



## **Esporotricose tegumentar e esporotricose ocular associada a síndrome oculoglandular de parinaud (sop) tratadas na Fiocruz, RJ**

Rafaela Dunkel Duarte<sup>1</sup>; 0000-0003-2690-0202

Natália Rivoli Rossi<sup>2</sup>; 0000-0003-1707-9651

Natália Aparecida Alves<sup>3</sup>; 0009-0009-2088-5508

Luiz Henrique Conde Sangenis<sup>4</sup>; 0000-0002-5948-6282

1 – UniFOA, Centro Universitário de Volta Redonda, Volta Redonda, RJ.  
[rafitadankel@hotmail.com](mailto:rafitadankel@hotmail.com)

2 – UniFOA, Centro Universitário de Volta Redonda, Volta Redonda, RJ.  
[ntlrossi@gmail.com](mailto:ntlrossi@gmail.com)

3 – UniFOA, Centro Universitário de Volta Redonda, Volta Redonda, RJ.  
[nataliaalves.med@yahoo.com](mailto:nataliaalves.med@yahoo.com)

4 – UniFOA, Centro Universitário de Volta Redonda, Volta Redonda, RJ.  
[luiz.sangenis@foa.org.br](mailto:luiz.sangenis@foa.org.br)

**Resumo:** A esporotricose é uma zoonose transmitida por felinos portadores do fungo *Sporothrix*, que podem causar lesões localizadas ou generalizadas no hospedeiro. O fungo não é capaz de ultrapassar a barreira cutânea, devendo, portanto, ser inoculado através de arranhadura, fômites contaminados ou espirros. Na pele de humanos causam úlceras dolorosas, pruriginosas, pustulares e não cicatriciais. Na mucosa ocular causa conjuntivite granulomatosa associada a linfadenomegalia, caracterizando a Síndrome Oculoglandular de Parinaud (SOP), sendo lesões dolorosas, hiperemia conjuntival, diminuição da acuidade visual e secreção. Tem importância em saúde pública principalmente nos indivíduos imunocomprometidos e portadores de doenças crônicas e terminais. É doença endêmica em alguns estados brasileiros, como Rio de Janeiro, São Paulo, Pernambuco, Paraíba, Bahia e Minas Gerais. O diagnóstico é feito por meio da anamnese, sinais e sintomas clínicos e exames complementares, como imuno-histoquímica ELISA, cultivo fúngico ou histopatologia. Os diagnósticos diferenciais incluem leishmaniose, piodermite bacteriana e infecções fúngicas. O tratamento de eleição é com itraconazol na dose de 100 mg/dia até a completa regressão dos sinais e sintomas, que varia de, no mínimo, 12 semanas. O devido relato de experiência é de um dos autores, que veio a adquirir a esporotricose ocular e tegumentar na rotina clínica veterinária, a qual teve dificuldade de diagnóstico, que somente foi esclarecido no Instituto de Infectologia Evandro Chagas (INI) da Fiocruz, RJ. O objetivo desse artigo é relatar sinais e sintomas da esporotricose nessa paciente, diagnóstico e tratamento. Os sinais foram compatíveis com a SOP e afecção tegumentar, com evolução de 20 dias pós arranhadura de gato. Foram necessários 98 dias de medicação para a completa regressão das feridas, no entanto foi prescrito itraconazol na dose de 100 mg a cada 12 horas. Portanto, embora seja uma doença de notificação compulsória no Rio de Janeiro, houve dificuldade no diagnóstico, sugerindo-se a ampliação de medidas de vigilância e controle no estado.

**Palavras-chave:** Esporotricose. Zoonose. Pele. Mucosa. Itraconazol.



## INTRODUÇÃO

A esporotricose, micose subcutânea mais frequente em países de clima quente e úmido, tem sua transmissão classicamente descrita por inoculação traumática com plantas ou solo com fungos do gênero *Sporothrix*. Entretanto, atualmente, é notável a transmissão zoonótica por mordedura, arranhadura ou contato direto com gatos infectados (BARROS *et al.*, 2011).

