

ESPOROTRICOSE CUTÂNEA DISSEMINADA EM PACIENTE COM IMUNOSSUPRESSÃO SECUNDÁRIA AO USO DE CORTICOIDE: RELATO DE CASO

Recebido em: 11/09/2023

Aceito em: 09/10/2023

DOI: 10.25110/arqsaude.v27i10.2023-005

Júlia Regina Chaves Pires Leite¹
Jaime Emanuel Brito Araújo²
Filipe Cruz Carneiro³
Edna Silvia Pereira Borba⁴
Melina Pereira Fernandes Paiva⁵
Raphael Bastos Palitot de Brito⁶
Juan Demetrios Casado Liberal⁷
Esther Bastos Palitot⁸

RESUMO: Esporotricose é uma infecção ubíqua e cosmopolita com apresentação clínica diversificada, podendo acometer humanos por meio da inoculação traumática na pele. O diagnóstico é feito através da história clínica e do isolamento do fungo na cultura. Este artigo objetiva relatar um caso clínico de esporotricose cutânea disseminada, ocorrido em Campina Grande-PB, atendido no Hospital Universitário Alcides Carneiro, e realizar uma breve revisão de literatura a respeito dessa patologia e seus aspectos clínicos e laboratoriais. O paciente se encontrava imunossuprimido por uso de corticoide e apresentava lesões disseminadas pelo corpo. Ele não apresentou boa resposta a terapia inicial com Itraconazol.

PALAVRAS-CHAVE: Esporotricose; Corticosteroides; Úlcera.

DISSEMINATED CUTANEOUS SPOROTRICHOSIS IN A PATIENT WITH IMMUNOSUPPRESSION SECONDARY TO CORTICOSTEROID USE: CASE REPORT

ABSTRACT: Sporotrichosis is a ubiquitous and cosmopolitan infection with diverse clinical presentation, it can affect humans through traumatic inoculation in the skin. Diagnosis is accomplished through clinical history and isolation of the fungus in culture.

¹ Graduada em Medicina pela Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba (FCM-PB).

E-mail: julia.r.chaves.s@gmail.com

² Graduado em Medicina pela Universidade Federal de Campina Grande (UFCG).

E-mail: jaimearaujo1@hotmail.com

³ Graduado em Medicina pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB).

E-mail: filipecar@gmail.com

⁴ Graduada em Enfermagem pela Faculdade Nova Esperança (FAMENE).

E-mail: ednasilvia1986@gmail.com

⁵ Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB).

Email: melpfernandes@hotmail.com

⁶ Graduando em Medicina pelo Centro Universitário de João Pessoa (UNIPÊ).

E-mail: bastosraphaelbastos@gmail.com

⁷ Mestrando do Programa de Pós-Graduação Modelos de Decisão e Saúde pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB). E-mail: drjuandemetrios@hotmail.com

⁸ Doutora em Farmacologia pelo Programa em Produtos Naturais e Sintéticos Bioativos (PPGPN) da Universidade Federal da Paraíba (UFPB). E-mail: estherpalitot@hotmail.com

This article aims to report a clinical case of disseminated cutaneous sporotrichosis, which occurred in Campina Grande-PB, treated at the Alcides Carneiro University Hospital. A brief literature review regarding this pathology and its clinical and laboratory aspects is conducted. The patient was immunosuppressed secondary corticosteroid use and presented disseminated lesions throughout the body. The initial therapy with Itraconazole did not yield a favorable response.

KEYWORDS: Sporotrichosis; Corticosteroids; Ulcer.

ESPOROTRICOSIS CUTÂNEA DISEMINADA EN PACIENTE CON INMUNOSUPRESIÓN SECUNDARIA AL USO DE CORTICOIDES: REPORTE DE UN CASO

RESUMEN: La esporotricosis es una infección ubicua y cosmopolita con una presentación clínica diversa, puede afectar a los seres humanos a través de la inoculación traumática en la piel. El diagnóstico se logra a través de la historia clínica y el aislamiento del hongo en cultivo. Este artículo tiene como objetivo reportar un caso clínico de esporotricosis cutánea diseminada, que ocurrió en Campina Grande-PB, tratado en el Hospital Universitario Alcides Carneiro. Se realiza una breve revisión de la literatura sobre esta patología y sus aspectos clínicos y de laboratorio. El paciente estaba inmunosuprimido debido al uso de corticosteroides y presentaba lesiones diseminadas en todo el cuerpo. La terapia inicial con Itraconazol no dio una respuesta favorable.

