

## **Esporotricose: descrição de caso clínico**

### **Sporotrichosis: A Case Report**

Esther Bastos Palitot<sup>1</sup>  
Mabely Medeiró Passos Teixeira<sup>2</sup>  
Letícia Vieira da Rocha Vilarinho<sup>3</sup>  
Felipe Queiroga Sarmiento Guerra<sup>4</sup>

**Resumo:** A esporotricose é uma micose subcutânea de acometimento mais comum na América Latina, reconhecida como problema de saúde pública na América do Sul, especialmente no Brasil. Por ser uma patologia negligenciada e devido a sua apresentação clínica se assemelhar a muitas outras doenças infecciosas e não infecciosas, há dificuldade em se obter o diagnóstico precoce. Relata-se caso de esporotricose em paciente jovem, do sexo feminino, com lesão ulcerada em ombro esquerdo com evolução havia quatro meses. Exame micológico direto e cultura evidenciou *Sporothrix spp.* Este relato demonstra como a demora na identificação da doença pode interferir na qualidade de vida do paciente, causando transtornos psicossociais, como afastamento das atividades de integração, diminuição da autoestima e reclusão ao lar.

**Palavras-chave:** *Sporothrix spp.*; Diagnóstico Precoce; Micobacterioses.

**Abstract:** Sporotrichosis is a subcutaneous mycosis most commonly affected in Latin America, recognized as a public health problem in South America, especially in Brazil. Because it is a neglected pathology and because its clinical presentation resembles many other infectious and non-infectious diseases, it is difficult to obtain an early diagnosis. We report a case of sporotrichosis in a young female patient with ulcerated lesion on the left shoulder with evolution for four months. Direct mycological examination and culture evidenced *Sporothrix schenckii*. This report demonstrates how delayed identification of the disease can interfere with the patient's quality of life, causing psychosocial disorders such as withdrawal from integration activities, decreased self-esteem and seclusion at home.

**Keywords:** *Sporothrix spp.*; Early Diagnosis; Mycobacterium Infections.

### **Introdução**

A esporotricose é uma infecção crônica causada pelo fungo dimórfico antes descrito como uma única espécie, *Sporothrix schenckii*. Atualmente, é entendida como

---

<sup>1</sup> Médica pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB), doutora em Produtos Naturais Sintéticos e Bioativos da UFPB, mestre em Saúde Materno Infantil pelo Instituto Materno Infantil de Pernambuco. Professora de Dermatologia da UFPB. Jardim Universitário, S/N - Campus I - Castelo Branco (PB), CEP 58051-900. E-mail: estherpalitot@hotmail.com

<sup>2</sup> Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Jardim Universitário, S/N - Campus I - Castelo Branco (PB), CEP 58051-900. E-mail: mabely\_medeiros@hotmail.com

<sup>3</sup> Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Jardim Universitário, S/N - Campus I - Castelo Branco (PB), CEP 58051-900. E-mail: leticiavilarinho0871@gmail.com

<sup>4</sup> Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Jardim Universitário, S/N - Campus I - Castelo Branco (PB), CEP 58051-900. E-mail: felipeqsguerra@gmail.com

um complexo de diferentes espécies de interesse clínico (*S. schenckii*, *S. brasiliensis*, *S. globosa* e *S. albicans*). A doença é associada à ocupação profissional, afetando pessoas que lidam com a terra, particularmente em área rural. Porém, atualmente, a sua ocorrência tem sido relacionada também à arranhadura e/ou mordedura de gatos, levando a surtos familiares, além de casos em profissionais que lidam com esses animais (PIRES *et al.*, 2016).

A infecção é causada por inoculação traumática na pele ou mucosa do fungo, o qual é encontrado no solo, em vegetais e em materiais orgânicos em geral (SILVA, *et al.*, 2012). Após a inoculação do fungo, o indivíduo pode desenvolver diferentes formas de manifestações clínicas, variando de lesões localizadas de pele, subcutâneas e/ou mais profundas, envolvendo linfáticos, fáscias, músculos, cartilagens e ossos (DELLA *et al.*, 2017).

A forma mais comum é a linfocutânea, caracterizada por envolvimento do sistema linfático, acompanhado pela ocorrência de nódulos subcutâneos, que podem evoluir para necrose, liquefação do conteúdo e ulceração, mostrando o aspecto conhecido como esporotricóide. (MORGADO *et al.*, 2016).

