

Caso Clínico

Clinical Case

João Cláudio Barroso Pereira¹
Amorita Grijó²
Rosângela Ribeiro Machado Pereira³
Andreza Noel S Oliveira⁴
Ana Cláudia de Andrade⁴
Ana Cláudia M Ferreira⁴
Christiane Corrêa Brant Machado⁴
Débora Veiga Coutinho⁴
Danilo Vale Rios⁴
Bárbara Pereira Pires⁴

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.

¹ 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.

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

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

⁴ 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.^{1,2,3}

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.^{4,5}

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 fungos¹. Podem ocorrer epidemias menores em pessoas que lidam com palha, feno e tijolos^{1,2}.

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

nar, segundo a literatura, podia simular a sarcoidose e a apresentação das lesões cutâneas foram bem sugestivas de esporotricose. Foram realizadas pesquisas para tuberculose, leixemaniose e paracoccidiodomicose. Foi solicitado intradermoreação de Montenegro. Raspado e biópsia das lesões foram negativas para tuberculose cutânea, leixemaniose 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).

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

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-

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^{2,3,6,7}.

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^{6,7}.

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^{2,8,9}.

O envolvimento pulmonar na esporotricose é raro, podendo manifestar-se como pulmonar primário ou pulmonar associado a doença sistémica^{10,11,12}. 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^{12,13,14,15}.

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^{12,13,15,16,17}.

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

intersticial e alveolar, podendo haver fibrose associada, sendo difícil a sua diferenciação da sarcoidose^{10,11}.

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-

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

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-limitada¹⁸.

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

O diagnóstico da esporotricose fundamenta-se na:

- 1) Apresentação clínica, com as lesões cutâneas típicas, associadas ou não a quadros extracutâneos^{1,2,8,20};
- 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^{1,8,20};
- 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^{1,8,23};
- 4) Pesquisa de anticorpos através de técnica de contraeletroforese e imunofluorescência directa^{1,8,23}.

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^{2,8,9}.

O tratamento feito com itraconazole é indicado para formas localizadas ou brandas da esporotricose disseminada^{20,21}.

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^{20,22,23}.

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^{8,20,22}.

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 doente²⁴.

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 cicatríciais²⁵.

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. Micose 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.