



A esporotricose e seu impacto social

Jonas Roni Peter, Raphael Silva e Pires*, Fábio Cunha Andrade

Universidade Federal do Rio Grande - FURG
Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr.
Visconde de Paranaguá 102, Centro - CEP 96200-190
Rio Grande- RS

RESUMO

A esporotricose é uma infecção fúngica subcutânea causada pelo fungo dimórfico aeróbico denominada *Sporothrix schenckii*, sendo esta patologia resultante de inoculação traumática ou contato com animais. O presente relato descreve um caso de esporotricose em mulher de 83 anos, residente no Extremo Sul do Brasil, a dificuldade em obter o diagnóstico e o impacto social causado em sua vida

Sporotrichosis and its social impact

ABSTRACT - Sporotrichosis is a subcutaneous fungal infection caused by a dimorphic aerobic fungus, named *Sporothrix schenckii*, being results from traumatic inoculation or contact with animals. The goal of this work was to describe the Sporotrichosis in a woman, 83 years old, at the Southern tip of Brazil, difficulty in obtaining the diagnosis and the social impact in your life.

Histórico do Artigo

Recebido em: 15/10/2016

Aceito em: 03/12/2016

Palavras-chave

Esporotricose

Zoonose

Impacto Social

Keywords

Sporotrichosis

Zoonosis

Social impact.

1. Introdução

A esporotricose é uma micose profunda causada pelo fungo dimórfico *Sporothrix schenckii* que está incluindo no chamado complexo *Sporothrix schenckii*. Este complexo é composto pelas seguintes espécies: *S. albicans*, *S. brasiliensis*, *S. globosa*, *S. luriei*, *S. mexicana* e *S. schenckii*. A infecção é causada por inoculação traumática na pele ou mucosa, através de espinho de plantas, farpas de madeira, arranhadura ou mordedura de animais, sendo o gato o mais comum. O fungo é encontrado no solo, vegetais e materiais orgânicos em geral (1-5).

A doença manifesta-se mais comumente sob a forma cutâneo-linfática, mas também existem as formas: cutânea localizada, cutânea disseminada e extracutânea (sendo os órgãos mais comuns fígado, pulmão, intestino e no Sistema Nervoso Central), todas elas com evolução subaguda ou crônica. Surgem em forma de pápula ou nódulo, progredindo para goma, com ulceração e drenagem de secreção seropurulenta, podendo estar acompanhada ou não de linfangite nodular ascendente (1-5).

Apresenta uma distribuição universal, sendo mais comum em regiões tropicais e subtropicais, encontrada tanto em área rural quanto urbana. No Brasil existem regiões

endêmicas, entre elas Rio Grande (RS) e Pelotas (RS), porém por não ser uma doença de notificação compulsória, seus números exatos são desconhecidos, mas levantamentos de órgãos de saúde pública indicam o aumento de incidência na última década. O grupo mais acometido é o de mulheres na idade adulta, provavelmente devido a esse grupo manipular solos e tratar gatos com maior frequência frente a outros (1-5).

O trabalho teve por objetivo apresentar um caso de esporotricose, doença infecciosa negligenciada, subdiagnosticada com relevante impacto social em uma paciente de 83 anos.

2. Relato de caso

No ambulatório de dermatologia do Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr. foi atendida a paciente D.S.R., sexo feminino, 83 anos, natural de Piratini e residente em Rio Grande, Rio Grande do Sul, há 60 anos, previamente hipertensa, em uso de Atenol, Atensina e Hidroclorotiazida.

Queixava-se de lesão vegetante ulcerada em região masseteriana direita há 8 meses. Alega que no mesmo dia em que acolheu um filhote de gato com ferimentos crostosos em orelhas, sofreu trauma perfuro-cortante em face, com brinco, e após 14 dias do acidente, na mesma região, surgiu uma lesão papulonodular, associado a eritema não pruriginoso, indolor, com progressão longitudinal. Tal lesão evoluiu para goma, ulcerando e posteriormente drenando secreção seropurulenta (Figura 01).



Figura 01. Lesão vegetativa ulcerada em região masseteriana direita.

