Revista Eletrônica
Acervo Saúde
Electronic Journal Collection Health ISSN 2178-2091

Cromomicose ocupacional em apanhador de açaí: um relato de caso na região amazônica

Occupational chromomycosis in an açaí picker: a case report in the Amazon region

Cromomicosis ocupacional en un recolector de açaí: reporte de um caso en la región amazónica

Natália Megumi Morikawa[1], Antonia Victória Silva Aguiar[2], Dayse Izabelle da Silva Farias[2], Lucas Miquilini de Arruda Farias[2], Natália Senado Alves de Campos[1], Elcilane Gomes Silva[1], Carla Andréa Avelar Pires[1], Josie Eiras Bisi dos Santos[1], Renata Mie Oyama Okajima[1], Malu de Aquino Almeida[1].

RESUMO

Objetivo: Descrever um caso de cromoblastomicose em apanhador de açaí na região amazônica. **Detalhamento do caso:** Paciente do sexo masculino, 41 anos, com queixa de lesão verrucosa crônica no dorso medial do pé esquerdo, associada a dor, prurido e edema. Exerce como atividade ocupacional a coleta de açaí, a qual utiliza como ferramenta de trabalho a peconha artesanal, fator possivelmente relacionado à inoculação do agente etiológico. Ao exame físico, observou-se placa eritematocrostosa, com áreas exulceradas, de aspecto verrucoso, bem delimitada, medindo cerca de 5 cm. A dermatoscopia evidenciou *black dots*, escamas, eritema periférico e sinais de fibrose. O exame micológico direto revelou células muriformes compatíveis com cromoblastomicose. O tratamento incluiu itraconazol e crioterapia, com evolução clínica favorável. **Considerações finais:** O caso evidencia a relação entre fatores ocupacionais e o desenvolvimento de micoses subcutâneas de evolução crônica. A descrição clínica, dermatoscópica e histopatológica, associada à resposta terapêutica, contribui para a ampliação do conhecimento sobre o manejo eficaz da doença, a qual é subnotificada e negligenciada em áreas endêmicas. Por fim, destaca-se a importância da vigilância dermatológica em populações expostas a riscos ambientais, como extrativistas e agricultores, visando favorecer o diagnóstico precoce e a adoção de medidas de prevenção e tratamento adequados.

Palavras-chave: Cromoblastomicose, Exposição ocupacional, Açaí.

ABSTRACT

Objective: To describe a case of chromoblastomycosis in an açaí picker in the Amazon region. **Case details:** A 41-year-old male patient complained of a chronic verrucous lesion on the medial dorsum of his left foot, associated with pain, pruritus, and edema. His occupation is açaí harvesting, using a traditional peconha (a type of hand-held stingless stick) as a tool, a factor possibly related to inoculation of the etiological agent. Physical examination revealed a well-defined, erythematous, crusted plaque with ulcerated, verrucous-like areas measuring approximately 5 cm. Dermoscopy revealed black dots, scales, peripheral erythema, and signs of fibrosis. Direct mycological examination revealed muriform cells consistent with chromoblastomycosis.

[1] Serviço de Referência Especializada em Dermatologia do Estado do Pará, Belém - PA.
[2] Universidade do Estado do Pará (UEPA), Belém - PA.

SUBMETIDO EM: 9/2025 | **ACEITO EM: 9/2025** | **PUBLICADO EM: 10/2025**

Treatment included itraconazole and cryotherapy, with favorable clinical outcome. **Final considerations:** This case highlights the relationship between occupational factors and the development of chronic subcutaneous mycoses. The clinical, dermoscopic, and histopathological descriptions, combined with the therapeutic response, contribute to expanding knowledge about effective management of the disease, which is underreported and neglected in endemic areas. Finally, the case highlights the importance of dermatological surveillance in populations exposed to environmental risks, such as extractivists and farmers, to promote early diagnosis and the adoption of appropriate prevention and treatment measures.

Keywords: Chromoblastomycosis, Occupational exposure, Açaí.