PALABRAS CLAVE: Esporotricosis, Corticosteroides, Úlcera.

1. INTRODUÇÃO

A esporotricose é uma micose subcutânea pápulo-nodular, úlcero-gomosa. Doença geralmente limitada à pele, apresenta-se na forma disseminada em imunodeprimidos. Epidemiologicamente, a infecção, subaguda ou crônica, tem distribuição ubiqüitária e cosmopolita, sendo hoje evidenciada principalmente no meio urbano. Apesar de ser micose universal, é bem mais ocorrente em condições climáticas tropical e subtropical. (NEVES et al., 2018).

Causada pelo fungo dimórfico *Sporothrix schenckii*, que usualmente é inoculado por ocasião de um traumatismo, determina micose cutânea, porém, ocasionalmente, propágulos do fungo podem ser inalados causando a forma sistêmica da micose. A incidência é variável de país a país, sendo a forma sistêmica raramente assinalada na América Latina (CORDEIRO et al., 2011).

Assim, este estudo teve por objetivo relatar o caso de um paciente portador de esporotricose disseminada decorrente a uso crônico de glicocorticoide, descrever seu quadro clínico, bem como as ferramentas utilizadas para diagnóstico e a posterior abordagem terapêutica.

2. METODOLOGIA

Este trabalho é um estudo descritivo, com abordagem qualitativa, do tipo relato de caso clínico. O tema abrange um caso de esporotricose na forma cutânea disseminada em um paciente imunodeprimido por uso de corticoide em dose alta, ocorrido no município de Campina Grande, estado da Paraíba, o qual não teve boa resposta à terapia inicial estabelecida. O presente estudo foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) parecer 5.914.151 e CAAE 66890722.0.0000.5182, tendo a concordância do paciente com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

3. RELATO DE CASO

Paciente do sexo masculino, 41 anos, natural e procedente de Alagoa Nova, Paraíba (PB), ajudante de pedreiro, porém refere que vinha inativo após acidente automobilístico no qual teve fratura exposta de tíbia direita, quando foi submetido a procedimento cirúrgico e teve boa cicatrização. Procurou vários médicos, até que com o passar dos meses e com a piora clínica foi para uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA), a qual o encaminhou para o Hospital Universitário Alcides Carneiro em Campina Grande- PB (HUAC). Chegou no HUAC após 11 meses do surgimento da primeira lesão em membro inferior esquerdo, uma lesão nodular única que evoluiu para úlcera purulenta, com aumento progressivo em seu tamanho e se disseminou coxa proximal e rosto.

Fez uso de vários esquemas antimicrobianos, sem melhora efetiva, tendo sido associado prednisona 1 mg/kg/dia, por 6 meses, evoluindo com disseminação das lesões e com fácies cushingoide. Ao exame dermatológico apresenta úlceras, as menores com bordas regulares e as maiores com bordas irregulares; com presença de lesões satélites em perna e coxa proximal direita e em região supraorbital esquerda. Lesão ulcerada em membro inferior direito, com bordas irregulares, apresentando eritema e discreto edema circunvizinho em região com exsudato serosanguinolento. Lesão supraorbital com presença de crostas melicéricas (Figura 1).

Figura 1– A) Lesões em perna direita na admissão do paciente no HUAC. B) Lesão em face na admissão do paciente



Fonte: Imagens cedidas gentilmente por Júlia Regina Chaves Pires Leite (2023)

Foi hospitalizado no serviço, tendo sido feito desmame da prednisona, coleta de fragmentos de tecido das lesões da perna para estudo histopatológico e cultura microbiológica.

O exame histopatológico evidenciou hiperplasia pseudoepiteliomatosa e denso infiltrado inflamatório subepitelial rico em plasmácitos. O exame micológico e cultura revelaram a presença, no tecido, de *Sporothrix schenckii*, (Figura 2) *Candida krusei* e *Penicillium spp*, recebendo alta hospitalar com uso de Itraconazol 200mg/dia.

Figura 2- Micromorfologia: *Sporothrix schenckii*- hifas hialinas septadas, conidióforos que originam conídios primários hialinos em arranjo de margarida.



