



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA

RAPHAEL SIMIOLI DA PAZ OLIVEIRA

**CROMOMICOSE: NEM CLÍNICA COMUM, NEM LÂMINA COMUM
UM RELATO DE CASO COM NOVOS DESTAQUES**

São Luís

2017

RAPHAEL SIMIOLI DA PAZ OLIVEIRA

**CROMOMICOSE: NEM CLÍNICA COMUM, NEM LÂMINA COMUM
UM RELATO DE CASO COM NOVOS DESTAQUES**

Trabalho de conclusão de curso de graduação apresentado à
Universidade Federal do Maranhão como pré-requisito para
a obtenção do grau de médico.

Orientadora: Prof.^a Dra. Conceição de M^a Pedrozo e Silva
de Azevedo

São Luís

2017

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).
Núcleo Integrado de Bibliotecas/UFMA

Simioli da Paz Oliveira, Raphael.

Cromomicose : nem clínica comum, nem lâmina comum - Um relato de caso com novos destaques / Raphael Simioli da Paz Oliveira. - 2017.

41 f.

Orientador(a): Conceição de Maria Pedrozo e Silva de Azevedo.

Curso de Medicina, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2017.

1. Cisto sinovial. 2. Cromoblastomicose. 3. Dermatite verrucosa. 4. Diagnóstico diferencial. 5. Granuloma piogênico. I. Pedrozo e Silva de Azevedo, Conceição de Maria. II. Título.

RAPHAEL SIMIOLI DA PAZ OLIVEIRA

**CROMOMICOSE: NEM CLÍNICA COMUM, NEM LÂMINA COMUM
UM RELATO DE CASO COM NOVOS DESTAQUES**

Trabalho de conclusão de curso de graduação apresentado à Universidade Federal do Maranhão como pré-requisito para a obtenção do grau de médico.

Aprovado em: ____ de _____ de ____.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dra. Conceição de M^a Pedrozo e Silva de Azevedo - Orientadora
Universidade Federal do Maranhão

Prof.^a Dra. Rosângela Cipriano de Souza – Examinadora I
Universidade Federal do Maranhão

Prof.^a Dra. Kátia Lima Andrade – Examinadora II
Universidade Federal do Maranhão

Prof. Dr. Ivan Abreu Figueiredo – Examinador III
Universidade Federal do Maranhão

A todos aqueles que, por conta de onde e quando nasceram, nunca cogitaram acessar o ensino superior. Que saibamos construir uma sociedade onde isso seja passado.

AGRADECIMENTOS

À boa sorte, tudo, a ela, agradeço.

À boa sorte de ter nascido num local com moradia digna, com energia elétrica, água encanada potável e coleta de lixo. Além de nunca ter tido que me preocupar se teria alimento no outro dia. Tudo isso importa.

À boa sorte de ter sido criado dentro de uma família estruturada, unida e amorosa, que construiu boa parte do meu ser, especialmente minhas avós Lurdes Silva e Liane Simioli, e meus genitores Maria Leonete e Gilberto Silva. A eles tudo devo.

À boa sorte de ter podido desenvolver o intelecto por meio de instituições de boa qualidade durante quase toda a minha educação básica, o que teve enorme impacto sobre minha trajetória.

À boa sorte de ter sabido construir grandes amizades durante a vida, com ênfase especial a meus grandes amigos e compadres Ahmed Taha e Orlando Peralta; também ao meu primo Saulo Seregatte, por quem nutro profundo e sincero sentimento fraterno.

À boa sorte de ter ganhado pais adotivos, que a vida me proporcionou e que me alicerçaram quando outros não o fariam e sem os quais, sem dúvidas, minha jornada teria sido completamente outra. São eles: Robson Araújo, Adão Pereira e Inez Martins.

À boa sorte de ter conhecido minha esposa, Beatriz Oliveira, minha grande paixão, pessoa por quem não consigo descrever com palavras o tamanho do amor e gratidão que sinto pela sua presença em minha vida. O maior presente que a vida já me deu! Que estejamos juntos até o fim desta caminhada terrena!

À boa sorte de ter construído boas amizades durante a graduação, em especial Karinna Paiva, Murilo Caetano, Jade Mendonça, Renato Gaspar, Andrieli Barros, Tâmara Santiago, Adriano Cotrim, Sara Aparecida e Valdir Alves.

À boa sorte de ter ingressado em uma universidade constituída por excelentes profissionais, cujo corpo docente conta com professores quem ensinam, inspiram e são verdadeiros exemplos para seus alunos. Refiro-me, sobretudo, à minha orientadora, Professora Conceição Pedrozo, pelo exemplo de profissional e de ser humano. Obrigado!

Enfim, à boa sorte, agradeço.

*O que for a profundezza do teu ser, assim será teu desejo.
O que for o teu desejo, assim será tua vontade.
O que for a tua vontade, assim serão teus atos.
O que forem teus atos, assim será teu destino.*

Brihadaranyaka Upanishad

RESUMO

Introdução: Os autores apresentam um caso de cromomicose com manifestações clínicas absolutamente atípicas, em forma de cisto íntegro, inicialmente diagnosticado e tratado como cisto sinovial. Essa enfermidade, comumente referida como cromoblastomicose, se trata de uma micose profunda causada por fungos demáceos, de aspectos clínicos e sociodemográficos já bem descritos na literatura médica e cujo agente etiológico mais expressivo é designado por *Fonsecaea pedrosoi*. Após exérese da lesão cística, e verificação de material necrótico, foi realizado diagnóstico de cromomicose por meio de estudo histopatológico do conteúdo granulomatoso contido na lesão. Assim, se reacende a discussão acerca de sua forma cística e a relevância de aventar a cromoblastomicose como diagnóstico diferencial de cistos solitários originados a partir de ferimento transcutâneo prévio no local. **Objetivo:** Contribuir com a literatura médica concernente à cromoblastomicose por meio do relato de um caso que traz achados atípicos e retoma antigos debates. **Métodos:** Trabalho do tipo observacional descritivo em forma de relato de caso, conduzido na cidade de São Luís – MA, cuja coleta de dados se deu no âmbito do serviço privado de saúde e tem aprovação por meio de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Presidente Dutra. **Resultados e conclusão:** Apesar da cromomicose se tratar de doença com características clínicas, histológicas e epidemiológicas bem conhecidas, ainda deparamo-nos com casos que desafiam seus examinadores quanto ao diagnóstico e conduta mais acertados. Para além disso, se reacende a discussão de longa data que gira em torno da classificação da rara forma cística da cromomicose, o que põe em xeque a sinonímia dos termos comumente designados a esta doença.

Palavras-chave: Cromoblastomicose; Dermatite verrucosa; Granuloma piogênico; Cisto sinovial; Diagnóstico diferencial.

ABSTRACT

Introduction: The authors present a case of chromomycosis whose clinical manifestations are completely atypical, forming an intact cyst, initially diagnosed and treated as a synovial cyst. This disease, commonly referred as chromoblastomycosis, is a deep mycosis caused by dematoc fungi, has clinical and sociodemographic aspects already well described in the medical literature and the most expressive etiological agent is called *Fonsecaea pedrosoi*. After excision of the cystic lesion and noticing necrotic material, a diagnosis was defined by means of a histopathological study of the granulomatous content inside the lesion. Thus, it reignites the discussion about its cystic form and the relevance of considering chromoblastomycosis as a differential diagnosis for solitary intact cysts originating from previous transcutaneous injury at the same site. **Objective:** To make contributions to the medical literature concerning chromomycosis by reporting a clinical case that brings up atypical findings and revives old debates. **Method:** The study was conducted by means of a descriptive observational design, using the case report format, which was conducted in São Luís, MA, Brazil, whose data collecting happened among private health care services and approval comes from Presidente Dutra Teaching Hospital's Ethics Committee. **Results and Conclusion:** Although chromomycosis is a well-known disease, in terms of clinics, histology and epidemiology, we still face cases which defy its examiners to have in mind the most accurate diagnosis and therapeutics. Furthermore, it reignites, by the disclosure of this paper, the long-term discussion around the rare cystic form for chromomycosis, what sets new questions about the synonymy commonly used to refer to this disease.