RESUMEN

Objetivo: Describir un caso de cromoblastomicosis en un recolector de açaí en la región amazónica. **Detalles del caso:** Paciente masculino de 41 años que se quejaba de una lesión verrugosa crónica en el dorso medial del pie izquierdo, asociada a dolor, prurito y edema. Su ocupación es la recolección de açaí, utilizando una peconha tradicional (un tipo de palo manual sin aguijón) como herramienta, un factor posiblemente relacionado con la inoculación del agente etiológico. El examen físico reveló una placa eritematosa y costrosa bien definida con áreas ulceradas de aspecto verrugoso de aproximadamente 5 cm. La dermatoscopia reveló puntos negros, escamas, eritema periférico y signos de fibrosis. El examen micológico directo reveló células muriformes compatibles con cromoblastomicosis. El tratamiento incluyó itraconazol y crioterapia, con una evolución clínica favorable. **Consideraciones finales:** Este caso destaca la relación entre los factores ocupacionales y el desarrollo de micosis subcutáneas crónicas. Las descripciones clínicas, dermatoscópicas e histopatológicas, junto con la respuesta terapéutica, contribuyen a ampliar el conocimiento sobre el manejo eficaz de la enfermedad, que se reporta insuficientemente y se descuida en zonas endémicas. Finalmente, el caso destaca la importancia de la vigilancia dermatológica en poblaciones expuestas a riesgos ambientales, como los extractivistas y los agricultores, para promover el diagnóstico temprano y la adopción de medidas de prevención y tratamiento adecuadas.

Palabras clave: Cromoblastomicosis, Exposición profesional, Açaí**.**

INTRODUÇÃO

A cromoblastomicose é uma micose subcutânea crônica causada por fungos dematiáceos, frequentemente associada a atividades rurais e ocupações ligadas à agricultura, sobretudo em regiões tropicais e subtropicais (GUEVARA A, et al., 2021). O contato com material vegetal contaminado, como espinhos e folhas, é a principal via de inoculação, fato muito comum em trabalhadores que lidam com o cultivo do açaí, especialmente na região Norte do Brasil (BARBOSA LSP, et al., 2024). Estudos epidemiológicos apontam uma incidência elevada dessa micose em populações rurais, reforçando a relação direta entre exposição ocupacional agrícola e o desenvolvimento da doença (VALENTIN J, et al., 2024).

Nesse sentido, a cromoblastomicose é reconhecida como uma doença tropical negligenciada, com alta prevalência em regiões rurais de países tropicais e subtropicais, como o Brasil, mas ainda subnotificada em muitas áreas endêmicas. Estudos recentes indicam que, embora haja relatos crescentes de casos em trabalhadores rurais, a magnitude real da doença permanece incerta devido à dificuldade de acesso a serviços de saúde especializados e à limitação de diagnósticos laboratoriais em áreas remotas (GUEVARA A, et al., 2021; BARBOSA LSP, et al., 2024). Essa subnotificação contribui com o atraso no início do tratamento, aumento da morbidade e maior impacto socioeconômico sobre indivíduos em idade produtiva, evidenciando a necessidade do enfoque em políticas públicas que priorizem a vigilância ativa e a capacitação de profissionais de saúde em áreas rurais.

Em âmbito nacional, a maior concentração de casos ocorre na região Norte, especialmente entre coletores de açaí e outros trabalhadores expostos a microtraumas cutâneos por contato com matéria vegetal

contaminada (VALENTIN J, et al., 2024). A literatura demonstra que homens em idade economicamente ativa são os mais afetados, reforçando a relação entre exposição ocupacional e desenvolvimento da doença. Em comparação com dados internacionais, observa-se que a cromoblastomicose também acomete populações rurais na África e na Ásia, porém, a subnotificação global é significativa, o que dificulta a compreensão da real incidência da doença. Esses achados ressaltam a importância de integração entre vigilância epidemiológica, educação em saúde e estratégias preventivas, como o uso de equipamentos de proteção individual (EPI) durante atividades de risco (BARBOSA LSP, et al., 2024).

