

RELATO DE CASO



Esporotricose Cutânea com Apresentação Clínica Atípica: Relato de Caso e Revisão de Literatura

Fixed Cutaneous Sporotrichosis with an Unusual Clinical Presentation: A Case Report and Literature Review

Pâmella Martinelli¹, Cléa Garcia Cerdeira de Ataíde², Maria das Graças Simões Santana Araújo³, Victor Luiz Correia Nunes⁴, Jussamara Brito Santos^{5*}

¹Médica Especializanda do Serviço de Dermatologia. Hospital Santa Izabel, Santa Casa de Misericórdia da Bahia; ²Médica Infectologista do Hospital Santa Izabel; ³Micologista do Laboratório Sabin; ⁴Médico Patologista do Laboratório Studart; ⁵Coordenadora do Serviço de Dermatologia Hospital Santa Izabel - Santa Casa de Misericórdia da Bahia; Salvador, Bahia, Brasil

Correspondence addresses:

Dra. Jussara Brito Santos
jussamarabrito@gmail.com

Received: March 18, 2021

Revised: April 26, 2022

Accepted: May 13, 2022

Published: June 30, 2022

Data Availability Statement:

All relevant data are within the paper and its Supporting Information files.

Funding: This work was the result of authors' initiative. There was no support of research or publication funds.

Competing interests: The authors have declared that no competing interests exist.

Copyright

© 2022 by Santa Casa de Misericórdia da Bahia. All rights reserved.
ISSN: 2526-5563
e-ISSN: 2764-2089

A esporotricose é uma micose subcutânea causada por fungos termodimórficos do gênero *Sporothrix*, cuja transmissão em geral ocorre por inoculação traumática do fungo na pele. Dentre as suas formas clínicas, a cutânea localizada é a segunda mais comum e geralmente se caracteriza por lesão única papulosa ou nodular, com ou sem ulceração. Descrevemos um caso de esporotricose cutânea fixa com apresentação clínica incomum. Tratava-se de paciente de 69 anos, do sexo feminino, com história de lesões dolorosas e pruriginosas no couro cabeludo. Ao exame físico, havia uma placa eritematosa com múltiplas pústulas sobrepostas localizada na região frontal de couro cabeludo e na fronte. O exame histopatológico e a cultura da lesão conduziram ao diagnóstico final. Este caso demonstra que a esporotricose é uma doença multifacetada, podendo mimetizar outras dermatoses e chama atenção para a sua ocorrência urbana.

Palavras-chave: Esporotricose; Esporotricose Cutânea Localizada; Micose Subcutânea; Itraconazol.

Sporotrichosis is a subcutaneous mycosis caused by thermomorph fungi of the *Sporothrix* complex. The transmission to humans usually occurs by traumatic inoculation. The second most common clinical form is the fixed cutaneous form, represented as a single papular or nodular lesion, with or without ulceration. We described a case of fixed cutaneous sporotrichosis with an unusual clinical presentation: a case report of a 69-year-old female patient with a history of painful and pruritic lesions on the scalp. On physical assessment, there was an erythematous plaque with multiple pustules located on the frontal region of the scalp and forehead. Histopathological examination and culture of the lesion led to the final diagnosis. This case demonstrates that sporotrichosis is a multifaceted disease that can mimic other dermatoses and highlight its urban occurrence. **Keywords:** Sporotrichosis; Fixed Cutaneous Sporotrichosis; Subcutaneous Mycosis; Itraconazole.

Introdução

A esporotricose é uma micose subcutânea de caráter subagudo ou crônico causada por fungos do gênero *Sporothrix*. A transmissão ocorre usualmente

por inoculação traumática, seja por meio do solo contaminado ou através de acidentes com animais contaminados, tendo os felinos um papel de destaque.¹ Mais raramente, a infecção pode ocorrer através da inalação de propágulos do *Sporothrix*, levando à forma sistêmica pulmonar primária.²

Atualmente, a esporotricose é a micose subcutânea mais prevalente na América Latina.² No Brasil, o Estado do Rio de Janeiro apresenta um elevado número de casos desde a década de 1990, uma hiperendemia de longa duração associada à transmissão felina.³

As espécies patogênicas mais relevantes são *S. schenckii*, *S. brasiliensis*, *S. globosa* e *S. mexicana*,⁴ sendo a *S. schenckii* a espécie mais prevalente na América do Sul.⁵

Existem quatro formas clínicas: a cutâneo-linfática que representa cerca de 80% dos casos, a cutânea localizada, a forma disseminada, que pode ser cutânea ou sistêmica e a extracutânea, que pode cursar com acometimento ósseo-articular, ocular e visceral.² A forma cutâneo-linfática acomete mais os membros superiores de adultos, caracteriza-se por lesão pápulo-nodular no local de inoculação do fungo na pele acompanhada de cordão endurecido no trajeto da drenagem linfática regional. A forma cutânea localizada tem predileção pela face e, em geral, se apresenta como lesão única papulosa, papulotuberosa ou verrucosa com ou sem ulceração.