Embora tenha sido reconhecida como um problema de saúde pública nos últimos anos na América do Sul, especialmente no Brasil, existem poucos estudos investigativos sobre a ação epidemiológica da doença, o que a enquadra na categoria de infecção negligenciada. Somado a isso, devido à diversidade de apresentações clínicas, ela pode se assemelhar a muitas outras doenças infecciosas e não infecciosas, tanto tegumentares quanto sistêmicas, sendo a leishmaniose tegumentar a mais comum delas (SILVA *et al.*, 2012).

Todo esse contexto clínico-epidemiológico leva ao atraso do diagnóstico da doença, causando ansiedade e transtornos psicossociais nos pacientes, como afastamento das atividades de integração, diminuição da autoestima e reclusão ao lar (OROFINO *et al.*, 2017).

### **Relato do caso clínico**

AKBA, sexo feminino, 22 anos, parda, estudante, natural e procedente de João Pessoa (PB).

Paciente procurou o ambulatório de dermatologia do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW) com queixa de lesão pustulosa em ombro esquerdo havia quatro meses, após atividades acadêmicas em aterro sanitário na cidade de Santa Rita (PB).

Procurou assistência em saúde em Unidade Básica de Saúde e recebeu o diagnóstico inicial de Herpes Zóster, com infecção secundária. Fez uso de Cefaclor Monidratado (500mg) e Cloridrato de Valaciclovir (500mg) por sete dias, sem melhora do quadro, que evoluiu para lesão ulcerada com secreção purulenta.

Relatou que esteve em outros dois profissionais, realizou diversos exames laboratoriais, com resultados inespecíficos, e que fez uso de Penicilina Benzatina e de Amoxicilina com clavulanato, evoluindo com melhora da secreção purulenta e aumento da lesão ulcerada.

Durante a consulta, relatou angústia em razão do quadro clínico prolongado e progressivo, o que a levou a experimentar diminuição da autoestima, reclusão ao lar e afastamento das atividades acadêmicas, sociais e familiares.

No interrogatório sistemático, negou contato com animais e com pessoas que apresentassem caso semelhante. Informou queimação no sítio da lesão, dor e prurido. Negou febre e/ou outros sintomas subjetivos.

Ao exame dermatológico, apresentou lesão ulcerada com fundo granuloso e eritematoso, sem exsudato purulento e presença de pápulas satélites, de aproximadamente 6 x 5 cm (maiores eixos) em ombro esquerdo (Figura 1).

Foi solicitado exame histopatológico e micológico. A Histopatologia foi inespecífica. O exame micológico evidenciou *Sporothrix spp.*, confirmando a hipótese diagnóstica de Esporotricose Cutânea (Figuras 2 e 3).

Foi iniciado tratamento com Intraconazol 100 mg, por três meses, evoluindo com regressão da lesão ulcerada.

Durante o tratamento, a paciente evoluiu com boa tolerância ao uso do itraconazol, sem apresentar intercorrências.

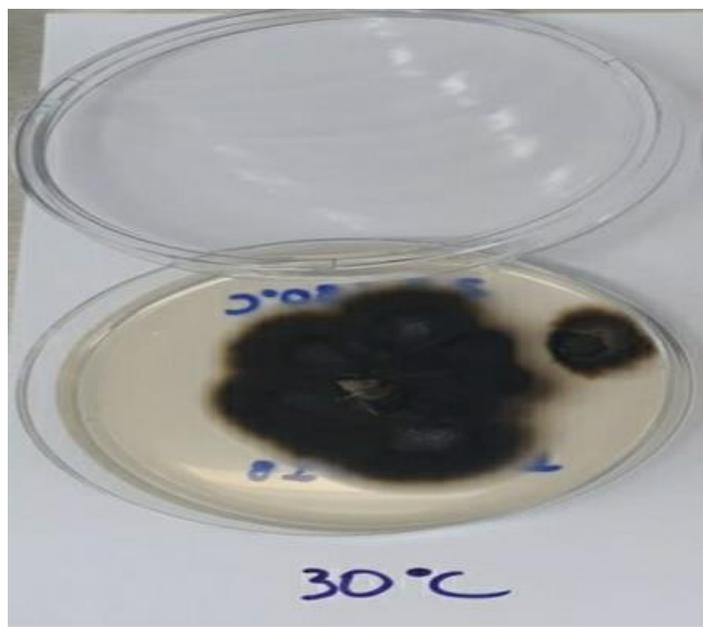
No término do tratamento, após três meses, apresentava ao exame dermatológico uma lesão cicatricial, eritematosa de bordas irregular e simétricas (Figura 4).

**Figura 1:** Antes do início do tratamento: lesão ulcerada de fundo granuloso e eritematoso, sem exsudato purulento e presença de pápulas satélites em região-pósterio lateral de ombro esquerdo, medindo 6 x 5 cm nos maiores textos.