Keywords: Chromomycosis; Dermatitis verrucosa; Pyogenic granuloma; Synovial cyst; Differential diagnosis.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Exemplificação ilustrativa da cromoblastomicose.....	20
Figura 2 – Fotografias da lesão <i>in situ</i>	21
Figura 3 – Estudo radiológico do cisto cromomicótico.....	21
Figura 4 – Exame histopatológico do material.....	22

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 JUSTIFICATIVA	13
3 OBJETIVO	14
4 MÉTODOS.....	15
4.1 DESENHO DO ESTUDO	15
4.2 LOCAL E PERÍODO DO ESTUDO	15
4.3 AMOSTRA.....	15
4.4 COLETA DE DADOS E ASPECTOS ÉTICOS.....	15
5 ARTIGO CIENTÍFICO.....	17
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	25
REFERÊNCIAS	26
APÊNDICE I: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	27
ANEXO I: NORMAS DE PUBLICAÇÃO DO PERIÓDICO ANAIS BRASILEIROS DE DERMATOLOGIA	29
ANEXO II: DECLARAÇÃO DE CONFLITOS DE INTERESSE.....	38

1 INTRODUÇÃO

Descrita pela primeira vez no Brasil, em 1914, no estado de São Paulo^(1,2), a cromomicose se trata de uma micose profunda (doença fúngica que pode afetar pele e tecido celular subcutâneo), de aspecto polimorfo, que ocorre em todos os continentes e, particularmente, em zonas úmidas de regiões tropicais e subtropicais, tendo, no Brasil, endemismo expoente na região amazônica^(1,2,3,4,5).

Também conhecida como cromoblastomicose, doença de Fonseca, doença de Pedroso, dermatite verrucosa cromomicroótica, entre outras nomenclaturas^(1,4), é classificada dentre as Micoses Subcutâneas Causadas por Fungos Demáceos (MSCFD)⁽⁵⁾, e se difere das demais por apresentar, à microscopia, corpos fumagoides, achado patognomônico da cromomicose. Também chamados de corpos muriformes, correspondem à forma parasítica dos fungos demáceos e se configuram como células escleróticas, septadas em dois planos, medindo entre 5 e 12 micrômetros de diâmetro, de paredes espessas, densamente acastanhadas devido à melanina em sua parede celular, por vezes em reprodução binária e representam critério diagnóstico absoluto quando encontradas em exame histopatológico^(5,6).

A doença é usualmente relacionada ao trabalho rural, ao sexo masculino, à idade avançada (a partir da quarta década de vida), a regiões de baixos índices socioeconômicos, a um longo período de evolução de doença, e ao acometimento de membros, principalmente inferiores^(1,2,3,4). Os possíveis agentes etiológicos são leveduras negras, que habitam o solo e vegetais (fungos geofílicos)⁽⁵⁾, pertencentes aos gêneros *Phialophora*, *Cladophialophora*, *Rhinochrysiella*, *Exophiala* e *Fonsecaea*^(1,2,3,4), de forma que o fungo denominado *Fonsecaea pedrosoi* representa o principal agente causador desta moléstia em nosso país^(1,3,4).

Os casos descritos na literatura caracterizam-se por iniciarem a partir de lesão traumática transcutânea prévia com madeira e/ou outras estruturas vegetais^(1,2), com consequente inoculação de conídios e micélios destes fungos. Evoluem com apresentação típica, se manifestando como nódulos e/ou pápulas verruco-eritematosas; mas que podem, porém, desenvolver graves complicações, tais como erisipela, linfedema, elefantíase e ainda carcinoma espinocelular^(1,2,3,4).

O diagnóstico pode ser feito através de estudo histopatológico e/ou micológico direto, associados ou não à cultura do material^(1,2,4,6,7,8). Seu tratamento é considerado laborioso e um desafio clínico. Ainda não está determinado um “tratamento de escolha” na literatura atual, mas uma combinação de tratamentos possíveis, individualizados a partir da apresentação de cada caso^(1,4,5,8). Comumente se lança mão de drogas de uso oral (itraconazol,

anfotericina B, terbinafina, 5-fluorocitosina) e/ou de aplicação local, além de crioterapia e exérese cirúrgica, sejam eles isolados ou associados entre si^(1,2,3,4,5,8).

2 JUSTIFICATIVA

As micoses profundas, apesar de intimamente relacionadas a áreas de subdesenvolvimento socioeconômico, já foram extensamente analisadas e caracterizadas através de estudos conduzidos em diversos continentes. A cromomicose, propriamente dita, é conhecida na literatura médica há pelo menos um século. Contudo, devido à plasticidade de seus agentes etiológicos, com destaque para os fungos demáceos, ainda é mantida a riqueza de temas a serem discutidos, no que dizem respeito a esse grupo de doenças.

Nesse contexto, é de suma importância a divulgação dos casos que ainda surpreendem mesmo os pesquisadores mais experientes. Além disso, por conta do entrelace existente entre as micoses por fungos negros, ainda discutido atualmente, se faz necessária a correta classificação dos casos dentre essas entidades nosológicas. O que torna pertinente o questionamento a respeito dos termos que são normalmente utilizados para designá-las, a fim de melhor descrever e caracterizar cada uma destas doenças, adequando a terminologia de modo a especificar suas formas de apresentação, levando em conta até seus aspectos mais raros.

3 OBJETIVO

Contribuir com o enriquecimento da literatura, a respeito de micoses profundas, por meio do relato de um caso de cromomicose, cuja apresentação clínica destoa por completo do que é usualmente descrito e/ou registrado na literatura médica até a presente data.

4 MÉTODOS

4.1 DESENHO DO ESTUDO

Estudo observacional descritivo tipo Relato de Caso, se utilizando de informações obtidas diretamente com o paciente.

4.2 LOCAL E PERÍODO DO ESTUDO

Este trabalho foi realizado na cidade de São Luís - MA, através da Universidade Federal do Maranhão (UFMA), e teve sua coleta de dados restrita ao âmbito do serviço privado de saúde. O trabalho foi desenvolvido ao longo de 3 meses, tendo aprovação vinculada ao parecer nº 1.276.342 do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão.

4.3 AMOSTRA

Um único indivíduo, masculino, 55 anos de idade, morador de São Luís – MA, portador da forma cística de cromomicose.

4.4 COLETA DE DADOS E ASPECTOS ÉTICOS

Os dados necessários para a confecção deste estudo foram coletados a partir do registro em clínica pertencente ao serviço privado de saúde, e a partir do relato do próprio paciente, cujo caso é tema deste trabalho.

A coleta dos dados em questão foi feita por médica epidemiologista e um aluno de graduação do curso de Medicina. Este trabalho tem vinculação a parecer aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão conforme resolução n.º 466/2012.

Houve aplicação de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e os dados foram colhidos após autorização e anuência do paciente. A voluntariedade da participação e os objetivos do estudo foram expostos e ressaltados. O paciente obteve esclarecimento acerca dos riscos e benefícios oriundos do estudo, tendo total oportunidade de esclarecer suas dúvidas. Foram tomadas todas as medidas de proteção à confidencialidade, de modo que está

vedada a identificação do paciente. Bem como, o mesmo se encontra livre para desistir de cooperar ou autorizar publicação de seu caso, com a garantia que isso não afetará em nada a assistência recebida.

Este caso clínico terá seu relato submetido a publicação em periódico indexado, por conta de seus aspectos inusitados e sua riqueza de detalhes, a fim de contribuir com a literatura e posteriores diagnósticos e tratamentos. Além disso, este estudo é apresentado como Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação para obtenção do grau de médico pela Universidade Federal do Maranhão.

5 ARTIGO CIENTÍFICO

CROMOMICOSE: NEM CLÍNICA COMUM, NEM LÂMINA COMUM UM RELATO DE CASO COM NOVOS DESTAQUES

Parecer nº 1.276.342 CEP do HUUFMA

Declaro que não há conflitos de interesses entre os autores do artigo, sendo desenvolvido como trabalho de conclusão de curso de graduação para obtenção do grau de médico pela Universidade Federal do Maranhão

Raphael Simioli da Paz Oliveira

Acadêmico de Medicina da Universidade Federal Do Maranhão

E-mail: dapazraphael@gmail.com. Telefone: (98) 98136 – 1900

Conceição de Maria Pedrozo e Silva de Azevedo

Professora Adjunta do Curso de Medicina da Universidade Federal do Maranhão

Contagem de palavras: Resumo contado em 120 palavras. Artigo contado em 999 palavras.

