

# Caso Clínico

## Clinical Case

João Cláudio Barroso Pereira<sup>1</sup>  
Amorita Grijó<sup>2</sup>  
Rosângela Ribeiro Machado Pereira<sup>3</sup>  
Andreza Noel S Oliveira<sup>4</sup>  
Ana Cláudia de Andrade<sup>4</sup>  
Ana Cláudia M Ferreira<sup>4</sup>  
Christiane Corrêa Brant Machado<sup>4</sup>  
Débora Veiga Coutinho<sup>4</sup>  
Danilo Vale Rios<sup>4</sup>  
Bárbara Pereira Pires<sup>4</sup>

### Esporotricose disseminada – Caso clínico e discussão

### *Disseminated sporotrichosis – Clinical case and discussion*

Recebido para publicação/received for publication: 07.10.15  
Aceite para publicação/accepted for publication: 08.01.30

#### Resumo

Os autores relatam caso de doente com história prévia de alcoolismo que apresentou lesões cutâneas ulceradas, nodulares difusas no tronco e nos membros inferiores, acompanhando trajecto dos linfonodos. A doente tinha telerradiografia de tórax que mostrou infiltrado intersticial reticulonodular nas bases. O resultado da cultura de nódulo supraclavicular foi positiva para *Sporothrix schenckii*. Após tratamento específico, principalmente com iodeto de potássio, houve regressão das lesões cutâneas e do infiltrado.

Foi considerada uma discussão sobre as formas de apresentação da doença, ressaltando o acometimento pulmonar. Foram também abordados diagnóstico e tratamento da esporotricose.

Rev Port Pneumol 2008; XIV (3): 443-449

**Palavras-chave:** Esporotricose, lesões cutâneas, infiltrado intersticial nas bases.

#### Abstract

The authors report a case of a patient with a prior history of alcohol abuse who developed nodules and ulcerated skin lesions on his trunk and lower extremities along the line of the lymphatic draining area. The patient's X-ray showed reticular nodular interstitial infiltrates at the lung bases. There was a positive culture of supraclavicular lymph node for *Sporothrix schenckii*. After specific treatment using mainly potassium iodide, there was regression of cutaneous lesions and lung infiltrates.

The authors present a discussion on the diseases' forms of presentation, highlighting the lung involvement and further discuss the diagnosis and treatment of sporotrichosis.

Rev Port Pneumol 2008; XIV (3): 443-449

**Key-words:** Sporotrichosis, cutaneous lesions, interstitial infiltrates of lung bases.

<sup>1</sup> Médico do CRA-DIP do Hospital Municipal Nelson de Sá Earp e do Programa de Controle da Tuberculose da SMS-Petrópolis e do Serviço de Atendimento Especializado da SMS-Belford Roxo – Rio de Janeiro Brasil.

<sup>2</sup> Médica do DIP do Hospital Municipal Nelson de Sá Earp e Professora da Faculdade de Medicina – Petrópolis.

<sup>3</sup> Médica radiologista do Hospital Estadual Carlos Chagas e Hospital Municipal Rocha Maia – Rio de Janeiro.

<sup>4</sup> Alunos do 5.º ano do curso de Medicina da Faculdade de Medicina de Petrópolis.

Director do Hospital Municipal Nelson de Sá Earp (HMNSE): Dr. Roberto Silveira.  
HMNSE – Rua Paulino Afonso, 455 – Bairro Bingen – Petrópolis – Rio de Janeiro – Brasil.

Trabalho apresentado sob forma de poster no XXII Congresso de Pneumologia e IV Congresso Luso-Brasileiro de Pneumologia pelo médico João Cláudio Barroso Pereira.

## Introdução

A esporotricose é uma doença infecciosa crónica, com características polimórficas, provocada por um fungo dimórfico, *Sporothrix schenckii*, que se desenvolve em temperatura de cerca de 37 graus centígrados em clima temperado e tropical úmido.<sup>1,2,3</sup>

O fungo é comumente encontrado no solo, espinhos de roseiras, arbustos, em madeiras e vegetação em decomposição. Pode acometer tanto o homem, como alguns animais selvagens, domésticos e roedores.<sup>4,5</sup>

No Brasil, na região sul, a esporotricose é considerada doença ocupacional em trabalhadores como jardineiros, floristas, horticultores e agricultores que lidam com solos e vegetais contaminados pelos esporos dos fungos<sup>1</sup>. Podem ocorrer epidemias menores em pessoas que lidam com palha, feno e tijolos<sup>1,2</sup>.

