

Lobomicose

Lobomycosis

Carolina Talhari¹

Lisiane Nogueira³

Anette Chrusciak-Talhari⁵

Renata Rabelo²

Mônica Santos⁴

Sinésio Talhari⁶

Resumo: Caso de lobomicose em paciente procedente da região amazônica brasileira. Essa micose subcutânea, causada pela levedura *Lacazia loboi*, acomete, frequentemente, homens adultos e foi também diagnosticada em golfinhos. O tratamento depende da apresentação clínica: eletrocoagulação, exérese cirúrgica e crioterapia são opções terapêuticas para as lesões localizadas, como a do paciente relatado, enquanto itraconazol e clofazimina, isolados ou em associação, podem ser empregados para lesões disseminadas. Até o presente, não há tratamento adequado para os casos com lesões disseminadas.

Palavras-chave: Fungos; Infecções bacterianas e micoses; Micoses

Abstract: A case of lobomycosis in a patient from the Brazilian Amazon region is presented. Lobomycosis is a subcutaneous mycosis caused by the yeast *Lacazia loboi*. It often affects adult males and has been reported in dolphins. Therapeutical options for localized lesions, such as the ones shown by the patient in this report, are electrocoagulation, surgical exeresis, and cryotherapy. Disseminated lesions may be treated with Itraconazole or combination therapy with Clofazimine. There is still no curative therapy for disseminated lesions of lobomycosis.

Keywords: Bacterial infections and mycoses; Fungi; Mycoses

A lobomicose é uma micose crônica e as lesões por ela causadas são restritas à pele e ao tecido celular subcutâneo.¹ É endêmica na zona intertropical das Américas, sendo a maioria dos pacientes registrados procedente da Amazônia brasileira.^{2,3} Dois casos autóctones foram relatados na África do Sul.⁴

A doença é encontrada, em geral, em adultos do sexo masculino. Golfinhos também foram diagnosticados com quadros idênticos aos dos humanos.⁵ O agente etiológico, *Lacazia loboi*, ainda não foi cultivado.⁶

As lesões queilodiformes são características e acometem, principalmente, os membros inferiores, os superiores e os pavilhões auriculares. As demais regiões, como o tórax do paciente aqui apresentado (Figura 1), são afetadas com menor frequência.¹⁻³

O diagnóstico é feito mediante o exame clínico e



FIGURA 1: Paciente masculino com lesões papulosas e tuberosas, de coloração amarronzada, lisas, isoladas e confluentes, formando placa no hemitórax direito

Aprovado pelo Conselho Editorial e aceito para publicação em 03.03.2010 .

* Trabalho realizado na Fundação de Medicina Tropical do Amazonas - Manaus (AM), Brasil.

Conflito de interesse: Nenhum / *Conflict of interest:* None

Suporte financeiro / *Financial funding:* Fundação de Medicina Tropical do Amazonas.

¹ Dermatologista da Fundação de Medicina Tropical do Amazonas. Professora de Dermatologia - Universidade do Estado do Amazonas - Manaus (AM), Brasil

² Residente de Dermatologia da Fundação de Medicina Tropical do Amazonas - Manaus (AM), Brasil

³ Residente de Dermatologia da Fundação de Medicina Tropical do Amazonas - Manaus (AM), Brasil

⁴ Dermatologista da Fundação de Medicina Tropical do Amazonas. Professora de Dermatologia - Universidade do Estado do Amazonas - Manaus (AM), Brasil

⁵ Dermatologista da Fundação de Medicina Tropical do Amazonas - Manaus (AM), Brasil

⁶ Dermatologista da Fundação de Medicina Tropical do Amazonas - Manaus (AM), Brasil

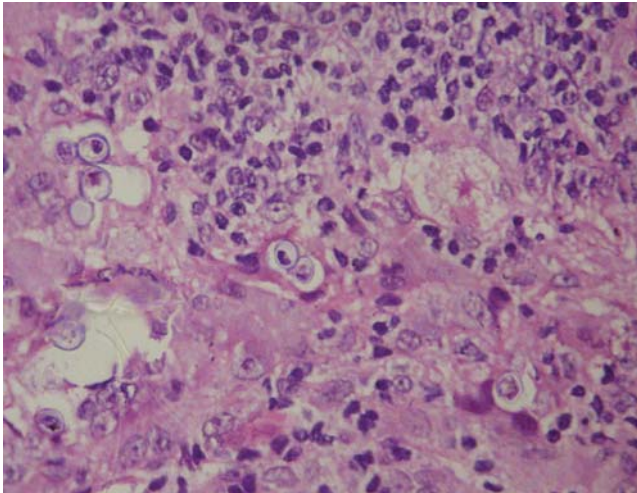


FIGURA 2: O exame histopatológico evidencia histiócitos espumosos e estruturas arredondadas, com parede de duplo contorno, isoladas e agrupadas em cadeia. Nota-se, ainda, a presença de corpúsculo asteroide (hematoxilina e eosina, 200X)