Número de figuras: 4

Cromomicose: Nem clínica comum, nem lâmina comum

Um relato de caso com novos destaques

Chromomycosis: Nor common clinics, nor common slide

A case report with new highlights

Raphael Simioli da Paz Oliveira¹, Sirley Garcia Marques², Pablo Gustavo Ribeiro Furtado³, Conceição de Maria Pedrozo e Silva de Azevedo¹

Resumo: Os autores apresentam um caso de cromomicose com manifestações clínicas absolutamente atípicas, em forma de cisto íntegro, inicialmente diagnosticado e tratado como cisto sinovial. Essa enfermidade, comumente referida como cromoblastomicose, se trata de uma micose profunda causada por fungos demáceos, de aspectos clínicos e sociodemográficos já bem descritos na literatura médica e cujo agente etiológico mais expressivo é designado por *Fonsecaea pedrosoi*. Após exérese da lesão cística, e verificação de material necrótico, foi realizado diagnóstico de cromomicose por meio de estudo histopatológico do conteúdo granulomatoso contido na lesão. Assim, se reacende a discussão acerca de sua forma cística e a relevância de aventar a cromoblastomicose como diagnóstico diferencial de cistos solitários originados a partir de ferimento transcutâneo prévio no local.

Palavras-chave: Cromoblastomicose; Dermatite verrucosa; Granuloma piogênico; Cisto sinovial; Diagnóstico diferencial.

Abstract: The authors present a case of chromomycosis whose clinical manifestations are completely atypical, forming an intact cyst, initially diagnosed and treated as a synovial cyst. This disease, commonly referred as chromoblastomycosis, is a deep mycosis caused by dematoc fungi, has clinical and sociodemographic aspects already well described in the medical literature and the most expressive etiological agent is called *Fonsecaea pedrosoi*. After excision of the cystic lesion and noticing necrotic material, a diagnosis was defined by means of a histopathological study of the granulomatous content inside the lesion. Thus, it reignites the discussion about its cystic form and the relevance of considering chromoblastomycosis as a differential diagnosis for solitary intact cysts originating from previous transcutaneous injury at the same site.

Keywords: Chromomycosis; Dermatitis verrucosa; Pyogenic granuloma; Synovial cyst; Differential diagnosis.

¹ Universidade Federal do Maranhão

² Hospital Universitário Presidente Dutra

³ Laboratório Cedro Ltda.

Introdução

Descrita pela primeira vez no Brasil, em 1914, no estado de São Paulo^(1,2), a cromomicose se trata de uma micose profunda (doença fúngica que pode afetar pele e tecido celular subcutâneo), de aspecto polimorfo, que ocorre em todos os continentes e, particularmente, em zonas úmidas de regiões tropicais e subtropicais, tendo, no Brasil, endemismo expoente na região amazônica^(1,2,3,4,5).

Também conhecida como cromoblastomicose, doença de Fonseca, doença de Pedroso, dermatite verrucosa cromomicótica, dentre outras nomenclaturas^(1,4), é classificada dentre as Micoses Subcutâneas Causadas por Fungos Demáceos (MSCFD)⁽⁵⁾, e se difere das demais por apresentar, à microscopia, corpos fumagoides, achado patognomônico de cromoblastomicose. Também chamados de corpos muriformes, correspondem à forma parasítica dos fungos demáceos e se configuram como células escleróticas, septadas em dois planos, medindo entre 5 e 12 micrômetros de diâmetro, de paredes espessas, densamente acastanhadas devido à melanina em sua parede celular, por vezes em reprodução binária e representam critério diagnóstico absoluto quando encontradas em exame histopatológico^(5,6).

A doença é usualmente relacionada ao trabalho rural, ao sexo masculino, à idade avançada (a partir da quarta década de vida), a regiões de baixos índices socioeconômicos, a um longo período de evolução de doença, e ao acometimento de membros, principalmente inferiores^(1,2,3,4). Os possíveis agentes etiológicos são leveduras negras, que habitam o solo e vegetais (fungos geofílicos)⁽⁵⁾, pertencentes aos gêneros *Phialophora*, *Cladophialophora*, *Rhinocladiella*, *Exophiala* e *Fonsecaea*^(1,2,3,4), de forma que o fungo denominado *Fonsecaea pedrosoi* representa o principal agente causador desta moléstia em nosso país^(1,3,4).

Os casos descritos na literatura caracterizam-se por iniciarem a partir de lesão traumática transcutânea prévia com madeira e/ou outras estruturas vegetais^(1,2), com consequente inoculação de conídios e micélios destes fungos. Evoluem com apresentação típica, se manifestando como nódulos e/ou pápulas verruco-eritematosas; podendo, porém, desenvolver severas complicações, tais como erisipela, linfedema, elefantíase e ainda carcinoma espinocelular^(1,2,3,4) (Figura 1).

O diagnóstico pode ser feito através de estudo histopatológico e/ou micológico direto, associados ou não à cultura do material^(1,2,4,6,7,8). Seu tratamento é considerado laborioso e um desafio clínico. Ainda não está determinado um “tratamento de escolha” na literatura atual, mas uma combinação de tratamentos possíveis, individualizados a partir da apresentação de cada caso^(1,4,5,8). Comumente se lança mão de drogas de uso oral (itraconazol, anfotericina B,

terbinafina, 5-fluorocitosina) e/ou de aplicação local, além de crioterapia e exérese cirúrgica, sejam eles isolados ou associados entre si^(1,2,3,4,5,8).

Figura 1. Exemplificação ilustrativa da cromoblastomicose. **A.** Exemplo de evolução inusitada com formação de placas vegetantes isoladas e crostosas, muito responsivas à crioterapia. **B e C.** Imagens de manifestações clínicas típicas de cromoblastomicose, com especial destaque à intensa fibrose tecidual perceptível a olho nu. **D.** Variação de evolução crônica da doença (cerca de 30 anos) em MID, com intenso linfedema, ulcerações e vasta infecção secundária por bactérias e outros fungos.



Fonte: acervo dos autores.

Isto posto, os autores objetivam contribuir com a literatura médica a respeito desta micose, por meio deste relato de caso cujos achados clínicos e histopatológicos destoam do que é descrito, trazendo novos destaques à cromomicose, juntamente com esta breve revisão de literatura.

Relato do caso

Paciente masculino, 55 anos, faioderma, procurou serviço privado de ortopedia, em setembro de 2015, com queixa de lesão cística em face plantar de pé esquerdo, entre 4º e 5º pododáctilos (Figura 2), surgida havia cerca de 4 meses. Segundo relato, tal lesão surgiu após estada em área rural próxima a Pirapemas - MA, e, cerca de duas semanas após seu início, houve retirada de material vegetal da lesão pelo próprio paciente. Evoluiu a princípio pouco sintomática, com formação nodular, endurecida, indolor e sem flogoses. Após 60 dias,

subsequente a trauma mecânico local, evoluiu com formação de aspecto cístico, associada a edema e sinais flogísticos.

Figura 2. Imagens da lesão *in situ*. **A.** Imagem da lesão quando da primeira consulta ao ortopedista. **B.** Evolução cerca de 7 dias após exérese. **C.** Registro da lesão após dois meses. **D.** Aspecto local no dia de sua alta clínica.



Fonte: acervo dos autores.

Passados 120 dias do início da lesão, por meio de investigação radiológica, foi realizada ressonância magnética (Figura 3) que evidenciou formação cística ovalada em

Figura 3. Estudo radiológico do cisto cromomicótico. **A.** Visualização da lesão por meio de ressonância magnética, em corte coronal. **B.** Localização da lesão e suas relações com planos profundos do espaço interdigital em face plantar de pé esquerdo.

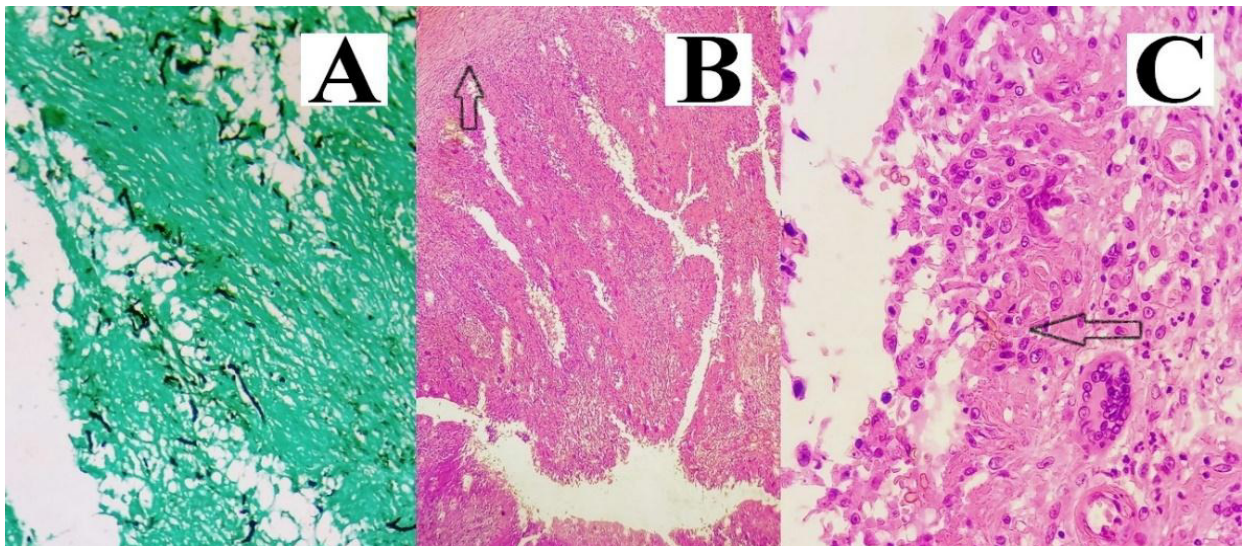


Fonte: acervo dos autores.

subcutâneo local, medindo 2,4 x 1,6 x 1,4 cm, circunscrita, com paredes regulares e captantes de meio de contraste; o que, segundo laudo, poderia corresponder a cisto de bainha sinovial.