O quadro clínico da cromoblastomicose é caracterizado por lesões verrucosas, nodulares ou placas hiperqueratósicas, que evoluem lentamente e podem levar a deformidades e incapacidades se não tratadas adequadamente. Devido à morfologia dessa condição, é necessário realizar o diagnóstico diferencial, distinguindo-a de dermatoses como tuberculose cutânea, leishmaniose, hanseníase e carcinoma espinocelular (BELDA JR W, et al., 2023). O diagnóstico baseia-se em exame dermatológico, micológico e histopatológico, evidenciando a presença de corpos esclerótico típicos, porém, devido às limitações existentes no sistema de saúde nacional, infelizmente, esses recursos nem sempre estão disponíveis.

O manejo terapêutico da cromoblastomicose é complexo, demandando combinações de antifúngicos sistêmicos, como itraconazol, associados a procedimentos locais, incluindo a crioterapia, que vem se mostrando uma importante estratégia adjuvante para melhorar a resposta ao tratamento (BARBOSA LSP, et al., 2024). Recentemente, o uso da crioterapia combinada com antifúngicos tem apresentado resultados promissores no controle das lesões, permitindo redução do tempo de tratamento e melhor cicatrização das áreas afetadas. A criocirurgia atua promovendo a destruição direta das lesões, estimulando uma resposta inflamatória que facilita a eliminação do agente etiológico, sobretudo em lesões localizadas. Essa abordagem tem sido especialmente recomendada em casos em que o tratamento farmacológico isolado apresenta resposta insuficiente, o que é comum em pacientes com longa evolução da doença (GON TC, et al., 2023).

Além disso, outras terapias adjuvantes vêm sendo exploradas para otimizar os resultados clínicos, como o uso de agentes imunomoduladores e retinoides, que potencializam a ação antifúngica e ajudam na resolução das lesões (BELDA JR W, et al., 2023). Apesar dos avanços, o tratamento da cromoblastomicose permanece desafiador, demandando acompanhamento prolongado e multidisciplinar, sobretudo em áreas rurais com acesso limitado a serviços de saúde. A prevenção, por sua vez, envolve educação em saúde e uso de equipamentos de proteção individual para trabalhadores agrícolas, especialmente aqueles envolvidos na colheita e manuseio do açaí (BARBOSA LSP, et al., 2024).

Este trabalho teve como objetivo apresentar uma visão integrada da cromoblastomicose, enfatizando sua associação com a agricultura e o cultivo do açaí, bem como discutir as abordagens terapêuticas atuais, incluindo a crioterapia e antifúngicos, com base em evidências recentes da literatura científica.

DETALHAMENTO DO CASO

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), sob o parecer nº 7.755.772 e o CAAE 90494825.0.0000.8767, o qual respeita os preceitos éticos exigidos para pesquisas envolvendo seres humanos. A participação do paciente ocorreu voluntariamente, mediante sua concordância expressa registrada pela assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e do Termo de Autorização para Uso de Imagem.

Paciente do sexo masculino, 41 anos, procedente de Bujarú-PA, procurou o Serviço de Referência Especializado em Dermatologia do Estado do Pará, na capital paraense, devido ao surgimento de uma lesão verrucosa no pé esquerdo, com evolução de aproximadamente quatro anos até a definição diagnóstica, período marcado por atrasos decorrentes de dificuldades financeiras, geográficas e pela limitação do acesso a serviços especializados em saúde na região amazônica, com crescimento progressivo, acompanhada de dor, prurido e edema local. O paciente relatou trabalhar na coleta de açaí e informou que a lesão está localizada na área onde utiliza peconha (material reutilizável com frequência, produzido com "saco palhinha" para subir em açaizeiro), principal instrumento utilizado por indivíduos que trabalham nesse tipo de atividade.

O histórico ocupacional do paciente mostrou-se relevante para a compreensão do caso. Ele atua há cerca de duas décadas como coletor de açaí, atividade de grande importância econômica e cultural na região que ele reside, mas é marcada por condições de trabalho que expõem os indivíduos a riscos constantes.

Para subir nas palmeiras, o paciente utiliza rotineiramente a peconha, confeccionada a partir de fibras vegetais ou de sacos reaproveitados, que é ajustada aos pés para possibilitar a escalada dos açaizeiros, os quais podem atingir alturas superiores a 15 metros.