A forma disseminada cutânea caracteriza-se por múltiplas lesões papulosas e/ou crostosas distribuídas pelo tegumento, já a forma disseminada sistêmica acomete dois ou mais sistemas e está relacionada à imunossupressão.⁶

A forma mais rara, a extracutânea, é adquirida por inalação de esporos ou por disseminação hematogênica, sendo o sistema osteoarticular mais comumente comprometido.²

A apresentação clínica clássica da esporotricose cutâneo-linfática representa a maior parte dos casos, mas um crescente número de casos com manifestações cutâneas atípicas tem sido relatado na literatura.¹

Relato de Caso

Paciente do sexo feminino, 69 anos, natural e procedente de Salvador, Bahia, enfermeira, referia vesículas no couro cabeludo que se estendiam para a fronte há 15 dias. As lesões eram dolorosas e pruriginosas. Foi admitida no hospital com a suspeita clínica de herpes-zóster e iniciado tratamento com aciclovir intravenoso. A paciente evoluiu sem melhora clínica; foi solicitada uma avaliação da dermatologia.

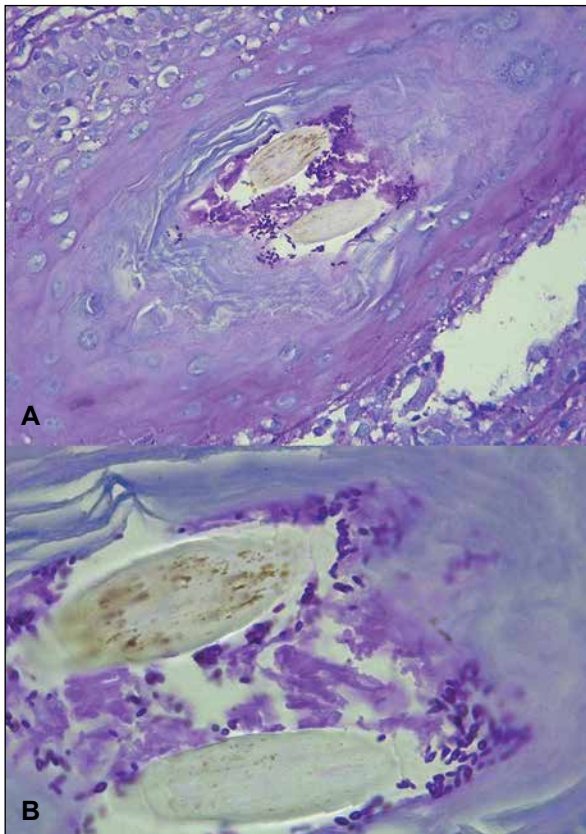
Ao exame dermatológico, apresentava uma placa infiltrada, eritematosa, com múltiplas pústulas sobrepostas e algumas crostas melicéricas (Figura 1), localizada na região frontal de couro cabeludo e se estendia para a região superior da fronte.

Foi realizada biópsia de pele que evidenciou na derme moderado infiltrado inflamatório predominantemente mononuclear, com formação de granulomas permeados por neutrófilos e eventuais eosinófilos. As colorações de Grocott e PAS revelaram a presença de estruturas leveduriformes na camada córnea e, mais raramente, em meio ao infiltrado (Figura 2). O exame micológico direto foi negativo.

Figura 1. Placa eritematosa infiltrada com pústulas e algumas crostas melicéricas sobrepostas.



Figura 2. A. Numerosas leveduras no folículo piloso (PAS, 400x); **B.** Detalhe da imagem A (PAS, 1.000x).



Na cultura em ágar-Sabouraud, houve crescimento de colônia brancacenta com o centro mais escurecido e a micromorfologia revelou finas hifas hialinas septadas e ramificadas que originam conidióforos que emitem conídios arredondados que assumem um aspecto floral se assemelhando a uma margarida (Figura 3).

Estabelecido o diagnóstico de esporotricose cutânea localizada, tratamento com itraconazol na dose de 200 mg por dia foi instituído. Desde então a paciente evolui com melhora progressiva (Figura 4). Após o diagnóstico, a paciente revelou que havia sido arranhada pelo seu gato de estimação 1 mês antes de a lesão surgir.