Foi determinado o tratamento cirúrgico, sendo realizada a exérese do cisto. Contudo, após estudo histopatológico do material, foi verificada a presença de alta carga fúngica (Figura 4), associada a intensa formação granulomatosa, além de corpos fumagoides; a partir do que, foi estabelecido o diagnóstico de cromoblastomicose.

Figura 4. Exame histopatológico do material. **A.** A coloração pela prata metanamina realça o marcado número de hifas com formas alongadas, ora maiores, ora menores, destacadas em cor preta. (Prata metanamina, 200 x). **B.** Foto em visão panorâmica em que se observa a natureza cística da lesão: periferia com fibrose (seta) e porção central com áreas claras envoltas por processo inflamatório granulomatoso. (Hematoxilina-eosina, 50x). **C.** Foto em maior aumento revelando, em detalhes, o processo inflamatório que predomina na lesão: granulomatoso; constituído ora por células gigantes multinucleadas, ora por granulomas epitelioides. Há escassos focos de necrose. Eventualmente se observa neutrófilos degenerados e raras células linfomononucleares. Na porção central, em destaque (seta), amostra de cromomicose com seu característico pigmento marrom-dourado (Hematoxilina-eosina, 400x).



Fonte: acervo dos autores.

Por consequência disto, foi encaminhado a serviço privado de infectologia, por meio do qual recebeu tratamento específico (Itraconazol 200mg/dia, via oral) ao longo de dois anos.

Recebeu alta clínica, após verificação de citocinas séricas negativadas, em 29 de outubro de 2017; última ocasião em que foi fotografada a região onde existiu o ferimento.

Discussão

Apesar da peculiaridade já conhecida da cromoblastomicose, perfeitamente diagnosticável clinicamente por olhos treinados, ela pode se enredar pelas mais variadas evoluções e desfechos. E, passados 103 anos desde sua primeira descrição oficial, ainda

deparamo-nos com manifestações suas que trazem novos desafios diagnósticos, além de ressaltar sua complexidade e diversidade terapêuticas; haja vista que, neste caso, por se tratar de lesão com bordas plenamente nítidas e bem definidas, a exérese cirúrgica representa notável opção de abordagem terapêutica. Ademais, a partir de um diagnóstico como esse, se reanima a discussão em torno de suas características à microscopia, ratificando sua multiplicidade de padrões histológicos⁽⁹⁾.

Aqui, trazemos achados de natureza cística, com pequeno infiltrado linfoplasmocitário, alta carga fúngica, vasta presença de granuloma epitelióide e poucos neutrófilos. Dados que destoam dos achados mais comuns em grandes estudos recentes^(1,8). Contudo reitera seu padrão essencialmente granulomatoso, com intensa presença de células gigantes multinucleadas, microabscessos, os patognomônicos corpos escleróticos, e fibrose periférica, como já descrito na literatura a esse respeito.

A forma cística é debatida há ao menos 40 anos, havendo inclusive sugestão na literatura de se referir a essa forma de apresentação como “cromomicose cística” a fim de não confundi-la com cromoblastomicose⁽¹⁰⁾. Assim, o termo “cromomicose” seria mais amplo e determinaria uma referência genérica a qualquer infecção por levedura negra onde o agente seja encontrado em sua forma parasítica (muriforme); enquanto que “cromoblastomicose” seria reservada apenas para a forma mais comum de apresentação da doença: a forma cutânea/verrucosa. Dessa forma, haveria uma disjunção, não somente dos vocábulos “cromomicose” e “cromoblastomicose”, mas, também, entre suas classificações nosológicas.

A partir da perspectiva que estes dois termos (cromomicose e cromoblastomicose) são empregados, internacionalmente, como sinônimos, se faz relevante uma discussão mais aprimorada voltada a essa questão. Apesar disso, há pouquíssimos relatos e outros trabalhos, desde então, que descrevam essa forma da doença e que contribuam para esta discussão que, nitidamente, trespassa a questão de mera nomenclatura.

Referências

1. Correia RT, Valente N, Criado PR, Martins JE. Cromoblastomicose: relato de 27 casos e revisão da literatura. *Anais Brasileiros de Dermatologia*. 2010;85(4):448-54.
2. de Almeida AP, de Faria Gomes NM, de Almeida LM. Cromomicose: relato de caso e revisão da literatura. *Rev Soc Bras Clin Med*. 2014 Jan;12(1):69-71.
3. Santos AL, Palmeira VF, Rozental S, Kneipp LF, Nimrichter L, Alviano DS, Rodrigues ML, Alviano CS. Biology and pathogenesis of *Fonsecaea pedrosoi*, the major

etiologic agent of chromoblastomycosis. *FEMS microbiology reviews*. 2007 Jul 23;31(5):570-91.

4. Silva AC, Serra Neto A, Galvão CE, Marques SG, Saldanha AC, Silva CD, Fischman O, Silva RR, Costa MD, Costa JM. Cromoblastomicose produzida por *Fonsecaea pedrosoi* no Estado do Maranhão. I-Aspectos clínicos, epidemiológicos e evolutivos. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*. 1992 Mar;25(1):37-44.

5. Verrinder Veasey J, Jabur da Cunha JA, Pipa M, Russo Zukanovich Funchal C, Facchini Lellis R. Tratamento cirúrgico e seguimento a longo prazo das micoses subcutâneas causadas por fungos demáceos: cromoblastomicose, feoifomicose e eumicetoma. *Surgical & Cosmetic Dermatology*. 2017;9(1).

6. Bittencourt AL, Londero AT, Andrade JA. Auricular chromoblastomycosis: case report. *Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo*. 1994 Aug;36(4):381-3.

7. Matte SM, Lopes JO, Melo IS, Espadim LE, Pinto MS. Cromoblastomicose no Rio Grande do Sul: relato de 12 casos. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*. 1997 Aug;30(4):309-11.

8. Queiroz-Telles F, Esterre P, Perez-Blanco M, Vitale RG, Salgado CG, Bonifaz A. Chromoblastomycosis: an overview of clinical manifestations, diagnosis and treatment. *Medical mycology*. 2009 Jan 1;47(1):3-15.

9. Almanza AM, Guerreiro V, Flôres CK, Minotto R, Edelweiss MI. Estudo anatomopatológico de casos de Cromoblastomicose: a existência de diferentes padrões granulomatosos. *Salão de Iniciação Científica (13.: 2001: Porto Alegre)*. Livro de resumos. Porto Alegre: UFRGS, 2001.. 2001.

10. Weedon D, Ritchie G. Cystic chromomycosis of the skin. *Pathology*. 1979 Jan 1;11(3):389-92.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A medicina é um ramo da ciência que instiga, desafia, surpreende e suscita curiosidades. No que tange à cromomicose, é sabida sua relação com infecções originadas a partir de lesões ocorridas em áreas rurais da faixa tropical do globo. Logo, fica clara a importância do raciocínio clínico guiado a partir de uma anamnese bem colhida para que, uma vez que haja história compatível, seja possível cogitar a possibilidade de afecções fúngicas; mesmo diante das lesões e apresentações mais improváveis, como lesões císticas e solitárias com pele íntegra no local.

A cromomicose, por sua vez, se apresenta como particular desafio nesse contexto. A sua forma cística, apesar de não se manifestar como uma forma grave da doença, desafia o examinador por destoar completamente do que é conhecido, seja em termos de comensais clínicos, duração da doença ou padrão anatomo-histológico; de forma que só nos assegura sua identidade devido à essencial e indiscutível presença da forma parasítica (muriforme) do agente etiológico no sítio da lesão.