Esse instrumento, embora essencial, frequentemente provocou microtraumas e atrito repetitivo na pele dos pés e tornozelos, especialmente quando reutilizado por longos períodos e em contato com um tronco áspero, recoberto por fibras e restos de matéria vegetal em decomposição, ambiente reconhecidamente favorável à presença de fungos demáceos.

Ademais, o paciente relata ter feito uso de uma ampla variedade de medicações tópicas, especialmente antifúngicos e corticosteroides tópicos, alegando não ter havido melhora significativa do quadro clínico. Esses tratamentos não foram realizados sob supervisão médica, fato que, segundo o paciente, estava relacionado a dificuldade financeira e de acesso a serviços dermatológicos especializados. Tal contexto reforça a importância do diagnóstico precoce e da superação das barreiras de acesso, que frequentemente retardam a abordagem adequada na população amazônica. Quando questionado sobre antecedentes pessoais, negou diagnósticos prévios, alergias e uso regular de medicamentos.

Ao exame físico, observou-se placa eritematocrostosa, com áreas exulceradas, de aspecto verrucoso, bem delimitada, medindo cerca de 5cm, localizada na região dorsal medial do pé esquerdo (**Figura 1A**). À dermatoscopia, observou-se presença de *black dots*, eritema periférico, escamas e áreas esbranquiçadas correspondentes à fibrose (**Figura 1B**).

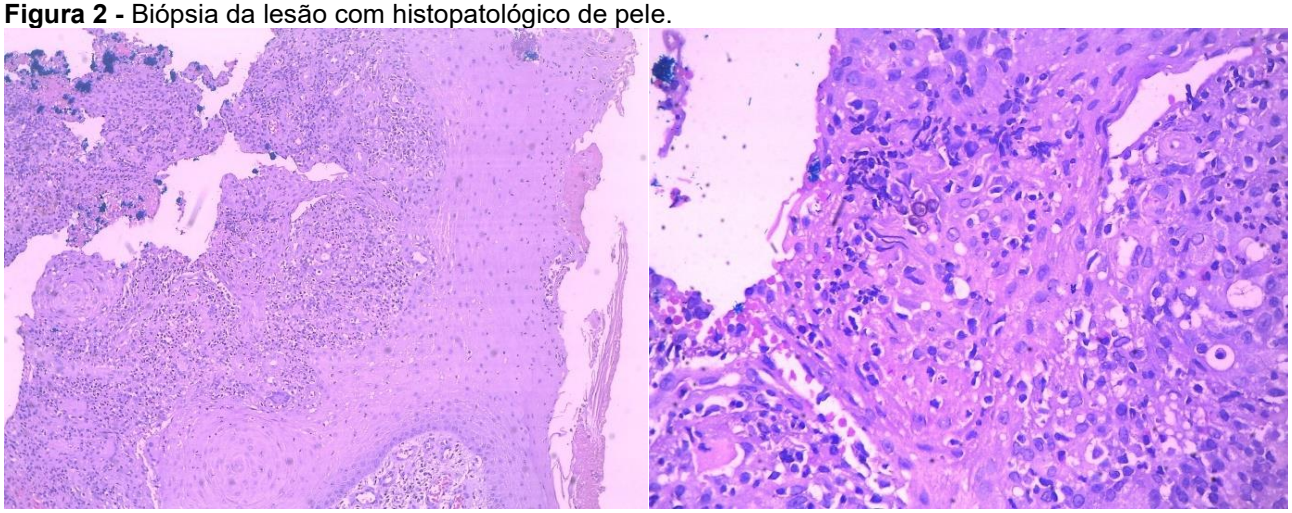
Figura 1 - 1A: Alterações dermatológicas presentes no primeiro atendimento; **1B:** Dermatoscopia.



Fonte: Morikawa NM, et al., 2025.

No exame micológico direto, foram encontradas células muriformes compatíveis com agentes de cromoblastomicose, confirmando a suspeita clínica. Além do exame micológico direto, o paciente realizou exames laboratoriais gerais, sem alterações relevantes, e biópsia da lesão com exame histopatológico da pele. Corroborando os achados clínicos e micológicos, o exame histopatológico confirmou o diagnóstico de cromomicose e o paciente seguiu com o tratamento da doença (**Figura 2**).

Figura 2 - Biópsia da lesão com histopatológico de pele.