Discussão

Historicamente, a transmissão da esporotricose sempre esteve mais associada ao contato com a terra contaminada, atingindo principalmente agricultores e jardineiros.² Nos últimos anos, no entanto, tem sido observado um aumento do número de casos da doença em centros urbanos relacionados à transmissão por felinos. Na cidade do Rio de Janeiro, onde se estabeleceu

Figura 3. A. Macromorfologia de cultura em ágar-Sabouraud mostrando crescimento de colônia brancacenta com o centro mais escurecido. **B.** Micromorfologia mostrando finas hifas hialinas septadas e ramificadas com conidióforos que emitem conídios arredondados, assumindo aspecto de “margarida”.

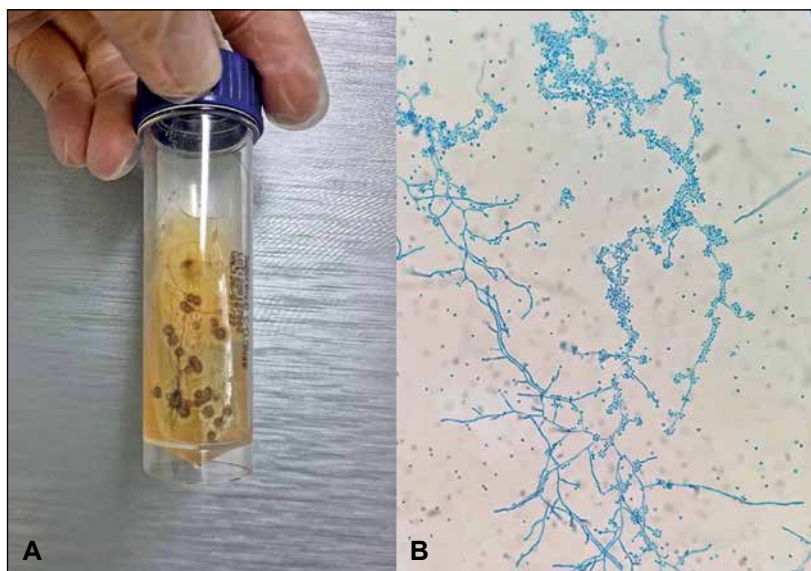


Figura 4. Aspecto clínico da lesão da paciente após 2 meses de tratamento com Itraconazol 200 mg/dia.



uma epidemia, a esporotricose passou a ser uma doença de notificação compulsória desde 2013.⁷

Um estudo da distribuição socioespacial da esporotricose humana em pacientes atendidos em um centro de referência no Rio de Janeiro mostrou que a doença ocorre predominantemente em mulheres (66,9%) que permanecem no domicílio por um período prolongado e a maioria dos casos ocorre após trauma com animal (78,1% relacionado a gatos).⁸ Na Bahia, a cidade de Camaçari tem registrado um elevado número de casos de esporotricose relacionada também à transmissão felina.⁹

A forma clínica apresentada, cutânea localizada, acomete mais indivíduos imunocompetentes e atinge mais os membros superiores nos adultos e a face nas crianças. O quadro clínico, em geral, é caracterizado por lesão única no ponto de inoculação do fungo na pele, que pode ser acompanhada de pequenas lesões satélites, em geral, sem linfadenopatia regional.¹ Classicamente, a lesão inicial é uma pápula ou placa infiltrada que evolui para um nódulo que se torna ulcerado. Lesão verrucosa, ulcerovegetante, papulopustulosa, ectimatoide, furunculoide, lupóide e sarcoidea podem ocorrer mais raramente.¹⁰ A diversidade de lesões que pode ocorrer nessa forma clínica, além da raridade, podem retardar o diagnóstico.

O achado das estruturas leveduriformes no exame histopatológico, que raramente são visualizadas nesse exame),¹¹ foi decisivo para o diagnóstico. A cultura de espécime da lesão possui alta sensibilidade e especificidade no diagnóstico da esporotricose, mas não identifica a espécie.¹

Existem diversas espécies de *Sporothrix*, sendo *S. schenckii*, *S. brasiliensis*, *S. globosa* e *S. mexicana* as mais associadas a infecções no ser humano. *S. brasiliensis* é a espécie mais virulenta, com maior potencial de disseminação sistêmica e maiores taxas de mortalidade. Essa espécie tem sido mais relacionada a apresentações atípicas, acometimento de mucosas e reações de hipersensibilidade. *S. schenckii* é a espécie mais prevalente no homem e apresenta diferentes níveis de virulência.¹² *S. globosa* mostrou-se de baixa virulência.¹³ Neste caso, não foi possível a identificação da espécie de *Sporothrix* porque os testes moleculares para este fim ainda não estão disponíveis na Bahia. Como o tratamento da esporotricose não depende da identificação da espécie, o tratamento com itraconazol (200mg/dia) foi instituído. Itraconazol é a medicação de escolha; a dose terapêutica varia de 100 a 400mg/dia por um período de 3 a 6 meses, até a cura clínica. Iodeto de potássio, pelo baixo custo, ainda é de grande valia em áreas endêmicas de países em desenvolvimento.¹ A terbinafina pode ser indicada para formas cutâneas não responsivas ao itraconazol, diante de intolerância ou contraindicação.¹⁴ Anfotericina B na dose de 0,5 a 1mg/kg/dia é reservada para quadros graves, como na esporotricose disseminada, pulmonar, meníngea, esporotricose osteoarticular extensa e pacientes imunocomprometidos.¹⁵