## Caso clínico

Doente de 36 anos, branco, sexo masculino, natural e residente em Petrópolis, Rio de Janeiro, autónomo, desempregado, admitido para internação no Hospital Municipal Nelson Sá Earp, no Serviço de Doenças Infecto-Parasitárias, para esclarecimento das lesões ulceradas, indolores nos membros inferiores e tronco, associadas a sudorese nocturna, febre e infiltrados em bases, na telerradiografia de tórax.

As lesões cutâneas estavam espalhadas pelo tronco e membros inferiores. Começaram inicialmente, como lesão puntiforme única em região do maléolo medial da perna direita, que evoluiu para lesão ulcerada maior, purulenta, de bordos nítidos, com cerca de 6 cm de diâmetro e posterior surgimento de novas lesões, com as mesmas características. Estas

foram ascendendo pela região medial da perna, acompanhando trajecto dos linfonodos, até alcançar a raiz da coxa direita. Havia também lesões ulceradas no abdome inferior e na região posterior do tórax. Concomitante ao desenvolvimento das lesões ulceradas, referiu aparecimento de tumorações de consistência fibroelástica, não aderidas a planos profundos, com aproximadamente 1 a 2 cm, algumas inclusive com sinais flogísticos.

Dos antecedentes pessoais patológicos, o doente referiu internação aos 5 anos de idade, devido a pneumonia. Negou cardiopatias, cirurgias anteriores e alergias.

Em relação aos antecedentes sociais, havia história de etilismo crónico e tabagismo leve (cerca de meio maço, durante 15 anos.)

Nos antecedentes familiares, negou passado de diabetes, hipertensão e pneumopatias.

No exame físico e ectoscopia de admissão, o doente encontrava-se lúcido, bem orientado, no tempo e espaço, eupneico, acianótico, anictérico, hidratado, discretamente hipocorado, pulsos palpáveis e simétricos.

Na avaliação dos sinais vitais, encontrava-se hemodinamicamente estável, pressão arterial de 130×80 mmHg, frequência cardíaca de 80 batimentos por minuto e frequência respiratória de 16 incursões por minuto e afebril, apresentando 36 graus centígrados de temperatura axilar.

Na ausculta pulmonar, o murmurinho vesicular apresentava-se sem ruídos adventícios.

Na ausculta cardíaca, o ritmo era regular, em dois tempos, bulhas normofonéticas, sem sopros ou extrassístoles. O abdome era indolor, atípico, fígado palpável aproximadamente em 4 cm do rebordo costal direito, com borda romba, espaço de Traube livre. Membros sem alterações de pulsos periféricos panturrilhas estavam livres.

## ESPDRDTRICDSE DISSEMINADA – CASO CLÍNICO

João Cláudio Barroso Pereira, Amorita Grijó, Rosângela Ribeiro Machado Pereira, Andreza Noel S Oliveira, Ana Cláudia de Andrade, Ana Cláudia M Ferreira, Christiane Corrêa Brant Machado, Débora Veiga Coutinho, Danilo Vale Rios, Bárbara Pereira Pires

Havia presença das lesões ulceradas e nodulares já descritas nos membros inferiores e tronco (Figs. 1 e 2). As lesões nodulares também se localizavam próximas das úlceras observadas.

O doente foi submetido a raspado de lesão no membro inferior direito e a biópsias das lesões na região medial da perna direita e próximo do joelho, além da punção do nódulo supraclavicular direito.

A histopatologia do nódulo biopsiado revelou processo inflamatório crónico granulomatoso inespecífico.