Por fim, a forma cística remete à atual discussão a respeito do tratamento ideal da cromomicose, mais uma vez reafirmada a pertinência de se individualizar o tratamento caso a caso. Neste, considerando sua apresentação em forma de cisto, solitário e bem delimitado, a opção cirúrgica – mesmo que utilizada a princípio e por engano como tratamento de cisto sinovial – se mostra como excelente opção terapêutica inicial. Afinal, nesta forma da doença, a infecção está contida apenas internamente à lesão e sem nenhuma disseminação aparente. No entanto, pela menor possibilidade de disseminação local, se opta pela manutenção de antifúngico oral até a erradicação completa do fungo no corpo do indivíduo hospedeiro.

Além disso, fica ressaltado o questionamento acerca da classificação da doença e dos termos comumente designados a ela.

REFERÊNCIAS

- ALMANZA, Angela Maria da GA et al. Estudo anatomopatológico de casos de Cromoblastomicose: a existência de diferentes padrões granulomatosos. **Salão de Iniciação Científica (13.: 2001: Porto Alegre). Livro de resumos. Porto Alegre: UFRGS, 2001.**, 2001.
- BITTENCOURT, Achiléa Lisboa; LONDERO, Alberto T.; ANDRADE, Jacy AF. Auricular chromoblastomycosis: case report. **Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo**, v. 36, n. 4, p. 381-383, 1994.
- CORREIA, Rafaela Teixeira Marinho et al. Cromoblastomicose: relato de 27 casos e revisão da literatura. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, v. 85, n. 4, p. 448-454, 2010.
- DE ALMEIDA, Ana Paula Moura et al. Cromomicose: relato de caso e revisão da literatura. **Rev Soc Bras Clin Med**, v. 12, n. 1, p. 69-71, 2014.
- MATTE, Shirley MW et al. Cromoblastomicose no Rio Grande do Sul: relato de 12 casos. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 30, n. 4, p. 309-311, 1997.
- QUEIROZ-TELLES, Flavio et al. Chromoblastomycosis: an overview of clinical manifestations, diagnosis and treatment. **Medical mycology**, v. 47, n. 1, p. 3-15, 2009.
- SANTOS, André LS et al. Biology and pathogenesis of *Fonsecaea pedrosoi*, the major etiologic agent of chromoblastomycosis. **FEMS microbiology reviews**, v. 31, n. 5, p. 570-591, 2007.
- SILVA, Ana Carla C. Mello et al. Cromoblastomicose produzida por *Fonsecaea pedrosoi* no Estado do Maranhão. I-Aspectos clínicos, epidemiológicos e evolutivos. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 25, n. 1, p. 37-44, 1992.
- VERRINDER VEASEY, John et al. Tratamento cirúrgico e seguimento a longo prazo das micoses subcutâneas causadas por fungos demáceos: cromoblastomicose, feoifomicose e eumicetoma. **Surgical & Cosmetic Dermatology**, v. 9, n. 1, 2017.
- WEEDON, D.; RITCHIE, G. Cystic chromomycosis of the skin. **Pathology**, v. 11, n. 3, p. 389-392, 1979.

APÊNDICE I: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Relato de caso: CROMOMICOSE: NEM CLÍNICA COMUM, NEM LÂMINA COMUM - UM RELATO DE CASO COM NOVOS DESTAQUES

Você está sendo convidado pela Dra. Conceição de Maria Pedrozo e Silva de Azevedo, médica professora da Universidade Federal do Maranhão, a participar deste estudo. Por favor, leia este documento com bastante atenção antes de assiná-lo. Caso haja alguma dúvida, converse com o pesquisador ou com um membro da pesquisa para esclarecê-la. A proposta deste documento é explicar tudo sobre a pesquisa e solicitar sua permissão para participar da mesma.

O objetivo principal desta pesquisa é documentar e estudar a doença que você apresentava, que é um fungo em região subcutânea do pé esquerdo. Você foi escolhido para participar porque essa é uma doença com um diagnóstico difícil, por isso, é importante que outros profissionais de saúde possam estudar seu caso. A sua participação ajudará no crescimento do conhecimento científico, e isso beneficiará você e seus conhecidos caso alguém apresente a mesma doença, pois o diagnóstico e o tratamento serão melhorados. Isso também beneficiará o tratamento de todos os pacientes que apresentarem essa mesma forma da doença. Essa pesquisa poderá ser apresentada em reuniões e ser publicada em revistas científicas. Contudo, é garantido que as informações dadas serão confidenciais, ou seja, sua identidade jamais será divulgada.

Você será solicitado a dar informações pessoais como idade, história médica e sintomas que teve. Também será solicitado a permitir o uso de exames do prontuário. Isso pode fazer com que você ou seus familiares sintam desconforto físico, psicológico, espiritual, social, cultural ou moral por se tratar de dados pessoais e pela possibilidade de lembrar algum sofrimento que a doença causou. Esse desconforto pode ser no momento da entrevista ou depois dela dependendo de como você lida com essas lembranças. Contudo, as perguntas serão feitas da maneira mais respeitosa possível, sendo que você pode se recusar a responder qualquer pergunta ou se recusar a participar a qualquer momento. Você não precisa fornecer informações sobre aquilo que não quiser falar. Você poderá ainda receber encaminhamento para serviço de psicologia se for necessário e se você estiver de acordo. Você tem ainda o direito de assistência integral gratuita devido a danos diretos/ indiretos e imediatos/ tardios decorrentes da participação no estudo, pelo tempo que for necessário.


Caso haja alguma despesa, você será indenizado. Explico que não receberá nenhum pagamento por participar da pesquisa. Afirmo que não há qualquer obrigatoriedade quanto à participação do estudo e que isso não trará prejuízo a você ou aos seus familiares. Você pode desistir desse estudo em qualquer etapa.

Caso precise de mais informações, esclarecimentos ou assistência, os mesmos podem ser solicitados à **Dra. Conceição de Maria Pedrozo e Silva de Azevedo**, pessoalmente ou pelo telefone **(98) 98803-6918**, em horário comercial. Em caso de outras dúvidas, queixa ou denúncia sobre esta pesquisa, você poderá contatar o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Presidente Dutra através do telefone (98) 2109-1092 ou diretamente no Comitê de Ética em Pesquisa no endereço Rua Barão de Itapary, 227, quarto andar, Centro, São Luís – MA.

Por fim, concorda em participar do projeto como participante da pesquisa e estudo agora proposto, o que fica confirmado pela sua assinatura abaixo.

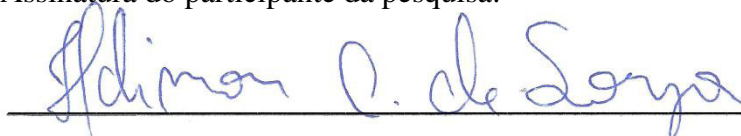
São Luís – MA, 29 de outubro de 2017

Assinatura do pesquisador responsável ou membro da equipe:

 _____

Participante da pesquisa: Ildimar Coelho de Souza

Assinatura do participante da pesquisa:

 _____

ANEXO I: NORMAS DE PUBLICAÇÃO DO PERIÓDICO ANAIS BRASILEIROS DE DERMATOLOGIA

Normas da Revista

INFORMAÇÕES GERAIS

O periódico Anais Brasileiros de Dermatologia, indexado nas bases de dados *MedLine*, *Web of Science*, *Scopus*, *Embase – Excerpta Medica*, *Latindex*, *LILACS*, *Periódica*, *Tropical Diseases Bulletin (TDB)* –, e incluído na coleção da biblioteca eletrônica SciELO Brasil, é uma publicação bimestral destinada à divulgação de trabalhos técnico-científicos inéditos, resultantes de pesquisas ou revisões de temas dermatológicos e correlatos. Permutas com outras publicações poderão ser aceitas e, conforme consta no Estatuto da Sociedade Brasileira de Dermatologia, sua distribuição é gratuita aos seus associados.

Os Anais Brasileiros de Dermatologia seguem os "Requisitos de Uniformidade para Manuscritos Submetidos a Periódicos Biomédicos" (normas de Vancouver), cujo texto original atualizado, em inglês, está disponível no endereço eletrônico www.icmje.org. Trabalhos originados de experimentos em seres humanos e animais devem atender às normas oficiais vigentes (Resolução CNS 466/12). Pesquisas que envolvam intervenção em seres humanos e animais precisam ter aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da instituição, que deve ser informada nos manuscritos.

A submissão aos Anais Brasileiros de Dermatologia requer que os manuscritos não tenham sido publicados anteriormente, exceto na forma de

resumos, e nem estejam sendo considerados para publicação em outros periódicos.

