

# Um caso de Cromoblastomicose recidivada por *Fonsecaea monophora*: suscetibilidade aos antifúngicos e análise filogenética



UFRGS PROPSQ XXV SIC Salão Iniciação Científica

CS - Ciências da Saúde

Vigolo, S<sup>1</sup>; Daboit, T.C.<sup>1,2</sup>; Magagnin, C.M.<sup>1,2</sup>; Heidrich, D.<sup>1,2</sup>; Ramírez Castrillón, M.<sup>1</sup>; Camargo Mendes, S.D.<sup>1</sup>; Vettorato, G.<sup>3</sup>; Valente P.<sup>2</sup>; Scroferneker, M. L.<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Laboratório de Fungos Patogênicos, Departamento de Microbiologia, Instituto de Ciências Básicas da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS; <sup>2</sup> PPG em Medicina: Ciências Médicas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS; <sup>3</sup> Serviço de Dermatologia, Complexo Hospitalar Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, Brasil, RS.

## INTRODUÇÃO

A cromoblastomicose é uma micose crônica que acomete a pele e o tecido subcutâneo [1-2]. A terapia para esta infecção é um desafio, pois não existe consenso com relação a um tratamento de escolha. **Relato de caso:** paciente de 69 anos foi encaminhado ao Serviço de Dermatologia do Complexo Hospitalar Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, em janeiro de 2011, apresentando lesões na perna e pé esquerdos (Fig. 1a e 1b), com diagnóstico de cromoblastomicose. Anteriormente ao encaminhamento, o paciente já havia sido tratado com itraconazol, apresentando melhora. Porém, houve recidiva das lesões, sendo retomado o tratamento com itraconazol na dosagem de 200mg/dia. No Serviço de Dermatologia, para confirmação do diagnóstico, foi realizado exame micológico direto, onde foi verificada a presença de células escleróticas nos tecidos (Fig. 1c). Também foram realizados a cultura e o microcultivo, através dos quais identificou-se que o isolado era pertencente ao gênero *Fonsecaea*.

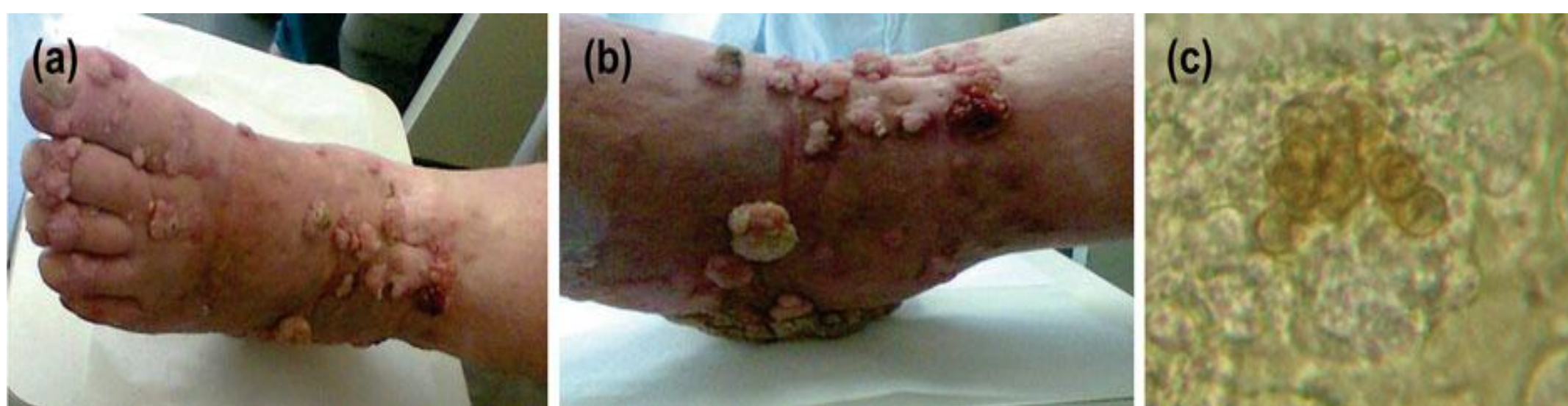


Figura 1: Lesões nodulares presentes no pé do paciente (a e b) e estruturas (células escleróticas ou muriformes) encontradas no exame micológico direto as quais caracterizam a cromoblastomicose (c).

## MATERIAIS E MÉTODOS

A identificação molecular foi realizada através do sequenciamento da região ITS1-5.8S rDNA-ITS2, utilizando-se os primers ITS1 e ITS4. Os alinhamentos e a árvore filogenética foram obtidos através do programa MEGA 5. Sequências adicionais foram obtidas no Genbank. A atividade antifúngica foi realizada conforme o documento M38-A2 do *Clinical and Laboratory Standards Institute* e feita a avaliação, paralelamente, das combinações dos antifúngicos através da técnica de tabuleiro de xadrez.