Os exames complementares mostraram hemograma completo com discreta anemia (hematócrito de 31%), leucócitos normais, bioquímica sem alterações, provas de função hepática alteradas, as custas do aumento da bilirrubina indirecta e da fosfatase alcalina (mostrando respectivamente 0,9mg % e 1034 UI/L). Sorologias não reagentes para síndrome da imunodeficiência adquirida, hepatites e sífilis. Telerradiografia de tórax mostrava infiltrado intersticial reticular nos terços inferiores, principalmente à direita, associado a linfonodomegalia bilateral (Fig. 3). Não foi realizada tomografia computadorizada de tórax. Raio X simples de abdome sugerindo sinais de aumento hepático.

Foram levantadas hipóteses diagnósticas de leixemaniose, tuberculose cutânea, esporotricose, micobacteriose atípica e paracoccidiodomicose, principalmente em consideração ao comportamento das lesões cutâneas existentes.

Seria importante citar que, sob o ponto de vista radiológico, a sarcoidose seria considerada como diagnóstico diferencial.

Não houve necessidade de nenhum tipo de investigação para sarcoidose, uma vez que o padrão radiológico da esporotricose pulmo-



Fig. 1 – Lesões ulceradas de bordas rasas e bem delimitadas no membro inferior direito, acompanhando trajecto de linfonodos. Há presença de nódulos subcutâneos acompanhando trajecto de drenagem linfática do membro inferior direito



Fig. 2 – Nódulos subcutâneos visíveis e bem delimitados observados na região posterior do tronco, acompanhando trajecto dos vasos linfáticos

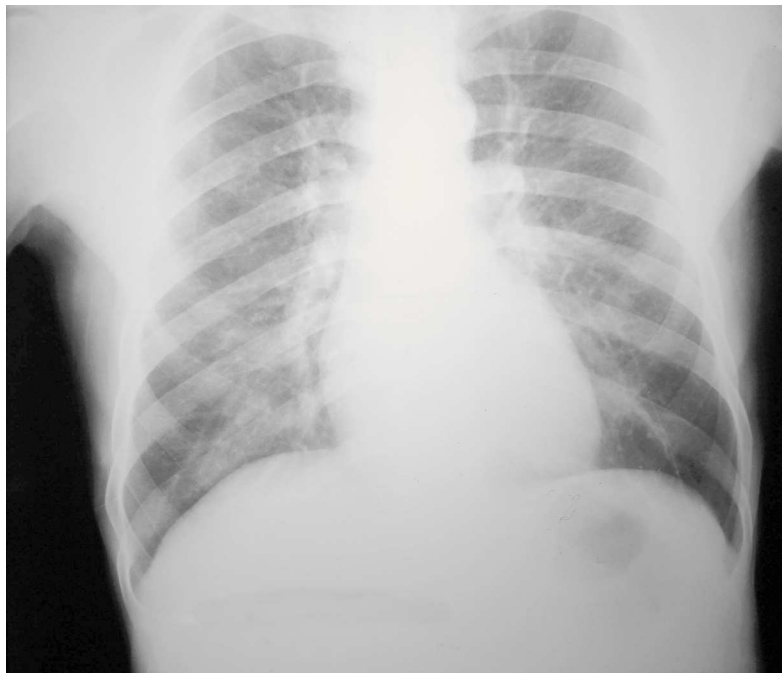


Fig. 3 – Teleradiografia de Tórax incidência em PA mostrando infiltrado intersticial reticular bilateral, predominando em base direita. Presença de linfonomegalia hilar bilateral



Fig 4 – Úlceras cutâneas em membro inferior em diversas fases de cicatrização, após tratamento, principalmente com iodeto de potássio

nar, segundo a literatura, podia simular a sarcoidose e a apresentação das lesões cutâneas foram bem sugestivas de esporotricose. Foram realizadas pesquisas para tuberculose, leishmaniose e paracoccidiodomicose. Foi solicitada intradermoreação de Montenegro. Raspado e biópsia das lesões foram negativas para tuberculose cutânea, leishmaniose e paracoccidiodomicose. A intradermoreação de Montenegro foi negativa. A punção do nódulo da região supraclavicular direita mostrou resultado de cultura positiva para *Sporothrix schenckii*, concluindo o diagnóstico.