Fonte: Imagem cedida gentilmente por Júlia Regina Chaves Pires Leite (2023)

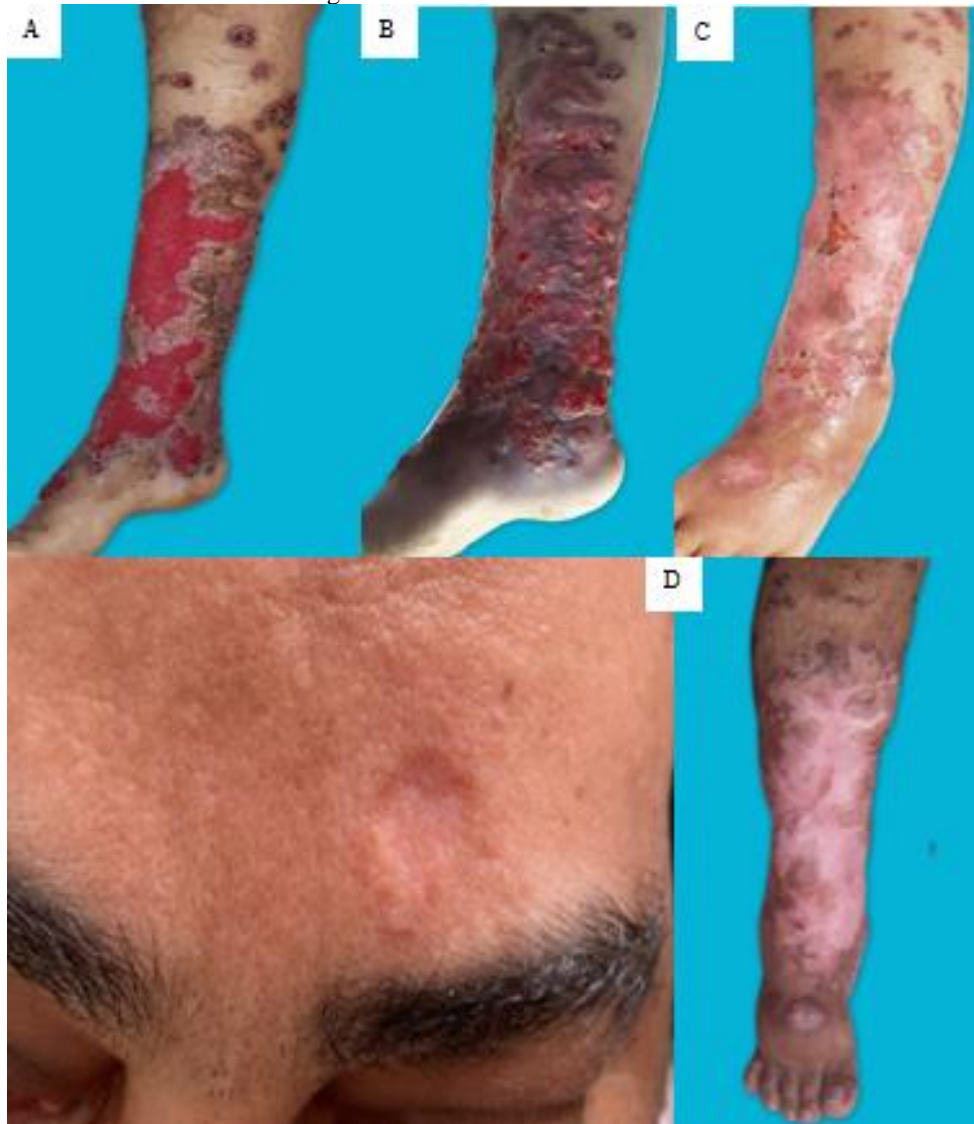
Após 80 dias de tratamento, constatou-se, em consulta de acompanhamento, que não houve evolução favorável do quadro, com persistência das lesões.

Decidiu-se pela administração de Complexo Lipídico de Anfotericina B, na dose de 5 mg/kg/dia, com duração de sete dias, tendo evoluído com melhora considerável e progressivamente rápida das lesões, com boa evolução (Figura 3).

Foi instituída terapia de manutenção com Itraconazol 400mg/dia. Após 30 dias de tratamento, evoluiu com acentuada piora das lesões.