Fonte: Morikawa NM, et al., 2025.

Frente ao diagnóstico estabelecido, procedeu-se à instituição da terapia antifúngica oral em dose reduzida (itraconazol 100mg a cada 12 horas), concomitantemente a sessões de crioterapia. A associação dessas modalidades terapêuticas visou promover uma recuperação mais célere e eficaz, poupando o paciente dos prolongados e desconfortáveis processos habitualmente observados em tratamentos realizados por monoterapia. Constatou-se uma notável e expressiva evolução no aspecto da lesão, acompanhada de uma considerável atenuação dos sintomas correlatos (**Figura 3**).

Figura 3 - Lesão após a primeira sessão de crioterapia.



Fonte: Morikawa NM, et al., 2025.

As etapas diagnósticas realizadas no caso estão resumidas no fluxograma (**Figura 4**), permitindo melhor visualização do processo clínico até a confirmação do diagnóstico.

Figura 4 - Etapas diagnósticas realizadas no caso de cromoblastomicose.



Fonte: Morikawa NM, et al., 2025.

DISCUSSÃO

A cromoblastomicose é uma infecção crônica de etiologia fúngica capaz de acometer tanto a epiderme quanto o tecido celular subcutâneo, em camadas mais profundas. Apesar de uma incidência global ainda incerta, é uma condição endêmica de regiões tropicais e subtropicais, com predominância de climas úmidos e semiáridos que, em 2017, foi reconhecida como uma doença tropical negligenciada (DTN), haja vista seu perfil de acometimento de populações que vivem na pobreza, cursando com significativa descriminação e estigmatização, além de morbi-mortalidade (CAMPOS VRV, et al., 2021; SANTOS DWCL, et al., 2021; CURTIS KL, et al., 2025).

Nesse contexto, a subnotificação da doença permanece um desafio de saúde pública, dificultando estimativas precisas de incidência e atrasando a implementação de políticas de vigilância epidemiológica. Além disso, os impactos socioeconômicos são expressivos, uma vez que afetam predominantemente trabalhadores rurais em idade produtiva, acarretando custos indiretos associados à perda de rendimento, afastamentos prolongados e limitações funcionais.

Uma revisão bibliográfica intercontinental realizada em 2021, em consonância a uma realizada no Brasil em 2024, identificou o perfil clínico-epidemiológico dos pacientes acometidos pela CBM, descrevendo a maioria dos casos em homens (81,7%), cuja idade média é de 52,5 anos e moradores de zonas rurais. No Brasil, a doença foi mais prevalente na região nordeste, com cerca de metade dos casos, especificamente no estado do Maranhão. O perfil epidemiológico desenhado é compatível com o presente relato, pautado em um homem de 41 anos trabalhador rural (SANTOS DWCL, et al., 2021; BARBOSA LSP, et al., 2024).

Os agentes responsáveis pela infecção são denominados fungos demáceos, caracterizados pela presença de pigmentos em sua parede celular, seja melanina, seja outros semelhantes à melanina. Dentre eles, o mais envolvido é o *Fonsecaea spp*, encontrado principalmente no solo ou em vegetais.

É dita frequentemente como uma doença ocupacional, haja vista ampla correspondência com trabalhadores agrícolas, que contraem a doença por meio da inoculação do agente mediante solução de continuidade traumática da pele. A literatura aponta que, no brasil, cerca de 94,5% dos casos apresentam envolvimento, direto ou indireto, com atividades agrícolas, além da doença se manifestar, majoritariamente, nos membros, em especial, nos inferiores, com 78,7% de frequência, tendo em vista a proximidade com o solo e o trabalho manual (SANTOS DWCL, et al., 2021; CAMPOS VRV, et al., 2021; KOEHLER A, et al., 2021).

Uma das condições apontadas pela literatura como contribuintes para essa conjuntura nas regiões endêmicas é o escasso conhecimento e, consequentemente, uso dos equipamentos de proteção individual (EPI) pelos trabalhadores, sejam calçados, luvas e roupas adequadas, favorecendo a ocorrência de traumas e portas de entrada para os microrganismos implicados na CBM (SANTOS DWCL, et al., 2021; PASSERO LFD, et al., 2021).