Conclusão

A importância deste caso é chamar atenção para a ocorrência de esporotricose em residentes de área urbana e mostrar que a forma clínica localizada da doença pode simular outras dermatoses. Essa característica dificulta a suspeição diagnóstica baseada na clínica, como na forma cutânea-

linfática, levando a diagnósticos mais tardios e aumento da morbidade.

Referências

1. Schechtman RC, Falcão EMM, Carard M, García MSC, Mercado DS, Hay RJ. Sporotrichosis: hyperendemic by zoonotic transmission, with atypical presentations, hypersensitivity reactions and greater severity. *An Bras Dermatol.* 2022 Jan-Feb;97(1):1-13.
2. Orofino-Costa R, Macedo PM, Rodrigues AM, Bernardes-Engemann AR. Sporotrichosis: an update on epidemiology, etiopathogenesis, laboratory and clinical therapeutics. *An Bras Dermatol.* 2017 Sep-Oct;92(5):606-620.
3. Silva MB, Costa MM, Torres CC, Galhardo MC, Valle AC, Magalhães Mde A, et al. Esporotricose urbana: epidemia negligenciada no Rio de Janeiro, Brasil/ Urban sporotrichosis: a neglected epidemic in Rio de Janeiro, Brazil. *Cad Saude Publica* 2012;28:1867-80.
4. Marimon R, Cano J, Gené J, Sutton DA, Kawasaki M, Guarro J. *Sporothrix brasiliensis*, *S. globosa* and *S. mexicana*, three new *Sporothrix* species of clinical interest. *J Clin Microbiol.* 2007;45:3198-206.
5. Conti Diaz IA. Epidemiology of sporotrichosis in Latin America. *Mycopathologia.* 1989;108:113-6.
6. Schechtman RC. Sporotrichosis: Part I. *Skinmed.* 2010;8:216-20.
7. saude.rj.gov [Internet]. Rio de Janeiro: Secretaria Estadual de Saúde do estado do Rio de Janeiro. Resolução N° 674. 12 de Julho de 2013. Disponível em:<<http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/4364979/4115670/ResolucaoSESN674DE12.07.2013.pdf>>.
8. Silva MBT. Distribuição socioespacial da esporotricose humana de pacientes atendidos no Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas, no período de 1997 a 2007, residentes no Estado do Rio de Janeiro [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2010.
9. Falcão EMM, Filho JBL, Campos DP, Valle AC, Galhardo MC, Freitas DF. Hospitalizações e óbitos relacionados à esporotricose no Brasil (1992-2015). *Cadernos de Saúde Pública.* 2019; 35(4):1-7.
10. Belda Junior W, Chiacchio N di, Criado PR. Tratado de dermatologia. 2018.
11. Reis BD, Cobucci FO, Zaccaron LH, D'Acari AM, Lima RB, Martins CJ. Esporotricose em localização incomum: relato de um caso. *An Bras Dermatol.* 2015;90 (3 Supl 1):S83-6.
12. Almeida-Paes R, de Oliveira LC, Oliveira MM, Gutierrez-Galhardo MC, Nosanchuk JD, Zancopé-Oliveira RM. Phenotypic characteristics associated with virulence of clinical isolates from the *Sporothrix* complex. *Biomed Res Int.* 2015;2015:212308.
13. Arrillaga-Moncrieff I, Capilla J, Mayayo E, Marimon R, Mariné M, Gené J, et al. Different virulence levels of the species of *Sporothrix* in a murine model. *Clin Microbiol Infect.* 2009;15:651-5.
14. Heidrich D, Stopiglia CD, Senter L, Vitoratto G, Valente P, Scroferneker ML. Successful treatment of terbinafine in a case of sporotrichosis *An Bras Dermatol.* 2011;86:S182-5.
15. Kauffman CA, Bustamante B, Chapman SW, Pappas PG. Clinical practice guidelines for the management of sporotrichosis: 2007 update by the Infectious Diseases Society of America. *Clin Infect Dis.* 2007;45:1255-65.