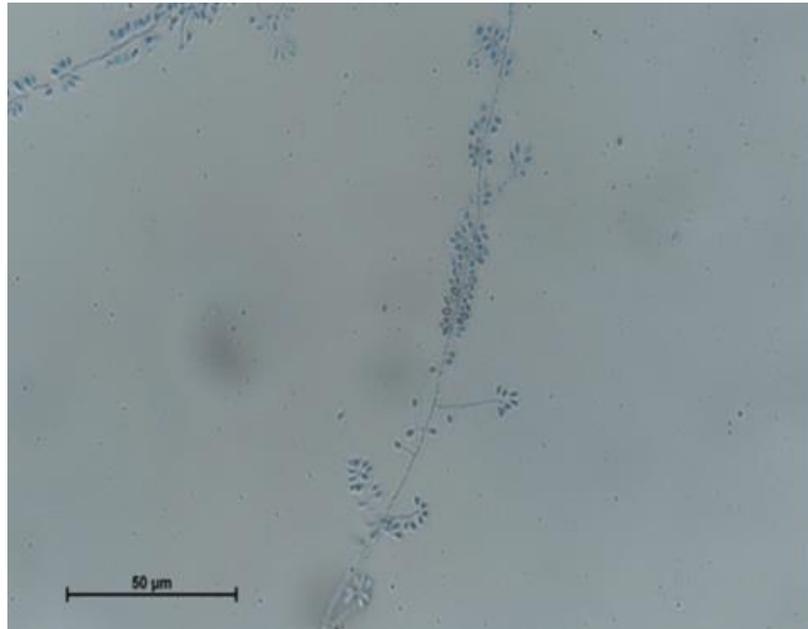
Fonte: Autores.

**Figura 2:** Macromorfologia *Sporothrix* spp em Agar batata dextrose a 30°C: observa-se colônia com textura veludosa, relevo rugoso, pigmentação escura no verso da colônia e reverso sem pigmentação.



Fonte: Autores

**Figura 3:** Micromorfologia *Sporothrix* spp.: presença de hifas hialinas septadas e conídios sésseis ou distribuídos na extremidade do conidióforo “arranjo de margarida”, caracterizando o gênero fúngico. Aumento 400x.



Fonte: Autores

**Figura 4:** Após tratamento de três meses com itraconazol: lesão cicatricial, eritematosa de bordas irregular e simétricas.



Fonte: Autores

## Discussão

A esporotricose, na atualidade, é uma doença negligenciada. Associada a isso, a diversidade de apresentação clínica e semelhança com outras doenças contribui para o retardo de diagnóstico e início do tratamento correto.

Segundo o Ministério da Saúde, doenças negligenciadas são aquelas que não só prevalecem em condições de pobreza, mas também contribuem para a manutenção do quadro de desigualdade, não atraindo investimentos de grupos farmacêuticos. Dessa forma, o conhecimento produzido não se reverte em avanços terapêuticos, com novos fármacos e métodos diagnósticos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010). Embora tenha sido reconhecida como um problema de saúde nos últimos anos, a esporotricose é uma doença esquecida das agendas de pesquisa, visto que constitui um problema de saúde somente em algumas áreas geográficas em desenvolvimento (SILVA, M. B. T. *et al.*, 2014).

Somado a isso, é notável, ainda, a falta de conhecimento sobre a infecção entre os profissionais da saúde. O número de profissionais de saúde capacitados é insuficiente e a indisponibilidade de exames específicos na rede pública de saúde resulta em retardo de diagnóstico, gerando prejuízos sociais. O paciente frequentemente tem histórico de várias consultas com profissionais da saúde e inúmeros tratamentos ineficazes, como o caso em questão (MAHAJAN, 2014).

A paciente do caso em estudo procurou assistência de três profissionais diferentes e realizou múltiplos exames ao longo de quatro meses, antes de efetivamente obter o diagnóstico e iniciar tratamento correto. O atraso do diagnóstico implicou em uma evolução desfavorável da lesão, causando transtornos psicossociais, como afastamento das atividades de integração, diminuição da autoestima e reclusão ao lar.

Embora a esporotricose esteja fortemente associada a gatos contaminados, o profissional de saúde precisa estar atento a outras formas de contágio. Deve ser valorizada no interrogatório sistêmico a pesquisa de contato com o solo e com vegetais e materiais orgânicos em geral (SILVA, *et al.*, 2012).

O padrão ouro para o diagnóstico da esporotricose é o isolamento e a identificação das espécies de *Sporothrix*, a partir de amostras clínicas, como lesões

de pele, biópsia, aspirados de abscessos, bem como expectoração, pus, líquido sinovial, sangue e líquido cefalorraquidiano. Comparada à cultura, a microscopia direta apresenta baixa sensibilidade e especificidade, sendo positiva na esporotricose, principalmente em pacientes imunossuprimidos (OROFINO *et al.*, 2017).