A paciente buscou inicialmente atendimento médico em Unidade Básica de Saúde (UBS) - Parque Marinha, Rio Grande (RS) um mês após história de trauma, onde foi tratada para dermatite, sem diagnóstico específico, com antibiótico tópico (Neomicina) associado à corticoterapia (Dexametasona) por 10 dias. Sem melhora do quadro e progressão da lesão retornou à mesma UBS para nova avaliação. No momento da nova consulta, a paciente

apresentava lesão em processo de ulceração, quando aventado a hipótese de infecção secundária a trauma local. Foi então administrado Cefalexina 500 mg, quatro vezes ao dia, por 10 dias. A paciente não completou tratamento prescrito por não observar melhora da lesão. Após três meses do trauma e com importante progressão do ferimento, compareceu em UBS - Bernadeth, Rio Grande (RS) com lesão em estágio ulceroso, associado à secreção purulenta e odor fétido. Recebeu novo tratamento para infecção secundária, visto as características da lesão no momento, repetindo o tratamento de Cefalexina 500mg, quatro vezes ao dia por 10 dias, orientado higiene local com soro fisiológico 0,9% e a paciente foi encaminhada para avaliação no Serviço de Dermatologia do Hospital Universitário da Universidade Federal do Rio Grande (HU-FURG), Rio Grande (RS) sem diagnóstico estabelecido.

No Serviço de Dermatologia foi coletada a anamnese completa. Ao exame físico foi observado lesão vegetante ulcerada em região masseteriana direita, com base eritematosa, bordos elevados, com áreas necróticas, doloroso ao toque e aumento de temperatura local, sem secreção purulenta. Paciente afebril, em bom estado geral. Foram solicitados exames laboratoriais inespecíficos (hemograma, contagem de plaquetas, função hepática e função renal, sorologias para HIV, vírus das Hepatites B e C e Sífilis [VDRL].) e específicos (exame micológico direto e cultural de raspado da lesão - não disponível no Serviço sendo realizado pelo Laboratório de Micologia de Ensino e Pesquisa da FURG), com suspeita de micose profunda.

No exame cultural houve crescimento misto de colônias de *S. schenckii*, sobrepostas por *Candida* sp. Ao exame micológico direto foram visualizados corpúsculos ovais em charuto através da coloração de Gram, confirmando a presença do fungo *S. schenckii*, entremeados a hifas de *Candida* sp. O resultado histopatológico trouxe hiperqueratose formando rolhas córneas e acentuado processo inflamatório agudo, com necrose e sem neoplasia. As demais sorologias foram negativas.

Após o diagnóstico, iniciou-se tratamento com Itraconazol, via oral, 200 mg/dia por 6 meses, porém sem regressão satisfatória da lesão. O tratamento sistêmico com o mesmo antifúngico foi mantido, porém com dose ajustada para 400mg/dia por mais 6 meses, associado a compressas geladas com Permanganato de Potássio diárias e sessões mensais de crioterapia com nitrogênio líquido. Até o momento, durante o sétimo mês de tratamento farmacológico e após uma sessão de crioterapia, houve remissão parcial da lesão. A paciente encontra-se reclusa em seu domicílio, evitando exposição em público por episódios prévios de constrangimento (6,7).

3. Discussão e Conclusão

A esporotricose é uma doença negligenciada, que segundo a definição prevalece em condições de pobreza e contribui para o quadro de desigualdade social; não atraindo investimentos de grupos farmacêuticos, estagnando novas formas de diagnósticos e tratamento. O fármaco de escolha é o Itraconazol 100-200 mg/dia por no mínimo 90 dias, totalizando um custo aproximado de R\$ 145,00 mensais (medicamento genérico cujo preço foi consultado em 10/Abr/2016 www.consultaremedios.com.br/itraconazol), sem contabilizar os exames complementares para diagnóstico da micose, tornando assim, inviável para população de baixa renda. Outro fator relevante é a demora no diagnóstico, o paciente frequentemente tem histórico de várias consultas a profissionais da saúde, inúmeros tratamentos ineficazes (antibióticos e corticóides) e aguarda em média um ano para atendimento com dermatologista ou infectologista.