Foi, portanto, iniciado tratamento com iodeto de potássio, 20 gotas, via oral, quatro vezes ao dia, sendo também associado ao ciclo de anfotericina B, pela via endovenosa. Porém, o doente apresentou discreto aumento dos níveis séricos de creatinina, sendo portanto suspenso tratamento com anfotericina B. Após início da terapia com iodeto de potássio, observou-se regressão e cicatrização das lesões e desaparecimento dos nódulos (Fig. 4) e involução do quadro radiológico (Fig. 5).

### Discussão

Trata-se de um caso de doente imunocompetente e etilista crônico portador de quadro linfocutâneo e pulmonar associados, com comprovação de esporotricose e boa resposta à terapêutica específica.

A esporotricose acomete mais o sexo masculino na faixa etária entre 30 e 60 anos. A maioria dos casos de esporotricose são infecções localizadas de pele e tecido subcutâneo, sem gravidade e que respondem bem a agentes antifúngicos orais. As formas de disseminação da doença descritas são: a inocula-

## ESPOROTRICOSE DISSEMINADA – CASO CLÍNICO

João Cláudio Barroso Pereira, Amorita Grijó, Rosângela Ribeiro Machado Pereira, Andreza Noel S Oliveira, Ana Cláudia de Andrade, Ana Cláudia M Ferreira, Christiane Corrêa Brant Machado, Débora Veiga Coutinho, Danilo Vale Rios, Bárbara Pereira Pires

ção directa do fungo, através de escoriações e cortes na pele e subcutâneo, em áreas mais expostas, como membros superiores e inferiores e face; propagação hematogénica, a partir do foco de inoculação inicial; e, bem mais rara, a inalação de conídios<sup>2,3,6,7</sup>.

A disseminação hematogénica é rara em doentes imunocompetentes; a partir desta pode haver acometimento pulmonar do sistema nervoso central, osteoarticular e visceral. Este tipo de disseminação é frequentemente associado a comorbidades como SIDA, etilismo crónico, diabetes *mellitus* e doença broncopulmonar obstrutiva crónica<sup>6,7</sup>.

As formas de apresentação da esporotricose classificam-se em: clássica linfocutânea, cutânea fixa, cutânea disseminada, pulmonar primária e esporotricose disseminada. Destacam-se como as mais comuns a linfocutânea e a cutânea fixa<sup>2,8,9</sup>.

O envolvimento pulmonar na esporotricose é raro, podendo manifestar-se como pulmonar primário ou pulmonar associado a doença sistémica<sup>10,11,12</sup>. O seu quadro clínico varia desde assintomático, até queixas inespecíficas, como tosse, dor torácica, febre, suores nocturnos, perda de peso, fadiga, expectoração purulenta e inclusive evolução para dispneia e hemoptise importante, com risco de vida para o doente<sup>12,13,14,15</sup>.

As características radiológicas da forma pulmonar primária da esporotricose são: infiltrado apical unilateral ou bilateral, com consolidação e, principalmente, lesões cavitárias crónicas. O aspecto tomográfico pode sugerir infiltrado em vidro fosco, associado a consolidação e presença de cavidades em ápices, indistinguível da tuberculose<sup>12,13,15,16,17</sup>.

O quadro radiológico da forma pulmonar associada a doença disseminada revela adenopatia mediastinal e hilar difusa, infiltrado



Fig. 5 – Regressão completa do infiltrado intersticial bilateral, após tratamento com iodeto de potássio. Ainda permanece linfonodomegalia hilar bilateral, mais bem evidente à esquerda, provavelmente relacionado com processo de cicatrização da doença

intersticial e alveolar, podendo haver fibrose associada, sendo difícil a sua diferenciação da sarcoidose<sup>10,11</sup>.

No caso estudado, o doente apresenta doença disseminada com Rx de tórax mostrando infiltrado intersticial bilateral e aumento de linfonodos hilares, aspecto que comparativamente recorda as características radiológicas da sarcoidose.

O envolvimento pleural pela esporotricose é fenómeno extremamente raro e apenas foram descritos cinco casos na literatura, inclusive num deles há acometimento tanto do parên-

quima quanto do líquido pleural, sugerindo que a coexistência de infiltrado pulmonar pode alterar a natureza do derrame pleural, fazendo-o parecer mais um empiema do que uma reação de hipersensibilidade auto-limitada<sup>18</sup>.