Apontam-se alguns mecanismos patogênicos apresentados pelos fungos em questão, como a presença de elementos e enzimas como a fosfolipase, as quais auxiliam na adesão e invasão celular, assim como de suas paredes celulares mais espessas, além da presença da melanina, tendo papel de proteção contra as espécies reativas de oxigênio emitidas pelas células de defesa do hospedeiro.

Ao ser inoculado no tecido cutâneo, mediado por resposta celular Th2, o fungo promove reações granulomatosas e fibróticas, com formação de microabscessos locais e, após alguns dias dentro dos fagócitos, diferenciam-se em corpos esclerótico, também chamados de células muriformes, com células septadas marrons, que aparecem clinicamente como pontos pretos (KURIEN G, et al., 2024; KOEHLER A, et al., 2021).

As lesões comum e inicialmente manifestadas nos membros inferiores assemelham-se a máculas ou pápulas eritematosas, mas o caráter polimórfico da condição permite o surgimento de úlceras, pápulas verrucosas e/ou nódulos. Principalmente os pacientes com lesões não típicas devem ser questionados quanto a viagens recentes para regiões de climas endêmicos, histórico de infecções, doenças inflamatórias,

ocupação e traumas anteriores, com o objetivo maior de elucidação diagnóstica e exclusão de diferenciais. Paralelamente aos achados cutâneos, o prurido e, tardiamente, a dor são queixas habituais. A presença de outros sintomas sistêmicos está associada ao diagnóstico de feo-hifomicose (KURIEN G, et al., 2024; SOUSA GSM, et al., 2024; DHAR S, et al., 2022).

Somado ao exame físico, na dermatoscopia, realizada durante avaliação secundária, o principal achado se dá na identificação dos *black dots*, que se traduzem como a extrusão transdérmica das células muriformes. Somado a isso, encontrou-se no paciente em questão escamas e áreas esbranquiçadas correspondentes à fibrose, ratificando os achados histopatológicos descritos em literatura (KURIEN G, et al., 2024; CHAUHAN P, et al., 2019). A correlação dos achados clínicos e do perfil epidemiológico do paciente em estudo permitiram a suspeita diagnóstica de cromomicose.

No entanto, diante da manifestação primária do paciente analisado ter sido uma lesão verrucosa, deve-se levar em consideração possíveis diagnósticos diferenciais, infecciosos ou não, durante o processo de investigação, tais quais leishmaniose tegumentar, esporotricose, feo-hifomicose, paracoccidioidomicose, tuberculose cutânea, sarcoidose entre outras condições clínicas. Porém, os métodos diagnósticos mais sensíveis, tanto o exame micológico direto (EMD) quanto a biópsia com histopatológico, ambos realizados no paciente em questão, são determinantes para elucidação, ao isolarem e identificarem o fungo demáceo.

Por meio do EMD com hidróxido de potássio (KOH) a 10% a partir dos *black dots* foi possível observar a presença de células muriformes, compatíveis com os agentes de cromoblastomicose, complementado pelos achados histopatológicos (SHENOY MM, et al., 2023; BARBOSA LSP, et al., 2024). Outros achados possíveis são as hiperplasias pseudoepiteliomatosas, podendo haver microabscessos neutrofílicos intraepidérmicos; esporos marrons em cadeias ou em agrupamentos, conhecidos como corpúsculos de Medlar, “moedas de cobre”; além de um infiltrado misto difuso na derme, composto por neutrófilos, linfócitos, histiócitos, plasmócitos e células gigantes multinucleadas (RAPINI RP, 2012; MARTINELLI MB, et al., 2024).

As medidas terapêuticas para cromomicose dependem de sua gravidade e extensão, assim como da presença de complicações. A doença classificada como leve comumente é direcionada para excisões cirúrgicas com margem. Entretanto, para doenças moderadas a graves, as abordagens mais promissoras, como citado anteriormente, são as que combinam o tratamento sistêmico com antifúngicos, a exemplo principal do itraconazol, mas também de outros como terbinafina e anfotericina B, associado a outro procedimento, sendo a crioterapia a modalidade escolhida para o paciente analisado. É uma opção econômica e eficiente, utilizando o nitrogênio líquido para atingir temperaturas de -195,8ºC, em sessões com média de 75 segundos (KURIEN G, et al., 2024; KHODEIR J, et al., 2024; ZHENG J, et al., 2024).