Optou-se, portanto, por realizar novo ciclo de Complexo Lipídico de Anfotericina B, na dose de 5 mg/kg/dia, com duração de 10 dias. Após esse retratamento, pode-se ver a evolução da cicatrização das lesões, com fechamento quase completo de todas as lesões.

Figura 3 – A) Lesões em perna direita logo após tratamento com Anfotericina B. B) Piora das lesões - 30 dias de tratamento de manutenção com Itraconazol, após tratamento com Anfotericina B. C) Lesões em perna direita e face após retratamento com Anfotericina B Lipossomal com maior dose. D) Lesão em pernas após 2 meses do tratamento de manutenção com Anfotericina convencional 3 vezes semana e seguido de 2 meses 2 vezes semana.



Fonte: Imagens cedidas gentilmente por Júlia Regina Chaves Pires Leite (2023)

O paciente fez profilaxia secundária com Anfotericina B Desoxicolato, mantendo aplicação semanal na dose de 150mg (50mg 3x semana) por 2 meses, como apesar da melhora ainda apresentava uma lesão central que não tinha cicatrizado por completo optamos por manter por mais 2 meses a profilaxia com uma dose de 100mg por semana (50mg 2x semana), totalizando 4 meses de profilaxia secundária. Além de optar-se pelo uso do curativo tipo compressa de adesivo bacteriano, à base de Cloreto de Dialquil Carbamoil, com troca diária por 1 semana e posteriormente troca a cada 48h. Após 1 mês de uso observou-se cicatrização da lesão.

4. DISCUSSÃO

Foi apresentado um caso de esporotricose na forma cutânea disseminada em um paciente previamente imunocompetente, porém que se encontrava imunodeprimido por uso de corticoide em dose imunossupressora, ocorrido no município de Campina Grande-PB, que não teve boa resposta à terapia com Itraconazol.

Estudos realizados em outros estados mostraram o aumento no número de casos de esporotricose nas últimas décadas, considerada como a doença de transmissão zoonótica mais comum (TAVARES; MARINHO, 2015). Durante consulta foi revelado que a esposa do paciente há meses não dormia na mesma cama dela, por receio de adquirir a doença do marido, além de evitar qualquer contato físico, assim ressalta-se que é importante explicar os meios de transmissão para evitar situações e atitudes desnecessárias como esta relatada.

A esporotricose é uma doença infecciosa crônica, com características polimórficas, provocada por um fungo dimórfico, o *Sporothrix spp.* que se desenvolve em temperatura de cerca de 37 graus centígrados em clima temperado e tropical úmido. 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. Não é contagiosa, porém pode ser adquirida de animais (quase sempre gatos) (TAVARES; MARINHO, 2015). Durante interrogatório o paciente negou contato com gato, ou outros animais, porém relatou que morava em um sítio e que alimentava os porcos e tinha contato direto com o solo.

De acordo com o modo de penetração do fungo no organismo humano, distinguem-se dois tipos de micose e, em cada uma delas, formas clínicas, assim esquematizadas: esporotricose subcutânea (cutâneo-linfática, cutânea localizada e cutânea disseminada) e extra cutâneas (TAVARES; MARINHO, 2015).

A forma cutâneo-linfática é a mais comum (~70% dos casos) e a mais característica, iniciando no ponto de inoculação do fungo por uma pápula ou nódulo que úlcera e se estende por contiguidade, algo que não foi evidenciado no paciente em questão. A forma cutânea disseminada ocorre especialmente em pacientes com comprometimento do sistema imunológico, como no caso apresentado. Após a incubação através da pele, ocorre disseminação por via hematológica, com lesões inicialmente subcutâneas, amolecidas, que se ulceram após semanas ou meses. É bastante rara, mas tem sido descrita em pacientes com imunossupressão, presente neste paciente. Se

apresenta com nódulos subcutâneos, sólidos, distribuídos pelo tegumento, podendo ser supurativas. Resultam da disseminação hematogênica e geralmente se associa a doença subjacente (diabetes, sarcoidose, mieloma múltiplo, aids) ou uso de imunossuppressores, fato evidenciado neste caso clínico (TAVARES; MARINHO, 2015).