Os originais recebidos são encaminhados a especialistas para emissão de pareceres. Nomes de autores e de pareceristas são mantidos em sigilo. Nomes de instituições, cidades, estados e países, onde o trabalho foi realizado, deverão ser omitidos no título e no corpo do texto no início da submissão. Os autores são informados quanto aos pareceres emitidos e devem cuidar da revisão dos originais quando sugeridas modificações substanciais.

As opiniões e declarações contidas na revista são de responsabilidade única e exclusiva de seus autores, não sendo, necessariamente, coincidentes com as da Equipe Editorial, do Conselho Consultivo ou da Sociedade Brasileira de Dermatologia. A Equipe Editorial dos Anais Brasileiros de Dermatologia e a Sociedade Brasileira de Dermatologia não garantem nem endossam os produtos ou serviços anunciados – as propagandas são de responsabilidade única e exclusiva dos anunciantes – nem qualquer promessa relacionada a serviço ou produto anunciado na revista.

NORMAS PARA APRESENTAÇÃO DOS ORIGINAIS

Desenvolvimento, Elementos essenciais

Encaminhar os originais por meio do sistema de submissão *online*, de acordo com as orientações do mesmo. A fonte a ser utilizada deverá ser Times New Roman, tamanho 12.

Todos os trabalhos deverão ser submetidos em LÍNGUA INGLESA; no entanto, autores que têm o português como idioma nativo, sejam brasileiros ou estrangeiros, deverão apresentar a versão do trabalho TAMBÉM EM LÍNGUA PORTUGUESA.

Optar pela seção a que se destina o manuscrito e verificar o título completo do artigo, os nomes dos autores, por extenso e abreviados, suas afiliações, com o nome da instituição a que estão vinculados, cidade, estado e país, local em que o trabalho foi realizado, com nome da instituição, o endereço completo do autor correspondente, seus telefones, e-mail, eventual suporte financeiro e conflitos de interesse. Informar ainda, em declaração assinada pelo autor principal, a participação específica de cada autor na execução do trabalho, quando solicitada pelo Conselho Editorial (veja adiante em "Critérios de autoria").

Indicar, no mínimo, três e, no máximo, dez descritores (palavras-chave), em inglês e português, que identifiquem os assuntos tratados no texto e que estejam incluídos na publicação da Bireme "Descritores em Ciências da Saúde" (DeCS), disponível no endereço <http://decs.bvs.br> ou no *Medical Subject Headings (MeSH)*, do *Index Medicus*, disponível no endereço www.nlm.nih.gov/mesh.

Critérios de autoria

A inclusão como autor subentende substancial contribuição intelectual na elaboração do trabalho, que compreende a participação na concepção e no planejamento do estudo, na obtenção, análise e interpretação dos dados, na

redação ou revisão crítica do manuscrito e na aprovação de sua versão final.

Outras participações, como obtenção de financiamento, simples coleta e catalogação de dados, auxílio técnico na execução de rotinas, encaminhamento de pacientes, interpretação de exames de rotina e chefia de serviço ou departamento, que não estejam diretamente envolvidas no estudo, não constituem critérios para autoria. Entretanto, caso tenham contribuído substancialmente para o estudo, merecerão citação nos "Agradecimentos", ao final do texto, para o que será preciso autorização escrita dos responsáveis.

Referências

As referências bibliográficas completas, em ordem de citação, devem incluir apenas as publicações mencionadas na matéria e obedecer aos "Requisitos de Uniformidade para Manuscritos Submetidos a Periódicos Biomédicos" (estilo Vancouver). Os títulos de periódicos devem ser abreviados como no *Index Medicus*, cuja lista de abreviaturas pode ser obtida na publicação da *NLM List of Serials Indexed for Online Users*, que está disponível no endereço <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK7256/>. É de responsabilidade dos autores a exatidão das referências bibliográficas.

Exemplos mais comuns

Artigo de periódico

Halpern SD, Ubel PA, Caplan AL. Solid-organ transplantation in HIV-infected patients. *N Engl J Med*. 2002;347:284-7.

Se o artigo tiver vários autores, mencionar, no máximo, seis; havendo mais, citar os

seis primeiros, seguidos da expressão "*et al.*".

Rose ME, Huerbin MB, Melick J, Marion DW, Palmer AM, Schiding JK *et al.* Regulation of interstitial excitatory amino acid concentrations after cortical contusion injury. *Brain Res.* 2002;935:40-6.

Capítulo de livro

Meltzer PS, Kallioniemi A, Trent JM. Chromosome alterations in human solid tumors. In: Vogelstein B, Kinzler KW, editors. *The genetic basis of human cancer.* New York: McGraw-Hill; 2002. p. 93-113.

Tese ou dissertação

Borkowski MM. Infant sleep and feeding: a telephone survey of Hispanic Americans [dissertation]. Mount Pleasant (MI): Central Michigan University; 2002.

Nery JAC. Reação na hanseníase: uma descrição epidemiológica [tese]. Niterói (RJ): Universidade Federal Fluminense; 1995. 129 p.

Livro

Murray PR, Rosenthal KS, Kobayashi GS, Pfaller MA. *Medical microbiology.* 4th ed. St. Louis: Mosby; 2002.

Portal da internet

Cancer-Pain.org [Internet]. New York: Association of Cancer Online Resources, Inc.; c2000-01 [updated 2002 May 16; cited 2002 Jul 9]. Available from: <http://www.cancer-pain.org>. Saude.gov.br [Internet]. Prevalência da hanseníase no Brasil, macrorregiões e estados, 1985 - 2003 [acesso 22 fev 2005]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/hansen_prevalencia.pdf. No caso de

uma referência existir somente na internet, conservar cópia do arquivo para fornecer a leitores interessados, no caso de mudança ou desativação da URL.

Está disponível, também, uma [lista completa de exemplos de citações bibliográficas](#) (requer [Adobe Acrobat Reader](#)).

Ilustrações

As ilustrações compreendem quadros, tabelas, gráficos, figuras e vídeos, justificando-se sua inclusão apenas quando servirem, efetivamente, para complementar as informações do texto ou simplificar sua compreensão. Por esse motivo, serão aceitas somente até o limite determinado para o tipo de artigo, salvo melhor juízo da Equipe Editorial.

Referir as ilustrações no texto e numerá-las em algarismos arábicos, em sequência própria para cada tipo, conforme a ordem de entrada.

Anexar todas as ilustrações nos campos apropriados disponíveis no sistema de submissão.

Inserir imagens digitalizadas sob a forma de arquivos nos formatos com extensão ".jpg" e resolução mínima de 300 dpi. Vídeos poderão ser aceitos até 10 MB com extensões ".mpg", ".avi" e ".wmv".

Quadros, tabelas e gráficos

Os quadros servem para apresentação tabular de informações textuais, sem dados estatísticos, ao contrário das tabelas, que têm por objetivo indicar resultados numéricos e valores comparativos, permitindo avaliação estatística. Nos gráficos, os dados são apresentados sob a

forma de desenho, preferencialmente como diagramas de barras ou circulares.

Quadros, tabelas e gráficos devem ter título sucinto e claro, com explicações, se necessárias, como notas de rodapé.

Se, nos quadros e nas tabelas, forem usados dados de outra fonte, publicados ou não, será necessário obter permissão e informar a autoria, a data e a localização dos dados. A fonte deverá ser citada nas referências, e os créditos devem aparecer abaixo do quadro, tabela ou gráfico.

Figuras e vídeos

Figuras compreendem as demais formas de ilustração, principalmente fotografias e fotomicrografias, devendo ser informados método de coloração e aumento. Anexar as fotos na extensão ".jpg", e especificar e identificar as legendas com a respectiva numeração.

Se uma figura já tiver sido publicada, mencionar a fonte original e enviar permissão por escrito do detentor dos direitos autorais para a sua reprodução. Documentos de domínio público constituem exceção.

Para os vídeos, é necessário inserir legendas contendo informações, como título do manuscrito, autoria, instituição e outros comentários pertinentes.

Para usar fotografias de pacientes, sua identidade deverá ser resguardada; do contrário, será preciso anexar-lhes permissão, por escrito, para divulgação (v. "Proteção dos direitos e privacidade dos pacientes que participam de pesquisas").

Proteção dos direitos e privacidade dos pacientes que participam de pesquisas

Informações que permitam identificar participante de pesquisa ou relato de caso clínico não devem ser publicadas sob a forma de descrições, fotografias ou genealogias, a menos que a informação seja essencial para os propósitos científicos, e o paciente, ou seu responsável, dê permissão, por escrito, para a publicação.