O caso corrobora evidências recentes a respeito dos avanços terapêuticos, enfatizando a associação de antifúngicos sistêmicos com crioterapia, mostrando resultados mais eficazes em termos de cicatrização e redução do tempo de tratamento (BARBOSA LSP, et al., 2024; KURIEN G, et al., 2024). Outras modalidades menos usuais giram em torno dos inibidores de melanina, retinóides sintéticos e os agonistas do receptor *Toll-like* 7 (imiquimod), que podem potencializar a resposta imunológica local, especialmente em lesões crônicas ou de difícil resolução (ZHENG J, et al., 2024; KHODEIR J, et al., 2024). Tais abordagens ratificam a necessidade de protocolos individualizados, considerando gravidade, extensão da lesão e condições socioeconômicas do paciente.

Deve-se atentar a possíveis complicações, sendo as cicatrizes as mais comuns, tipicamente atróficas, porém outras mais graves envolvem infecções bacterianas secundárias, ulcerações, disseminação linfática, linfedema e, raramente, transformação maligna em carcinoma espinocelular (KURIEN G, et al., 2024; SMITH DJ, et al., 2024).

Comparando o presente caso com relatos nacionais, observa-se consistência com o perfil epidemiológico descrito em estudos brasileiros recentes, nos quais a cromoblastomicose acomete predominantemente homens em idade produtiva, residentes em áreas rurais do Norte e Nordeste, frequentemente envolvidos na agricultura ou no extrativismo do açaí (SANTOS DWCL, et al., 2021; BARBOSA LSP, et al., 2024). Em consonância, estudos internacionais demonstram padrão semelhante, evidenciando que trabalhadores rurais

em regiões tropicais e subtropicais de África e Ásia apresentam risco elevado haja vista o contato com solo e vegetais contaminados, reforçando o caráter ocupacional da doença (CAMPOS VRV, et al., 2021; CURTIS KL, et al., 2025). Essas análises comparativas confirmam que a exposição repetitiva e microtraumas cutâneos constituem fatores de risco críticos para a inoculação dos fungos demáceos, sendo o histórico ocupacional elemento central na investigação diagnóstica. De forma complementar, países vizinhos da região amazônica, como Guiana Francesa, Venezuela e Colômbia, também relatam incidência significativa de cromoblastomicose (VALENTIN J, et al., 2024), reforçando que o problema ultrapassa fronteiras nacionais e deve ser considerado em uma perspectiva regional de saúde pública.

Apesar desses avanços, persistem desafios significativos no diagnóstico precoce em regiões endêmicas, em função do acesso limitado a laboratórios especializados e escassez de profissionais capacitados em áreas rurais (SANTOS DWCL, et al., 2021; PASSERO LFD, et al., 2021). A subnotificação continua sendo uma importante barreira para estimativas precisas de incidência e para a implementação de políticas de saúde pública. Esse cenário expõe a importância de estratégias integradas que incluam educação em saúde, vigilância ativa e uso de equipamentos de proteção individual, além de promover capacitação de equipes de atenção primária e dermatologia especializada.

O caso reforça que a detecção precoce e a associação adequada de terapias sistêmicas e locais são determinantes para reduzir morbidade, prevenir complicações crônicas e minimizar impacto socioeconômico, alinhando-se às recomendações de organismos nacionais e internacionais. Entre as medidas preventivas, destacam-se o uso regular de calçados adequados, luvas e vestimentas protetoras durante a coleta de açaí, aliados a campanhas de educação em saúde e ações comunitárias que conscientizem trabalhadores sobre os riscos de microtraumas cutâneos e sobre a necessidade de buscar atendimento precoce diante de lesões suspeitas.