O diagnóstico diferencial das lesões cutâneas é feito com: infecções por *Nocardia brasiliensis*, micobacterioses atípicas, leixemaniose e tularemia<sup>8,20,21,22</sup>. Deve-se considerar principalmente a tuberculose como diagnóstico diferencial das lesões pulmonares, incluindo também sarcoidose, histoplasmose e neoplasia pulmonar<sup>8,16,23</sup>.

O diagnóstico da esporotricose fundamenta-se na:

- 1) Apresentação clínica, com as lesões cutâneas típicas, associadas ou não a quadros extracutâneos<sup>1,2,8,20</sup>;
- 2) Identificação do fungo e isolamento deste, a partir da cultura de secreções como pus, escarro, líquidos corporais e biópsia e histopatológico da lesão, sendo este o principal método de diagnóstico<sup>1,8,20</sup>;
- 3) Análise sorológica por métodos, como aglutinação pelo látex, apresentando positividade dos títulos após 3 a 4 semanas, sendo particularmente úteis nos casos extrapulmonares isolados ou para fins de monitorização de resposta terapêutica<sup>1,8,23</sup>;
- 4) Pesquisa de anticorpos através de técnica de contraeletroforese e imunofluorescência directa<sup>1,8,23</sup>.

No caso em questão, o diagnóstico só foi conseguido através da punção de nódulo supraclavicular com resultado positivo da cultura para esporotricose.

Para tratamento da esporotricose, empregam-se iodeto de potássio, itraconazole, anfotericina B endovenosa e cirurgia<sup>2,8,9</sup>.

O tratamento feito com itraconazole é indicado para formas localizadas ou brandas da esporotricose disseminada<sup>20,21</sup>.

A solução hipersaturada de iodeto de potássio como alternativa ao itraconazole pode ser inicialmente empregue em doentes imunocompetentes com forma cutânea mais branda e em doentes com doença pulmonar não cavitária limitada ao tórax<sup>20,22,23</sup>.

A anfotericina B endovenosa deve ser utilizada diante de falência de terapia com iodeto de potássio e itraconazole, nas formas disseminadas mais graves e nos casos de esporotricose pulmonar cavitária<sup>8,20,22</sup>.

O tratamento cirúrgico das formas pulmonares com terapia médica pré-operatória é indicado para: presença de lesões pulmonares cavitárias e ou infiltrados permanentes com falência a terapia medicamentosa, incluindo a anfotericina B; persistência de lesão cavitária não responsiva a terapêutica; ou quando esta se encontra associada a hemoptise importante, com risco de vida para o doente<sup>24</sup>.

A maioria dos casos de esporotricose relaciona-se com as infecções cutâneas que podem ser tratadas por via oral e não oferecem risco para os doentes, tendo bom prognóstico.

Formas leves e moderadas de esporotricose pulmonar respondem bem ao itraconazole, tendo resolução radiológica quase que completa, sendo descrito em alguns casos permanência de imagens radiológicas cicatríciais<sup>25</sup>.

Apresentações mais graves das formas pulmonares e osteoarticulares, a forma meníngea e a disseminada requerem tratamento com anfotericina B, endovenosa, e possuem prognóstico muito mais reservado, principalmente em doentes com síndrome de imunodeficiência adquirida.

## Conclusão

A esporotricose na região sudeste do Brasil é incomum, quando comparada principalmente com a região sul. Na cidade de Petrópolis, no Rio de Janeiro, houve apenas registos de casos de esporotricose com comprometimento linfocutâneo, sem quadro pulmonar associado.

Chama-se a atenção para diagnóstico da esporotricose quando se estiver diante de um caso de lesões cutâneas disseminadas, com achado radiológico de infiltrado intersticial e linfonodomegalia hilar em doente do sexo masculino, passado de etilismo e sem relato prévio de trauma que possibilite inoculação do fungo e história ocupacional sugestiva. É mister recordar que a confirmação do diagnóstico foi feita apenas após achado do fungo em cultura da lesão.