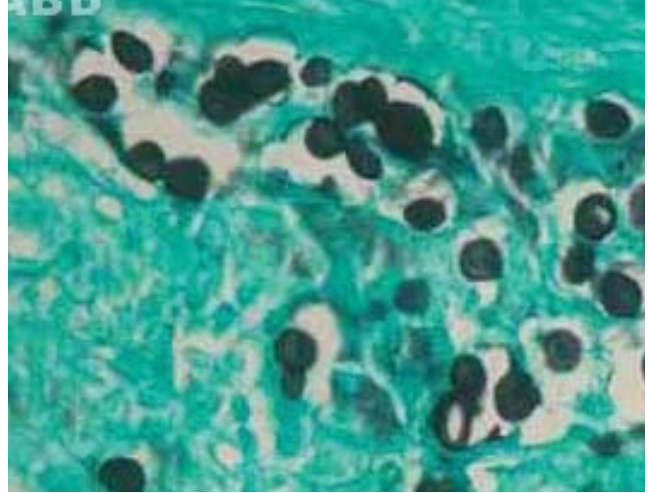


FIGURA 3: Na coloração pela prata, observam-se numerosos parasitas do mesmo tamanho, isolados e em disposição catenular e aspecto, por vezes, em “bico de limão” (Grocott, 400X)

a presença do fungo no exame histopatológico (Figuras 2 e 3) ou citológico.^{1,2,7} As lesões localizadas podem ser tratadas com eletrocoagulação, crioterapia ou exérese

cirúrgica.^{1,3} Nas lesões disseminadas, pode-se empregar itraconazol e/ou clofazimina.⁸ Até o momento, não existe tratamento adequado para esses casos.¹ □

REFERÊNCIAS

1. Brito AC, Quaresma JAS. Lacaziose (doença de Jorge Lobo): revisão e atualização. *An Bras Dermatol.* 2007;82:461-74.
2. Talhari S, Cunha MG, Schettini AP, Talhari AC. Deep mycoses in Amazon region. *Int J Dermatol.* 1988;27:481-4.
3. Talhari S, Cunha MG, Barros ML, Gadelha AD. Jorge Lobo disease. Study of 22 new cases. *Med Cutan Ibero Lat Am.* 1981;9:87-96.
4. Al-Daraji WI, Husain E, Robson A. Lobomycosis in African patients. *Br J Dermatol.* 2008;159: 234-6.
5. Bermudez L, Van Bressemer MF, Reyes-Jaimes O, Sayegh AJ, Paniz-Mondolfi AE. Lobomycosis in man and lobomycosis-like disease in bottlenose dolphin, Venezuela. *Emerg Infect Dis.* 2009;15:1301-3.
6. Taborda PR, Taborda VA, McGinnis MR. Lacazia loboii gen. nov., comb. nov., the etiologic agent of lobomycosis. *J Clin Microbiol.* 1999;37:2031-3. Erratum in: *J Clin Microbiol.* 2000;38:2026.
7. Talhari C, Chrusciak-Talhari A, de Souza JV, Araújo JR,

Talhari S. Exfoliative cytology as a rapid diagnostic tool for lobomycosis. *Mycoses.* 2009;52:187-9.

8. Fischer M, Chrusciak Talhari A, Reinel D, Talhari S. Successful treatment with clofazimine and itraconazole in a 46 year old patient after 32 years duration of disease. *Hautarzt.* 2002;53:677-81.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA / MAILING ADDRESS:

Carolina Talhari
Gerência de Dermatologia - Fundação de
Medicina Tropical do Amazonas
Rua Pedro Teixeira, 25 - Dom Pedro I
69040 000 Manaus - AM

Como citar este artigo/How to cite this article: Talhari C, Rabelo R, Nogueira L, Santos M, Chrusciak-Talhari A, Talhari S. Lobomycose. *An Bras Dermatol.* 2010;85(2):239-40.