O consentimento, por escrito, para esses propósitos exige que se mostre ao paciente, ou ao responsável, o manuscrito a ser publicado. Na publicação deverá constar que se obteve a autorização.

Na busca do anonimato, nunca alterar nem falsificar os dados do paciente. Omitir os detalhes que sirvam para identificar as pessoas, caso não sejam essenciais.

Não usar o nome do paciente, suas iniciais ou registro que lhe tiver sido conferido no hospital, especialmente no material ilustrativo.

Quando se tratar de experimentação com animais, deverá ser informada a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa Animal da instituição onde foi realizada a pesquisa.

Reprodução de imagens

O periódico poderá permitir o direito de reprodução de imagens mediante solicitação prévia aos editores, desde que citada a fonte e dados os devidos créditos a todos os envolvidos.

Unidades de medida e abreviações

Abreviações não são permitidas no Título nem recomendáveis no Resumo, exceto em situações excepcionais. O termo completo deverá preceder a abreviatura quando esta for utilizada pela primeira vez no texto.

Todas as medidas devem estar de acordo com o Sistema Internacional de Medidas (SI), encontradas no portal <http://physics.nist.gov/cuu/Units/units.html>. Informar as temperaturas em graus Celsius (°C) e a pressão arterial em milímetros de mercúrio (mmHg).

Conteúdo

Redigir o original para publicação nos Anais Brasileiros de Dermatologia e enquadrá-lo em uma das diferentes seções da revista:

EDUCAÇÃO MÉDICA CONTINUADA

Autores são convidados pelos Editores dos Anais Brasileiros de Dermatologia a elaborar artigos aprofundados sobre temas de grande interesse científico, no campo da Dermatologia, visando à atualização.

Autores não convidados, interessados em colaborar com esta seção, devem entrar em contato prévio com a Equipe Editorial do periódico, antes de submeter seus trabalhos.

Os Anais consideram aceitável o limite máximo de quatro autores para artigos desta seção.

Os manuscritos devem conter, obrigatoriamente:

Resumo, em inglês e português, com, no máximo, 250 palavras. Além de Introdução, sugerem-se os seguintes tópicos, se pertinentes: Histórico; Epidemiologia; Etiopatogenia; Aspectos clínicos; Classificação; Diagnóstico clínico, laboratorial e diferencial; Evolução; Prognóstico; Tratamento. O texto deve ter, no máximo, 10.000 palavras, excluídas ilustrações e referências bibliográficas. É obrigatório

apresentar referências bibliográficas recentes. Serão permitidas 12 ilustrações, no máximo. Ao final do texto, incluir um teste de avaliação com 20 questões de múltipla escolha, de quatro alternativas, sendo apenas uma correta, para efeito de apuração de créditos relativos ao programa de Educação Médica Continuada da Sociedade Brasileira de Dermatologia. As questões devem atender aos princípios de elaboração da Educação Médica Continuada, disponíveis no site: <http://www.anaisdedermatologia.org.br/normas>.

INVESTIGAÇÃO

Artigo original, abrangendo estudos observacionais e de intervenção, caracterizados como ensaios controlados e randomizados; estudos quanto à fisiopatogenia das doenças e/ou sobre associações nosológicas; estudos sobre testes diagnósticos e prognósticos, assim como pesquisa básica com animais de laboratório. O texto deve ter, no máximo, 6.000 palavras, excluídas ilustrações e referências bibliográficas. No manuscrito, deverão constar a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa e o número do protocolo do documento. O número máximo de referências é 50 e o de ilustrações, dez. Os Anais consideram aceitável o limite máximo de seis autores para artigos desta seção. Entretanto, poderão admitir, em caráter excepcional e a juízo da Equipe Editorial, maior número de autores em trabalhos de maior complexidade, que deverão ser acompanhados de justificativa convincente da participação excedente. Incluir os seguintes tópicos:

1. Introdução;
2. Métodos;

3. Resultados;
4. Discussão;
5. Conclusão;
6. Referências.

Estruturar o Resumo, em inglês e português, com, no máximo, 250 palavras, nos seguintes tópicos:

1. Fundamentos (estado atual do conhecimento);
2. Objetivos;
3. Métodos;
4. Resultados;
5. Limitações do estudo;
6. Conclusões (com nível exato de significância da estatística clínica para evitar especulação).

CASO CLÍNICO

Relatar um ou mais casos com justificada razão para publicação (raridade, aspectos inusitados, evoluções atípicas, inovações diagnósticas e terapêuticas, efeitos terapêuticos adversos relevantes ou inusitados). O texto não deve exceder 1.000 palavras, excluídas ilustrações e referências. São permitidas, no máximo, seis ilustrações e dez referências bibliográficas. Os Anais consideram aceitável o limite máximo de quatro autores para artigos desta seção. Os seguintes tópicos devem ser contemplados:

- Resumo, em inglês e português, com, no máximo, 120 palavras;
- Introdução;
- Relato do(s) Caso(s);

- Discussão;
- Referências.

DERMATOPATOLOGIA

Esta seção inclui temas que enfatizem importantes aspectos dermatopatológicos.

Utilizar, no máximo, 150 palavras no Resumo, em inglês e português.

O texto não deve exceder 1.000 palavras, excluídas ilustrações e referências. São permitidas, no máximo, cinco ilustrações e dez referências bibliográficas. Os Anais consideram aceitável o limite máximo de quatro autores para artigos desta seção.

REVISÃO

Artigo habitualmente elaborado, mediante convite, por profissionais de reconhecida experiência, que se destina a abordar, de forma aprofundada, o estado atual do conhecimento referente a temas de importância clínica, com ênfase em aspectos como causa e prevenção de dermatoses, seu diagnóstico, tratamento e prognóstico, devendo compreender, de preferência, análises críticas e sistemáticas da literatura (medicina baseada em evidências científicas), assim como metanálises. Poderão ser consideradas, sem convite, análises sistemáticas e metanálises. O texto deve ter, no máximo, 10.000 palavras, excluídas ilustrações e referências bibliográficas.

São permitidas, no máximo, dez ilustrações. Os Anais consideram aceitável o limite máximo de seis autores para artigos desta seção. Entretanto, poderão admitir, em caráter excepcional, maior número de autores em trabalhos de maior complexidade, que deverão ser

acompanhados de justificativa convincente da participação excedente.

As referências bibliográficas devem ser recentes. Apresentar, obrigatoriamente, os seguintes tópicos: Resumo, em inglês e português, com não mais do que 250 palavras; Introdução; Métodos, quando se tratar de revisão sistemática e metanálise. Os demais tópicos ficam a critério do autor.

DERMATOLOGIA TROPICAL/INFECTOPARASITÁRIA (Imagens, Investigação)

Esta seção destina-se a privilegiar a publicação de trabalhos que têm como ênfase as doenças infecciosas e parasitárias com repercussão dermatológica, incluindo a hanseníase, a leishmaniose tegumentar, as doenças sexualmente transmissíveis e AIDS, entre outras. Compreende documentações por imagens clínicas, histopatológicas ou de outros exames complementares representativas de casos clínicos relevantes, assim como trabalhos de investigação referentes a essa área do conhecimento.

O corpo do texto poderá ser contínuo, com no máximo 500 palavras, ou subdividido em tópicos, com no máximo 750 palavras, se no formato de investigação. Deve-se incluir resumo não estruturado, em inglês e português, com máximo de 100 palavras, sendo permitidas quatro ilustrações e dez referências. Os Anais consideram aceitável o limite máximo de quatro autores para artigos desta seção.

IMAGENS EM DERMATOLOGIA

Esta seção destina-se à publicação de imagens que sejam relevantes ao diagnóstico e tratamento de dermatoses,

assim como permitir a descrição de novas tecnologias (Dermatoscopia, Microscopia Confocal a Laser, Imagens Radiológicas, etc.) de interesse do dermatologista.

Resumo com 80 palavras, no máximo, em inglês e português. O texto não deve exceder 800 palavras, cinco ilustrações e dez referências.

Os Anais consideram aceitável o limite máximo de quatro autores para artigos desta seção.

SÍNDROME EM QUESTÃO

Esta seção destina-se à apresentação de caso clínico representativo de uma síndrome dermatológica em destaque, com o objetivo de recordar síndromes comuns e contribuir para o conhecimento de síndromes incomuns. Incluir os seguintes tópicos:

- Relato do Caso;
- Discussão;
- Referências.

O Relato do Caso não deve exceder 150 palavras e a Discussão, 350, excetuando-se ilustrações e referências. São permitidas, no máximo, quatro ilustrações e dez referências bibliográficas. Deve vir acompanhado de Resumo, em inglês e português, com, no máximo, 100 palavras.

