

ESPOROTRICOSE CUTÂNEA: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

CUTANEOUS SPOROTRICHOSIS: A CLINICAL CASE

RUI CARDOSO ¹

FÁTIMA TORRES LIMA ²

DANIELA ALEXANDRA MENDES TEIXEIRA ³

¹ Médico Interno de Medicina Geral e Familiar - ACES Porto Ocidental - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Carvalhosa. Porto – Portugal. (e-mail: ruitiago1978@gmail.com)

² Assistente Graduada Sênior de Medicina Geral e Familiar - ACES Porto Ocidental - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Carvalhosa. Porto – Portugal. (e-mail: mftlima@gmail.com)

³ Mestre em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, Enfermeira Especializada em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, Pós-Graduada em Gestão e Administração de Serviços de Saúde - ACES Douro Sul II – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Tabuaço – Portugal. (e-mail: daniela_teixeira47@hotmail.com)

Resumo

A esporotricose é uma infeção crónica da pele e do tecido celular subcutâneo, causada pelo fungo *Sporothrix schenckii*. É considerada a micose subcutânea mais frequente em Portugal. Para o seu diagnóstico, podemos recorrer ao estudo microbiológico, histopatológico e à prova de hipersensibilidade à esporotriquina. O itraconazol constitui um dos tratamentos disponíveis para esta infeção, devendo ser mantido por um mês, após a cura clínica.

Palavras-chave: esporotricose, micose, infeção-cutânea.

Abstract

Sporotrichosis is a chronic infection of the skin and subcutaneous cellular tissue, caused by the fungus *Sporothrix schenckii*. It is considered the most frequent subcutaneous mycosis in Portugal. For its diagnosis, we can apply to the microbiological, histopathological study and sporotrichin hypersensitivity test. Itraconazole is one of the available treatments for this infection and should be kept for a month, after clinical cure.

Keywords: sporotrichosis, mycosis, skin infection.

Introdução

A esporotricose é uma infeção crónica da pele e do tecido celular subcutâneo, causada pelo fungo *Sporothrix schenckii*. Embora seja uma micose rara na Europa, é considerada em Portugal a micose subcutânea mais frequente (Ferreira *et al*, 2000).

Sporothrix schenckii é um fungo dimórfico, que assume a forma leveduriforme nos tecidos infetados e a forma de micélio, quando cultivado em laboratório (Strohl *et al*, 2004). É considerado um fungo saprófito, tendo sido isolado no solo e em locais com vegetação, nomeadamente em espinhos de roseiras (Rodrigo *et al*, 2007).

A infeção resulta da inoculação do fungo no tecido celular subcutâneo, através de um traumatismo, que pode ser ligeiro. Indivíduos que trabalham em jardinagem e floristas podem adquirir a infeção quando contactam com rosas, musgo esfagno ou outras plantas (Braunwald *et al*, 2013).

Estão também descritos casos de doença em humanos, após arranhadura de gatos infetados, sendo excecional o contágio inter-humano. Existem casos de transmissão da doença por via inalatória, de que resulta um quadro de pneumonia granulomatosa, frequentemente cavitária, semelhante à tuberculose (Rodrigo *et al*, 2007).

Segundo Braunwald *et al* (2013), na forma cutânea, a infeção pode limitar-se ao local de inoculação (esporotricose em placa) ou disseminar-se através do sistema linfático (esporotricose linfangítica). Raramente, pode observar-se disseminação local (articular e óssea), não sendo, contudo, comum a progressão visceral, exceto se houver compromisso imunitário (Rodrigo *et al*, 2007).

Como afirmam Barros, Schubach, Coll, Gremião, Wanke & Schubach (2010), a forma clínica sob a qual a doença se apresenta depende, então, de diversos fatores, tais como a quantidade e a profundidade do inóculo traumático, bem como o estado imunológico do hospedeiro.

Com a apresentação do presente caso clínico, pretendemos realizar uma atualização sobre a entidade clínica – esporotricose cutânea – nomeadamente quanto ao contexto clínico, diagnóstico e tratamento; que consideramos ser útil para a prática da Medicina Geral e Familiar.

Descrição do caso

O presente caso clínico refere-se a uma paciente do sexo feminino, de raça caucasiana, com 57 anos de idade, natural e residente numa cidade do norte de Portugal, casada, com 3 filhos saudáveis, contabilista de profissão e a jardinagem como *hobby*.

Antecedentes pessoais

A paciente tinha como antecedentes médicos diabetes *mellitus* de tipo 2 e hipertensão arterial (ambos diagnosticados aos 45 anos de idade) e excesso de peso (Índice de Massa Corporal 27,4 Kg/m²).

Encontrava-se medicada com Metformina, na dose de 2000 mg/dia e Enalapril, na dose de 20 mg/dia.