De acordo com a literatura, itraconazol, iodeto de potássio, terbinafne e anfotericina B são as drogas atualmente disponíveis no Brasil para o tratamento da esporotricose. As três primeiras são administradas por via oral, enquanto a última é administrada por via intravenosa (OROFINO *et al.*, 2017). A paciente fez uso de itraconazol com excelente resultado terapêutico e satisfação ao tratamento.

O tratamento deve ser mantido até que a cura clínica seja alcançada, o que geralmente ocorre dentro de dois a três meses, como no caso em questão. Formas sistêmicas requerem tratamento mais longo, variando de seis a 12 meses (OROFINO *et al.*, 2017).

A dose frequentemente recomendada de itraconazol é de 100mg/dia, com boa tolerância. O resultado tem sido excelente nas formas cutâneas, parecendo ser uma adequada alternativa ao iodeto de potássio (MAHAJAN *et al.*, 2015).

## **Conclusão**

É notória a importância de que os médicos estejam atentos às características das lesões de pele e aos dados epidemiológicos de prevalência e aos fatores de risco para esporotricose, com o intuito de evitar a migração do paciente por diversos profissionais e diferentes tratamentos, atrasando o diagnóstico e causando transtornos psicossociais. Vale salientar que, apesar da forte associação com gatos, o profissional de saúde deve estar atento às outras formas de transmissão, como observado neste relato.

## **Referências**

CHAKRABARTI, Arunaloke; BONIFAZ, Alexandre; GUTIERREZ-GALHARDO, Maria Clara; MOCHIZUKI, Takashi; SHANSHAN, Li. Global Epidemiology of Sporotrichosis. **Medical mycology**, v. 53, n. 1, p. 3-14, 2015.

DELLA TERRA, Paula Portella. Exploring Virulence and Immunogenicity in The Emerging Pathogen *Sporothrix brasiliensis*. **PLoS Neglected Tropical Diseases**, v. 11, n. 8, p.1-23, 2017.

FREITAS, Dayvison Francis Saraiva. **Avaliação de fatores epidemiológicos, micológicos, clínicos e terapêuticos associados à esporotricose**. 2014. 164f. Tese (Doutorado em Medicina Tropical) Instituto Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2014.

GOMPERTZ, Olga. Atypical Clinical Presentation of Sporotrichosis Caused by *Sporothrix globosa* Resistant to Itraconazole. **The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene**, v. 94, n. 6, p. 1218-22, 2016.

LOPES, Bezerra; SCHUBACH, Armando; COSTA, Rosane. *Sporothrix schenckii* and Sporotrichosis. In: Biomedical and Medical Sciences. **Anais da Academia Brasileira de Ciências**, vol. 78 p. 293-308, 2016.

MAHAJAN, Vikram. Fixed Cutaneous Sporotrichosis Treated with Topical Amphotericin B in An Immune Suppressed Patient. **Medical Mycology Case Reports**, v. 7, p. 23-25, 2015.

MAHANJAN, Vikram. Sporotrichosis: An Overview and Therapeutic Options. **Dermatology Research and Practice**. p. 1-13. 2014.

MORGADO, Fernanda; SCHUBACH, Armando; PIMENTEL, Maria Inês; LYRA, Marcelo; VASCONCELLOS, Érica; VALETE-ROSALINO, Claudia; CONCEIÇÃO, Fátima. Is There Any Difference Between the In Situ and Systemic IL-10 and IFN- $\Gamma$  Production When Clinical Forms of Cutaneous Sporotrichosis Are Compared? **PLoS One**, v. 11, n. 9, p. 2-11, 2016.

OROFINO-COSTA, Rosane. Sporotrichosis: An Update on Epidemiology, Etiopathogenesis, Laboratory and Clinical Therapeutics. In: Continuing Medical Education. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, v. 92, n. 5, p. 606-20, 2017.

PIRES, Raphael Silva; PETER, Jonas Roni; ANDRADE, Fábio Cunha. A esporotricose e seu impacto social. **VITTALLE-Revista de Ciências da Saúde**, v. 28, n. 1, p. 110-113, 2016.

REVISTA DE SAÚDE PÚBLICA. São Paulo: Doenças negligenciadas: estratégias do Ministério da Saúde, v. 44, n. 1, p. 200-2, 2010.

SILVA, Margarete Bernardo Tavares. Esporotricose urbana: epidemia negligenciada no Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, p. 1867-80, 2012.