## Bibliografia

1. Neto RDJR, Machado AA, de Castro G, Quaglio ASS, Martinez R. Esporotricose cutânea disseminada como manifestação inicial da síndrome da imunodeficiência adquirida-relato de caso. *Rev Soc Bras Med Trop* 1999; 32(1): 57-61.
2. Kauffman CA, Hajjeh R, Chapman SW. Practice guidelines for the management of patients with sporotrichosis. For the Mycoses Study Group. *Infectious Diseases Society of America. Clin Infect Dis* 2000; 30(4): 684-7.
3. Wescott BL, Nasser A, Jarolim DR. Sporothrix meningitis. *Nurse Pract* 1999; 24(2):93-8.
4. Gori S, Lupetti A, Moscato G, Parenti M, Lofaro A. Pulmonary sporotrichosis with hypae in a human immunodeficiency virus infected patient. A case report. *Acta Cytol* 1997; 41(2):519-21.
5. Davis BA. Sporotrichosis. *Dermatol Clin* 1996; 14(1):69-76.
6. Severo LC, Londero AT. Micoses Subcutâneas. Veronesi R, Focaccia R. *Tratado de Infectologia*. Nona Edição; 1997: 1044-5.
7. Pluss JL, Opal SM. Pulmonary sporotrichosis: review of treatment and outcome. *Medicine* 1986; 65(3): 143-53.
8. Kauffman CA. Sporotrichosis. *Clin Infect Dis* 1999; 29: 231-6.
9. Kauffman CA, Pappas PG, McKinsey DS e cols. Treatment of lymphocutaneous and visceral sporotrichosis with fluconazole. *Clin Infect Dis* 1996; 22(1): 46-50.
10. Mattheus HJ, Joubert JR, Truter FC, van der Walt JJ. Systemic sporotrichosis: pulmonary complications of well known cutaneous fungal disease. A case report. *S Afr Med J* 1982; 62(13): 451-3.
11. Yang DJ, Krishnan RS e cols. Disseminated sporotrichosis mimicking sarcoidosis. *Int J Dermatol* 2006; 45(4): 450-3.
12. Losman JA, Cavanaugh K. Cases from the Osler Medical Service at Johns Hopkins University. Diagnosis: P. carinii pneumonia and primary sporotrichosis. 2004; 117(5):353-6.
13. England DM, Hochholzer L. Primary pulmonary sporotrichosis. Report of eight cases with clinicopathologic review. *Am J Surg Pathol* 1985; 9(3): 193-204.
14. Michelson E. Primary pulmonary sporotrichosis. *Ann Thorac Surg* 1977; 24(1):83-6.
15. Ramirez J, Byrd RP Jr, Roy TM. Chronic cavitary pulmonary sporotrichosis : efficacy of oral itraconazole. *J Ky Med Assoc* 1998; 96(3):103-5.
16. Haponik EF, Hill MK, Craighead CC. Pulmonary sporotrichosis with massive hemoptysis. *Am J Med Sci* 1989; 297(4):251-3.
17. England DM, Hochholzer L. Sporothrix infection of the lung without cutaneous disease. Primary pulmonary sporotrichosis. *Arch Pathol Lab Med* 1987; 111(3): 298-300.
18. Fields CL, Ossorio MA, Roy TM. Empyema associated with pulmonary sporotrichosis. *South Med J* 1989; 82(7): 910-3.
19. Belknap BS. Sporotrichosis. *Dermatol Clin* 1989; 7(2):193-202.
20. Kauffman CA. Old and new therapies for sporotrichosis. *Clin Infect Dis* 1995; 21(4):981-5.
21. Breeling JL, Weinstein L. Pulmonary sporotrichosis treated with itraconazole. *Chest* 1993; 103(1): 313-4.
22. Rohatgi PK. Pulmonary sporotrichosis. *South Med J* 1980; 73(12): 1611-7.
23. Mohr JA, Griffiths W, Long H. Pulmonary sporotrichosis in Oklahoma in susceptibilities in vitro. *Am Rev Respir Dis* 1979; 119(6): 961-4.
24. Jung JY, Almond CH e cols. Role of surgery in the management of pulmonary sporotrichosis. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1979; 77(2):234-9.
25. Comstock C, Wolson AH. Roentgenology of sporotrichosis. *Am J Roentgenology Radm Ther Nucl Med*. 1975; 125(3):651-5.