Por fim, este caso reforça a importância da suspeita clínica de cromomicose em regiões amazônicas, especialmente em trabalhadores rurais e/ou agrícolas, como extrativistas do açaí. O uso contínuo de instrumentos como a peconha pode representar uma via de inoculação traumática direta de agentes fúngicos, sendo o uso de EPI uma importante medida preventiva. A identificação precoce, aliada ao diagnóstico micológico e histopatológico, é fundamental para evitar complicações crônicas e permitir tratamento eficaz com antifúngicos e crioterapia. Ao enfatizar aspectos de saúde pública, prevenção e comparações internacionais, este relato contribui não apenas para a prática clínica, mas também para o fortalecimento de políticas voltadas à proteção de populações vulneráveis na Amazônia e em outros cenários tropicais endêmicos.

REFERÊNCIAS

1. ASSEFA W, et al. Chromoblastomycosis: delayed diagnosis with extensive cutaneous lesions. Int J Infect Dis. 2023; 131:50-52.
2. BELDA JR W, et al. Chromoblastomycosis: New Perspective on Adjuvant Treatment with Acitretin. Diseases, 2023; 11(4):162.
3. BARBOSA LSP, et al. Chromoblastomycosis in Brazil: A review of 450 published cases. Rev Soc Bras Med Trop, 2024; 57:e00205-2024.
4. CAMPOS VRV, et al. Cromomicose: relato de caso de difícil conclusão diagnóstica e tratamento. Braz J Surg Clin Res, 2021; 34(1):34-36.
5. CHAUHAN P, et al. Dermoscopy of Chromoblastomycosis. Indian Dermatol Online J, 2019; 10(6):759-760.
6. CURTIS KL, et al. Dermatologic fungal neglected tropical diseases-Part I. Epidemiology and clinical features. J Am Acad Dermatol, 2025; 92(6):1189-1206.
7. DHAR S, et al. A Rare Case of Chromoblastomycosis Presenting as a Primary Ulcer. Indian J Dermatol, 2022; 67(5):560-562.

8. GON TC, et al. Successful treatment of chromoblastomycosis using cryosurgery in association with low-dose itraconazole. Surg Cosmet Dermatol, 2023;15:e20220154.
9. GUEVARA A, et al. Chromoblastomycosis in Latin America and the Caribbean: Epidemiology over the past 50 years. Med Mycol, 2021; 60(1):myab062.
10. KOEHLER A, et al. Melanin and chromoblastomycosis agents: Characterization, functions, and relation with antifungals. J Basic Microbiol, 2021; 61(3):203-211.
11. KHODEIR J, et al. Triple therapy approach for treating chromoblastomycosis in a Lebanese patient. Clin Case Rep. 2024; 12(10):e9392.
12. KURIEN G, et al. Cromoblastomicose. Ilha do Tesouro (FL): StatPearls Publishing, 2024.
13. MARTINELLI MB, et al. Treatment-Resistant Chromoblastomycosis Successfully Managed With Surgical Excision. Cureus, 2024; 16(11):e73619.
14. PASSERO LFD, et al. Reviewing the Etiologic Agents, Microbe-Host Relationship, Immune Response, Diagnosis, and Treatment in Chromoblastomycosis. J Immunol Res, 2021; 2021:9742832.
15. RAPINI RP. Practical Dermatopathology: doenças fúngicas (13º capítulo). Philadelphia: Elsevier, 2012.
16. SANTOS DWCL, et al. The global burden of chromoblastomycosis. PLoS Negl Trop Dis, 2021; 15(8):e0009611.
17. SHENOY MM, et al. Chromoblastomycosis: A Case Series and Literature Review. Indian Dermatol Online J, 2023; 14(5):665-669.
18. SMITH DJ, et al. A global chromoblastomycosis strategy and development of the global chromoblastomycosis working group. PLoS Negl Trop Dis, 2024; 18(10):e0012562.
19. SOUSA GSM, et al. Identification of Chromoblastomycosis and Phaeohyphomycosis Agents through ITS-RFLP. J Fungi (Basel), 2024; 10(2):159.
20. VALENTIN J, et al. Chromoblastomycosis in French Guiana: Epidemiology and Practices, 1955-2023. J Fungi (Basel), 2024; 10(3):168.
21. ZHENG J, et al. Successful management of chromoblastomycosis utilizing conventional antifungal agents and imiquimod therapy. Ann Clin Microbiol Antimicrob, 2024; 23(1):57.