Antecedentes familiares

O pai da paciente tinha como antecedentes diabetes *mellitus* de tipo 2 e hipertensão arterial; e a mãe doença de Alzheimer.

A paciente é a mais nova de uma fratria de 4 irmãos, dois deles com o diagnóstico de diabetes *mellitus* de tipo 2, sem outros antecedentes clínicos de relevo conhecidos.

Caso clínico

A paciente solicitou avaliação médica, em consulta não programada, referindo que, desde há cerca de dois meses, apresentava rubor na região ântero-lateral do terço médio do antebraço direito, que tinha evoluído com zonas de ulceração, crostas e exsudado purulento.

Referia, ainda, que, cerca de 3 semanas antes do aparecimento da lesão, sofrera um traumatismo causado por espinhos de roseira, durante a sua atividade de jardinagem, negando outros dados que orientassem para um diagnóstico etiológico.

À observação, verificou-se uma lesão inflamatória, de bordos elevados e irregulares, com uma dimensão de 5x3 centímetros (maiores eixos). A superfície da lesão apresentava características pápulo-nodulares, com pequenas áreas de ulceração crostosa e exsudado purulento. Não foram identificadas adenopatias loco-regionais à palpação, nem outras áreas de alteração da pele ou faneras.

A paciente encontrava-se apirética, hemodinamicamente estável e sem alteração do estado geral.

Diagnóstico

Perante o presente quadro clínico, foram inicialmente ponderados os diagnósticos diferenciais das diferentes infeções cutâneas granulomatosas.

Foi pedido estudo microbiológico (bacteriológico, micobacteriológico e micológico), direto e cultural do exsudado purulento, que conduziu à identificação do fungo *Sporothrix schenckii*.

Tratamento

Após confirmação diagnóstica, a paciente iniciou o tratamento com Itraconazol 200 mg por dia, repartidos em 2 tomas. A lesão remitiu após vinte dias de tratamento, tendo sido mantida a terapêutica por mais 30 dias, sem se observarem intercorrências.

Conclusão

O presente caso clínico focou o aparecimento de uma lesão cutânea, com sinais inflamatórios, ulceração e exsudado purulento, na sequência de um traumatismo, que ocorreu durante a prática de jardinagem (espinhos de roseira). Realçamos o facto de, potencialmente, esta paciente poder ter algum compromisso imunitário, decorrente da diabetes *mellitus*.

Dado o caráter inflamatório e purulento da lesão, foi iniciada a investigação etiológica, com o estudo microbiológico; contudo, a avaliação histopatológica poderia igualmente revelar utilidade diagnóstica para causas não infecciosas, mas também infecciosas, como a leishmaniose cutânea.

Por outro lado, encontra-se, ainda, disponível a prova de hipersensibilidade à esporotriquina, por injeção intradérmica, com leitura às 48 horas, cuja percentagem de positividade ultrapassa os 90% (Rodrigo *et al*, 2007).

Quanto ao tratamento da esporotricose, existem três modalidades, sendo que a escolha depende da forma de apresentação clínica e do estado geral do doente.

Nas formas cutâneo-linfáticas, utiliza-se o itraconazol ou a solução saturada de iodeto de potássio, por via oral. Nas formas extra-cutâneas, poderá estar indicado o tratamento com anfotericina B, por via endovenosa.

O itraconazol constitui o tratamento de eleição, em detrimento do iodo, embora alguns autores considerem este a primeira escolha. Após a cura clínica, deve manter-se o tratamento por mais um mês (Rodrigo *et al*, 2007).

A aplicação tópica de anfotericina B parece constituir uma modalidade terapêutica útil para as formas não complicadas de esporotricose cutânea, nas situações em que o tratamento sistémico necessita de adiamento, está contraindicado, ou na população pediátrica (Mahajan *et al*, 2015).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Barros, M. B. L., Schubach, T. P., Coll J., O., Gremião I. D., Wanke, B. & Schubach (2010) A. Esporotricose: a evolução e os desafios de uma epidemia. *Rev Panam Salud Publica*, 27(6): 455–60.
- Braunwald, E. *et al* (2013). *Medicina Interna de Harrison*. (18ª ed.). Rio de Janeiro: McGrawHill, Artmed Editora.
- Ferreira, C. W. F. *et al* (2000). *Microbiologia*. Lisboa: Lidel.

- Mahajan, V. K. *et al* (2015). Fixed cutaneous sporotrichosis treated with topical amphotericin B in an immune suppressed patient. *Medical Mycology Case Reports, Volume 7* (March 2015): 23-25.
- Rodrigo G. F. *et al* (2007). *Infeções e infestações cutâneas*. Lisboa: Lidel.
- Strohl, W. A. *et al* (2004). *Microbiologia Ilustrada*. São Paulo: Artmed Editora.

Recebido: 31 de dezembro de 2014.

Aceite: 6 de maio de 2015.