O excesso dos glicocorticoides suprime a resposta imunológica normal. O efeito anti-inflamatório e imunossupressor dos glicocorticóides ocorre por eles interferirem na circulação das células imunes, diminuindo o número de linfócitos periféricos, principalmente linfócitos T e inibindo o acúmulo de neutrófilos no local da inflamação; promovem apoptose das células linfoides, inibem a síntese de citocinas, inibem a resposta proliferativa dos monócitos ao fator de estimulação de colônias e sua diferenciação, inibem a ação da histamina, e a síntese das prostaglandinas. Além disso, o uso de glicocorticoides atenuam a hiperproliferação de queratinócitos, inibem a produção de fatores de crescimento e dificultam a migração celular e a angiogênese, trazendo efeitos deletérios na cicatrização de feridas (DA SILVA et al., 2023). Este paciente estava em uso de dose imunossupressora e logo na admissão hospital foi iniciado o desmame de forma gradual.

O exame físico permite a tipificação, topografia e distribuição lesional. O diagnóstico deve amparar-se no citodiagnóstico; exame micológico; histopatologia; provas sorológicas; ou testes intradérmicos. (LARSSON, 2011).

Nas formas cutâneas, o tratamento pode ser feito com iodeto de potássio; nas pulmonares com Anfotericina B; e nas demais com Itraconazol (200 - 400mg diários) (LARSSON, 2011). No paciente em questão, não houve boa resposta ao Itraconazol, sendo necessário o uso de Anfotericina B na dose de 5mg/kg, fato talvez agravado pela presença de outros elementos fúngicos além do *Sporothrix schenckii*.

Geralmente a afecção em questão tem um bom prognóstico, tanto na forma subcutânea quanto na sistêmica; porém oscila em função da condição imunitária do paciente, da extensão e do tempo da evolução do quadro. Neste caso, devido ao comprometimento imunitário induzido por fármacos, justifica-se a evolução mais grave, lenta e arrastada.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Evidenciou-se um caso raro de lesões por esporotricose cutânea disseminada, com possível resistência ao Itraconazol e com resistência intermediária à Anfotericina B.

Sendo assim, torna-se imprescindível a importância do diagnóstico precoce e da cautela no uso de corticosteroides, os quais podem fomentar a disseminação de algumas doenças inicialmente localizadas e que teriam melhor prognóstico. Além da relevância da comunicação clara com o paciente sobre sua patologia e seus aspectos gerais, incluindo os meios de transmissão e cuidados necessários.

A principal limitação do estudo está no fato de se tratar de um relato de caso, que é inferior a outras metodologias como estudos de coorte, caso controle ou revisões sistemáticas.

REFERÊNCIAS

- CORDEIRO, F.N. et al;. Ocorrência familiar de esporotricose zoonótica. **Anais Brasileiro de Dermatologia**. v.86, n.4, s.1, p.121-124, 2011.
- DA SILVA, M.T. et al. Desafios na conduta terapêutica em pacientes acometidos com feridas crônicas. **Arquivos De Ciências Da Saúde Da UNIPAR**. v. 27, n.3, p. 1242-1268, 2023.
- LARSSON CE. Esporotricose. **Res. Anim. Sci.**, v. 48, n. 3, p. 250-259, 2011. São Paulo, SP.
- NEVES, Barbara F. *et al.* Esporotricose relato de caso. **Revista de Ciências da Saúde Nova Esperança**, [S.L.], v. 16, n. 1, p. 26-32, 2018.
- TAVARES, Walter; MARINHO, Luiz Alberto Carneiro. Esporotricose. In: TAVARES, Walter; MARINHO, Luiz Alberto Carneiro. **Rotinas de Diagnóstico e Tratamento das Doenças Infecciosas e Parasitárias**. 4. ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2015. p. 377-381.
- VERONESI, Ricardo; FOCACCIA, Roberto. Esporotricose. In: VERONESI, Ricardo; FOCACCIA, Roberto. **Tratado de Infectologia**. 5. ed. São Paulo: Atheneu, 2015. p. 1571-1610.
- CARVALHO GSM; VEASEY JV; Esporotricose cutânea imunorreativa. **Anais Brasileiro de Dermatologia**. v. 95, n. 6, p.737-739, 01 nov. 2020.
- PALITOT EB et al; Esporotricose: descrição de caso clínico. *Revista Científica UMC*. v.5, n.2, agosto 2020
- SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. **Vigilância e Manejo Clínico da Esporotricose Humana no Município de São Paulo**. São Paulo: Nota Técnica 09 DVE/DVZ/COVISA/2020. Acesso: 05, mar., 2021.