No caso em questão, observou-se a dificuldade de avaliação médica especializada, retardando o diagnóstico e início de tratamento correto, além de indisponibilidade da

medicação na rede pública de saúde. Tal situação implicou em uma evolução desfavorável da lesão causando transtornos psicossociais como afastamento das atividades de integração (igreja, vizinhança, familiares e voluntariado), diminuição da autoestima e reclusão ao lar. Também houve conflitos na convivência com familiares que se queixavam do forte odor e aspecto grotesco da lesão, interferindo principalmente no período de refeições e convívio. A paciente passou a não realizar mais as refeições junto aos familiares, isolando-se. Além do sofrimento psicológico, as sessões de crioterapia causaram dor e desconforto após os primeiros dias de procedimento, contribuindo ainda mais para a dificuldade em alimentar-se.

Outro fator preocupante é a destinação do animal doente, faltando atendimento, tratamento e acompanhamento veterinário gratuito, levando ao abandono ou sacrifício desse. Além do quadro atual, complicações futuras poderão advir do longo período de manifestação da doença como depressão, má cicatrização, agravamento sistêmico e dificuldade na reinserção social (2,8).

Não existem medidas específicas para o controle desta micose, o número de profissionais de saúde capacitados é insuficiente e a indisponibilidade de exames específicos na rede pública de saúde resultam em retardo de diagnóstico, gerando prejuízos sociais, reclusão e afastamento das atividades, além de predispor à esporotricose extra-cutânea. É necessário um trabalho multidisciplinar que vise alocar conhecimento e investimento para relacionar as condições socioambientais na transmissão espacial do *S. schenckii* (9,10).

Conflito de interesses: Os autores declaram não haver conflito de interesses

Referências

- 1- Silva MB, Costa MM, Torres CC, Galhardo MC, Valle AC, Magalhães MD, Sabroza PC, Oliveira RM. Esporotricose urbana: epidemia negligenciada no Rio de Janeiro, Brasil. Cad. saúde pública. 2012; 10:1867-80.
- 2- Barros MB, Schubach TP, Coll JO, Gremião ID, Wanke B, Schubach A. Esporotricose: a evolução e os desafios de uma epidemia.
- 3- Tang MM, Tang JJ, Gill P, Chang CC, Baba R. Cutaneous sporotrichosis: a six- year review of 19 cases in a tertiary referral center in Malaysia. International Journal of Dermatology. 2012 ; 51(6):702-8.
- 4- De Lima Barros MB, De Oliveira Schubach A, Galhardo MC, Schubach TM, Reis RS, Conceição MJ, Valle AC. Sporotrichosis with widespread cutaneous lesions: report of 24 cases related to transmission by domestic cats in Rio de Janeiro, Brazil. International journal of dermatology. 2003 ; 42(9):677-81.
- 5- Rivitti EA. Manual de dermatologia clínica de Sampaio e Rivitti. Artes Médicas Editora; 2014.
- 6- López-Romero E, del Rocío Reyes-Montes M, Pérez-Torres A, Ruiz-Baca E, Villagómez-Castro JC, Mora-Montes HM, Flores-Carreón A, Toriello C. Sporothrix schenckii complex and sporotrichosis, an emerging health problem. Future Microbiology. 2011; 6(1):85-102.
- 7- Motswaledi H. Sporotrichosis: A case report and literature review. Journal of Clinical & Experimental Dermatology Research. 2011; 2:132.
- 8 - da Cruz LC. Complexo *Sporothrix schenckii*. Revisão de parte da literatura e considerações sobre o diagnóstico e a epidemiologia. Veterinária e Zootecnia. 2013 ; 22:20:08-28.
- 9- Mahajan VK. Sporotrichosis: an overview and therapeutic options. Dermatology research and practice. 2014; 2014:1-13.
- 10- Lopes-Bezerra LM, Schubach A, Costa RO. *Sporothrix schenckii* and sporotrichosis. Anais da Academia Brasileira de Ciências. 2006;78(2):293-308.