



ESPOROTRICOSE: FORMA CUTÂNEO-LINFÁTICA

Instituto de Dermatologia Prof. Rubem D. Azulay

Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro

Chefia: Dr. David Rubem Azulay

Enfermaria 29 – Chefia: Dra. Deborah B. Soares

LUCIA MONTES M ; RAQUEL M BICHARA; MARYI LOPEZ; DEBORAH SOARES.

INTRODUÇÃO

A esporotricose é uma micose profunda causada por um fungo dimórfico, o *sporothrix schenckii*, saprófito com reservatório natural no solo, vegetais e madeira apodrecida. Tem distribuição universal com predomínio em regiões de clima tropical e subtropical. A doença apresenta-se com várias formas clínicas: cutâneo-linfática, cutâneo-localizada, extracutânea visceral e disseminada.

RELATO DE CASO

Paciente masculino, 60 anos, negro, natural e residente do Rio de Janeiro, referindo há 40 dias surgimento de lesão úlcero-crostosa no terço distal da perna direita. O quadro evoluiu em 5 dias com o aparecimento de lesões semelhantes seguindo trajeto ascendente no membro inferior direito.

Exame dermatológico: Múltiplas lesões ulceradas circulares, medindo aproximadamente 1 cm de diâmetro, bem delimitadas, com hiperpigmentação ao redor, seguindo trajeto linear ascendente no membro inferior direito. Linfadenopatia inguinal direita.

HD: Esporotricose cutâneo- linfática e Leishmaniose tegumentar.

Ex. laboratoriais, EAS e radiografia do membro inferior sem alterações.

Cultura: conídios ovais dispostos em forma de "margarida" na extremidade do conidióforo.

Histopatológico: células epitelióides e gigantes tipo langhans, infiltrado linfoplasmocitário.

Diagnóstico: Esporotricose forma cutâneo linfática.



Lesão ulcerada, de bordas irregulares, elevadas, centro profundo, com exudato purulento, no membro inferior direito.

CONCLUSÃO

Classificamos o caso descrito como esporotricose cutâneo-linfática, a forma mais comum de apresentação da doença, sendo seu quadro clínico muito sugestivo do diagnóstico. O método preferencial para confirmação de diagnóstica é o cultivo de material colhido nas lesões. Foi realizado tratamento com solução saturada de iodeto de potássio durante 3 meses obtendo cura clínica; outras opções de tratamento são o itraconazol e anfotericina B, usada nas formas disseminadas e em imunocomprometidos.



Lesões ulceradas circulares, medindo aproximadamente 1 cm de diâmetro, bem delimitadas, com hiperpigmentação ao redor, seguindo trajeto linear ascendente no membro inferior direito.

Referências Bibliográficas:

1. Accioly JWF, Jacques CSC, Leverone AP et al. Itraconazol no tratamento da esporotricose. Relato de 3 casos. *Anais Bras Dermatol* 1993; 68 (2): 117-119.
2. Azulay, RD; Azulay, DR; Azulay-Abulafia L. *Dermatologia*. 5ª ed. Cap. 25: Micoses Subcutâneas e Sistêmicas. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2008: 375-378.
3. Campbell, I. Sporotrichosis. In: Tyring SK, Lupi O, Hengge UR.
4. *Tropical Dermatology*. USA, Philadelphia: Elsevier, 2006: 200-203.
5. Campbell, I. Esporotricose. In: Talhari S & Garrido-Neves R. *Dermatologia Tropical*. Rio de Janeiro: Soc. Impressora Americana, 1997: 167-183.
6. Carvalhaes, J. *Micologia Médica*. Rio de Janeiro: J. Carvalhaes de Oliveira, 1999. P: 89-95.
7. Donadel KW, Reinoso YD, Oliveira JC de, Azulay RD. Esporotricose: Revisão. *Anais Bras Dermatol* 1993; 68(1): 49-52.
8. Jay RJ. Deep Fungal Infections. In: Freedberg IM, Eisen AZ, Wolff K, Austen KF, Goldsmith LA, Katz SI, Fitzpatrick TB. *Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine*. vol. 2. 5th Ed. New York: McGraw-Hill, 1999:2372-73.