## OBJETIVO

O objetivo deste trabalho foi identificar molecularmente o isolado clínico do gênero *Fonsecaea* obtido após a recidiva e avaliar sua suscetibilidade aos antifúngicos, quando empregados de forma isolada ou em combinação.

## RESULTADOS

Através da análise filogenética (Fig. 2) o isolado foi identificado como *F. monophora*.

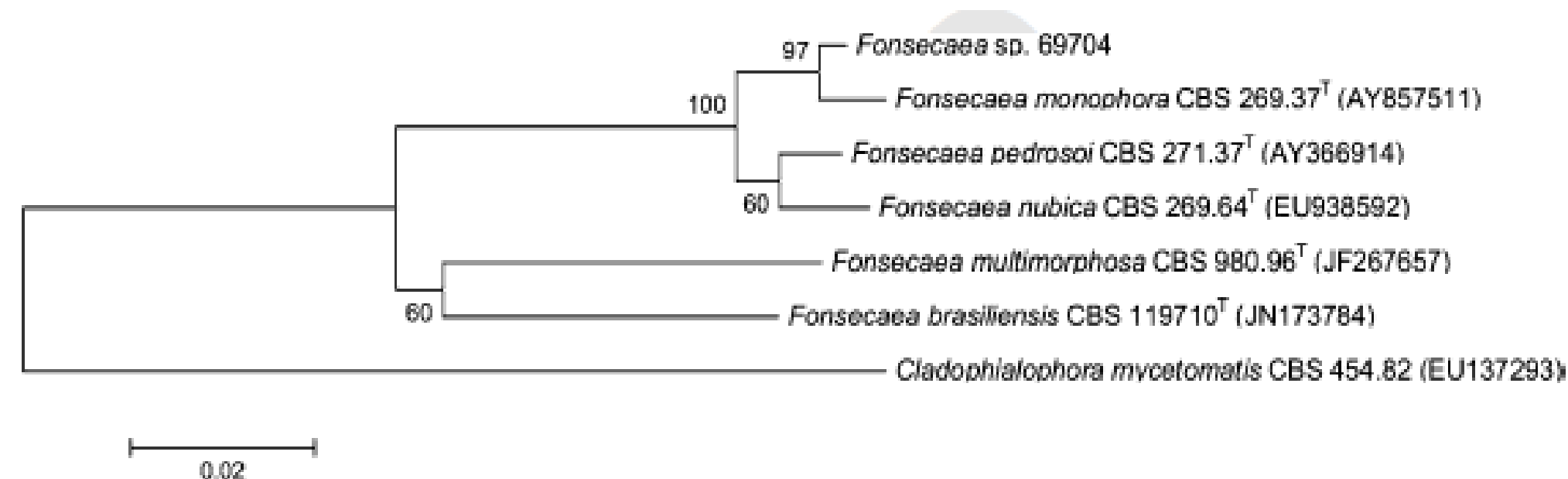


Figura 2. Árvore ITS mostrando a relação filogenética do gênero *Fonsecaea*, utilizando MEGA 5.0.

O isolado foi suscetível igualmente ao itraconazol e à terbinafina, com concentração inibitória mínima (CIM) de 0,125 µg/mL, seguido pelo voriconazol (CIM=1µg/mL) e pela anfotericina B (CIM=2µg/mL). As combinações terbinafina com anfotericina B e terbinafina com voriconazol mostraram-se sinérgicas (Tabela 1).

Tabela 1: Valores de índice fracionário de concentração inibitória obtidos em diferentes combinações para o isolado clínico de *Fonsecaea monophora*.

	AFB - TRB	VRZ - TRB	ITZ - TRB
IFCI	0,023	0,37	1,25
	AFB - VRZ	AFB - ITZ	ITZ - VRZ
IFCI	0,61	0,62	0,61

## CONCLUSÕES

A utilização alternada de antifúngicos ou a utilização conjunta de antifúngicos com atividade sinérgica, como por exemplo a combinação de anfotericina B e terbinafina, a qual apresentou o melhor resultado, são maneiras de evitar o problema de recidivas desta micose. Este é o primeiro relato de recidiva por *F. monophora* no Brasil.

## REFERÊNCIAS

- Queiroz-Telles F, Esterre P, Perez-Blanco M *et al.* Chromoblastomycosis: an overview of clinical manifestations, diagnosis and treatment. *Med Mycol.* 2009; 47(1): 3-15.
- Ameen M. Managing chromoblastomycosis. *Trop Doct.* 2010; 40: 65-7.