmente deformidades, prejuízo psicológico e redução da qualidade de vida.

CONCLUSÃO

A CBM é uma doença negligenciada, e a demora no diagnóstico acarreta prejuízos à vida dos indivíduos acometidos por essa infecção. Com isso, o diagnóstico precoce e o tratamento eficaz possibilitam melhor qualidade de vida para essas pessoas. A doença representa um desafio terapêutico e afeta principalmente populações negligenciadas. Fatores como as mudanças climáticas e a ausência de diagnóstico e tratamento aprimorados representam um risco para a disseminação de novos casos. Dessa forma, é necessária a implementação de políticas públicas que favoreçam o rastreamento e o diagnóstico precoce dessas micoses endêmicas na região Amazônica, a fim de possibilitar manejo clínico adequado a esses pacientes e, consequentemente, melhor qualidade de vida.

ASPECTOS ÉTICOS

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina Estácio de Castanhal, sob parecer nº 7.565.530, CAAE: 87236325.6.0000.0334.

CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Todos os autores contribuíram integralmente para a elaboração do presente relato de caso, realizando: coleta de dados, acompanhamento e manejo clínico do caso, idealização do relato, revisão crítica da literatura e dos dados obtidos, redação do manuscrito e aprovação da versão final.



REFERÊNCIAS

- 1 Oedmann AFB, Moraes LGA, Freitas MC, Ferreira BAS, Mayer N. Cromoblastomicose: estudo de 27 casos e revisão da literatura médica. *Journal Archives of Health*. 2024 Set; 5(3), e2091-e2091.
- 2 Vercezi GD, Lopes LS, Martinelli IC. Cromoblastomicose: uma revisão da literatura sobre aspectos clínicos, diagnósticos e terapêuticos. *Journal Archives of Health*. 2025 Aug; 6(4), e2938-e2938.
- 3 De Almeida APM, de Faria Gomes NM, de Almeida LM, et al. Cromomicose: relato de caso e revisão da literatura. *Rev Soc Bras Clin Med*. 2014 Jan-Mar; 12(1), 69-71.
- 4 De Carvalho AC, Zimmerli SÂ, Das Mercês LP, et al. Cromoblastomicose: A importância do diagnóstico precoce na atenção primária à saúde. *Revista Científica da Faculdade de Educação e Meio Ambiente*. 2022 Nov.
- 5 Galhardo MCG, do Valle FF, do Valle ACF. *Dermatologia & doenças infecciosas: fundamentos e condutas*. SciELO-Editora FIOCRUZ. 2022.
- 6 Brito AC, Bittencourt MJS. Cromoblastomicose: atualização etiológica, epidemiológica, clínica, diagnóstica e terapêutica. *An Bras Dermatol*. 2018, 93, 495-506.
- 7 Barbosa LSDP, Souza YRCD, Sasaki CS, et al. Chromoblastomycosis in Brazil: A review of 450 published cases. *Rev Soc Bras Med Trop*. 2024 Oct, 57, e00205-2024.
- 8 Borges JR, Ximenes BÁS, Miranda FTG, et al. Acurácia de exame direto e cultura em comparação com o exame anatomopatológico para o diagnóstico de cromoblastomicose: revisão sistemática. *An Bras Dermatol*. 2022, 97(4), 424-434.
- 9 Melo ED, Morais PMD, Fernandes DCDL, et al. Caso para diagnóstico. Lesão eritematoescamosa pruriginosa no pavilhão auricular. *An Bras Dermatol*. 2020, 95(4), 521-523.

Recebido em / Received: 1/9/2025
Aceito em / Accepted: 28/10/2025

Este artigo compõe a Seção Temática "Saúde e Meio Ambiente na Pan-Amazônia: Ciência, Território e Resistência em tempos de crise climática" em alusão à 30ª Conferência das Nações Unidas sobre Mudanças Climáticas (COP 30).

Como citar este artigo / How to cite this article:

Mota Junior MC, Godinho CGP, Caldeira RD. Doença tropical negligenciada: relato de caso de cromoblastomicose no estado do Pará, Brasil. *Rev Pan Amaz Saude*. 2025;16:e202501797. Doi: <https://doi.org/10.5123/S2176-6223202501797>