Os Anais consideram aceitável o limite máximo de quatro autores para artigos desta seção.

QUAL O SEU DIAGNÓSTICO?

Destina-se ao relato de um único caso de interesse indiscutível em que se questiona o diagnóstico final da enfermidade.

Compreende: Relato do caso; Discussão; Referências.

O Relato do Caso está limitado a 150 palavras e a Discussão, a 350 palavras, excetuando-se as ilustrações e referências. Serão permitidas quatro ilustrações e 10 referências bibliográficas. Deve constar Resumo em português e inglês de, no máximo, 100 palavras.

Os Anais consideram aceitável o limite máximo de quatro autores para artigos desta seção.

CARTAS

Esta seção se destina à publicação mais rápida de comunicações sucintas originárias de estudos mais simples, que incluem:

- a) Cartas/Caso clínico (Case letters) – breves relatos de casos ou de novas reações adversas a drogas;
- b) Cartas/Investigação (Research letters) – trabalhos de investigação de menor complexidade, como pequenas séries de casos, divulgação de resultados preliminares de pesquisas originais e relatórios iniciais de ensaios terapêuticos.

O texto deve ser contínuo, sem divisão por tópicos, com no máximo 750 palavras, sendo permitidas três ilustrações (não subdivididas) e cinco referências. Os Anais consideram aceitável o limite máximo de quatro autores para artigos desta seção.

CORRESPONDÊNCIA

Esta seção admite comentários, opiniões ou respostas a questionamentos decorrentes de artigos publicados neste periódico, até dois números precedentes, cujo texto deve ser contínuo e não exceder

400 palavras. Toda correspondência estará sujeita à análise, revisão e aprovação da Equipe Editorial. Os Anais consideram aceitável o limite máximo de quatro autores para artigos desta seção.

ARTIGOS ESPECIAIS

Artigos sob convite que se destinam a abordar temas específicos, tais como: questões relacionadas a publicações científicas; epidemiologia e bioestatística aplicadas à dermatologia; abordagem de técnicas fotográficas ou de imagem; memórias, com abordagem de aspectos históricos de interesse dermatológico, como comemorações de fatos marcantes no desenvolvimento da Medicina ou da Dermatologia, biografias e comemorações referentes a figuras relevantes da Dermatologia nacional e internacional; e necrológicos.

O texto deve conter, no máximo, 10.000 palavras, excluídas ilustrações e referências bibliográficas. São permitidas, no máximo, 30 referências bibliográficas e seis ilustrações. Deverá ser elaborado um resumo (em português e em inglês), com, no máximo, 250 palavras. Os artigos serão submetidos à revisão da Equipe Editorial.

Os Anais consideram aceitável o limite máximo de quatro autores para artigos desta seção.

INFORMES

Os Informes são notícias sobre eventos, atividades da Sociedade Brasileira de Dermatologia, pessoas ou fatos relevantes para a Dermatologia, assim como publicações de livros e teses de interesse para essa área, acompanhadas ou não de resenhas.

SUPLEMENTOS

Em caráter excepcional e a critério da Equipe Editorial dos Anais, poderão ser publicados suplementos com artigos que estarão sujeitos às mesmas normas de publicação e ao processo de revisão do periódico.

Artigos de outros temas, considerados relevantes e elaborados sob convite dos editores, poderão ser incluídos na seção de Artigos Especiais.

Submeter seu manuscrito para avaliação do Corpo Editorial do periódico no endereço eletrônico que se segue:
<http://www.sgponline.com.br/abd/sgp/>.

Todos os documentos, como Consentimento de uso para publicação, Conflito de interesses, Autorização para publicação de fotografias e Participação no trabalho, estão disponíveis no site do periódico. Estes documentos devem ser assinados por todos os autores participantes e anexados no sistema ao se submeter o manuscrito. Autorização para publicação de fotografias só se faz necessária quando identifica a face do paciente por completo. O documento de Participação no trabalho só será solicitado pelos editores se houver necessidade.

Contato do periódico:

a/c Anais Brasileiros de Dermatologia
Av. Rio Branco, nº 39, 18º andar
20090-003 Rio de Janeiro - RJ
revista@sbd.org.br

ANEXO II: DECLARAÇÃO DE CONFLITOS DE INTERESSE



SAVE

ICMJE Form for Disclosure of Potential Conflicts of Interest

Section 1. Identifying Information

1. Given Name (First Name) 2. Surname (Last Name) 3. Date

4. Are you the corresponding author? Yes No

5. Manuscript Title

6. Manuscript Identifying Number (if you know it)

Section 2. The Work Under Consideration for Publication

Did you or your institution **at any time** receive payment or services from a third party (government, commercial, private foundation, etc.) for any aspect of the submitted work (including but not limited to grants, data monitoring board, study design, manuscript preparation, statistical analysis, etc.)?

Are there any relevant conflicts of interest? Yes No

ADD

Section 3. Relevant financial activities outside the submitted work.

Place a check in the appropriate boxes in the table to indicate whether you have financial relationships (regardless of amount of compensation) with entities as described in the instructions. Use one line for each entity; add as many lines as you need by clicking the "Add +" box. You should report relationships that were **present during the 36 months prior to publication.**

Are there any relevant conflicts of interest? Yes No

ADD

Section 4. Intellectual Property -- Patents & Copyrights

Do you have any patents, whether planned, pending or issued, broadly relevant to the work? Yes No

ICMJE Form for Disclosure of Potential Conflicts of Interest

Section 5. Relationships not covered above

Are there other relationships or activities that readers could perceive to have influenced, or that give the appearance of potentially influencing, what you wrote in the submitted work?

- Yes, the following relationships/conditions/circumstances are present (explain below):
- No other relationships/conditions/circumstances that present a potential conflict of interest

At the time of manuscript acceptance, journals will ask authors to confirm and, if necessary, update their disclosure statements. On occasion, journals may ask authors to disclose further information about reported relationships.

Section 6. Disclosure Statement

Based on the above disclosures, this form will automatically generate a disclosure statement, which will appear in the box below.

Generate Disclosure Statement

Dr. Simioli da Paz Oliveira has nothing to disclose.

Evaluation and Feedback

Please visit <http://www.icmje.org/cgi-bin/feedback> to provide feedback on your experience with completing this form.

ICMJE Form for Disclosure of Potential Conflicts of Interest

Section 1. Identifying Information

1. Given Name (First Name) Conceição de Maria	2. Surname (Last Name) Pedrozo e Silva de Azevedo	3. Date 31-October-2017
4. Are you the corresponding author?	<input type="checkbox"/> Yes <input checked="" type="checkbox"/> No	Corresponding Author's Name Raphael Simioli da Paz Oliveira
5. Manuscript Title Chromomycosis: Nor common clinics, nor common slide. A case report with new highlights.		
6. Manuscript Identifying Number (if you know it) <input type="text"/>		

Section 2. The Work Under Consideration for Publication

Did you or your institution **at any time** receive payment or services from a third party (government, commercial, private foundation, etc.) for any aspect of the submitted work (including but not limited to grants, data monitoring board, study design, manuscript preparation, statistical analysis, etc.)?

Are there any relevant conflicts of interest? Yes No

ADD

Section 3. Relevant financial activities outside the submitted work.

Place a check in the appropriate boxes in the table to indicate whether you have financial relationships (regardless of amount of compensation) with entities as described in the instructions. Use one line for each entity; add as many lines as you need by clicking the "Add +" box. You should report relationships that were **present during the 36 months prior to publication**.

Are there any relevant conflicts of interest? Yes No

ADD

Section 4. Intellectual Property -- Patents & Copyrights

Do you have any patents, whether planned, pending or issued, broadly relevant to the work? Yes No

ICMJE Form for Disclosure of Potential Conflicts of Interest

Section 5. Relationships not covered above

Are there other relationships or activities that readers could perceive to have influenced, or that give the appearance of potentially influencing, what you wrote in the submitted work?

- Yes, the following relationships/conditions/circumstances are present (explain below):
- No other relationships/conditions/circumstances that present a potential conflict of interest

At the time of manuscript acceptance, journals will ask authors to confirm and, if necessary, update their disclosure statements. On occasion, journals may ask authors to disclose further information about reported relationships.

Section 6. Disclosure Statement

Based on the above disclosures, this form will automatically generate a disclosure statement, which will appear in the box below.

Generate Disclosure Statement

Dr. Pedrozo e Silva de Azevedo has nothing to disclose.

Evaluation and Feedback

Please visit <http://www.icmje.org/cgi-bin/feedback> to provide feedback on your experience with completing this form.