O primeiro pesquisador a descrever a doença foi Benjamin Schenck, em 1898 nos Estados Unidos. Em 1900, Hektoen e Perkins relataram essa doença em uma criança e nomearam o fungo causador de *Sporothrix schenckii* (HEKTOEN, PERKINS, 1900). Os gatos têm sido a escolha de preferência para a adoção e compra devido a verticalização de moradias e desmistificação da espécie. Sendo assim, essa mudança do perfil dos tutores em relação aos cães e gatos resultou em impactos para saúde pública no Brasil, como o aumento dos casos de esporotricose no Rio de Janeiro, em que mais de 5.000 casos já foram registrados (GREMIÃO *et al.*, 2017; CABANES, 2020). Atualmente, é uma zoonose de notificação compulsória nos estados do Rio de Janeiro, Pernambuco, Paraíba e nos municípios de Guarulhos (São Paulo), Camaçari (Bahia) e Conselheiro Lafaiete (Minas Gerais) (FALCÃO *et al.*, 2019).

A esporotricose é uma doença negligenciada, um dos motivos que geram dificuldades de diagnóstico e tratamentos ineficazes (FURTADO *et al.*, 2019). As formas cutâneas localizadas, de evolução benigna, predominam. Raramente, ocorre disseminação e acometimento extracutâneo, por vezes fatal, em geral em pacientes com condições imunossupressoras, como AIDS e etilismo (FREITAS *et al.*, 2014). Quando afeta a articulação, pode resultar em derrame, sinovite ou destruição total da articulação, em caso de acometimento pulmonar assemelha-se à clínica da tuberculose e sarcoidose. O comprometimento ocular pode gerar coceira, eritema, secreção, fotofobia e diminuição da acuidade visual (FURTADO *et al.*, 2019).

O diagnóstico diferencial da esporotricose cutânea inclui leishmaniose, paracoccidiodomicose, cromoblastomicose, blastomicose, tuberculose, piodermite bacteriana, abscessos subcutâneos de tularemia, sífilis primária, doença da arranhadura do gato e infecções causadas por micobactérias atípicas como *Mycobacterium marinum* (RIPPON, 1988).

Até 2001, o itraconazol era administrado em regime padrão de 100 mg/dia via oral durante pelo menos 12 semanas, mesmo que as lesões pudessem ser curadas em



um período mais curto. Desde 2002, a duração do tratamento é estabelecida pela evolução das lesões (BARROS et al., 2004).

O diagnóstico é feito correlacionando-se dados clínicos, epidemiológicos e laboratoriais. A confirmação diagnóstica laboratorial é feita por meio do isolamento do fungo obtido de material de biópsia ou aspirado de lesões. Nos casos mais graves, amostras como escarro, sangue, líquido sinovial e líquor podem ser analisadas. Técnicas sorológicas são ferramentas diagnósticas que auxiliam no resultado rápido, tanto nos indivíduos que apresentam formas clínicas cutâneas quanto atípicas, inclusive manifestações sistêmicas dessa zoonose (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2024).

O objetivo desse artigo é relatar a experiência sobre Esporotricose Tegumentar e Ocular associada a Síndrome Oculoglandular de Parinaud (SOP) tratadas na Fiocruz, RJ, descrevendo sinais, sintomas, diagnóstico e evolução do tratamento.

## METODOLOGIA

O devido relato trata-se de uma experiência de adoecimento e tratamento de um dos autores, o qual teve dificuldade de diagnóstico, por outros médicos, antes de procurar o Instituto de Infectologia Evandro Chagas (INI) da Fiocruz, RJ.

Paciente do sexo feminino, 28 anos, Médica Veterinária, deu entrada no INI da Fiocruz, RJ apresentando lesões na mucosa ocular esquerda e lesão na região palmar direita com evolução de 20 dias. Histórico de manipulação de felinos durante a rotina de trabalho na clínica, no qual foi arranhada no braço direito, efetuou a lavagem com clorexidina 2% do local e das mãos, porém não foram utilizados EPIs durante o contato. O felino não apresentava lesões aparentes, e se tratando de um animal errante, não havia histórico de doença prévia.

O diagnóstico foi feito por meio da anamnese, exame físico e exame imunodiagnóstico ELISA para o fungo *Sporothrix*.



## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na inspeção e palpação, as lesões em mucosa ocular se apresentaram como Síndrome Oculoglandular de Parinaud, com úlceras na pálpebra inferior, ceratoconjuntivite seca, hiperemia, edema, prurido, dor, diminuição da acuidade visual e diminuição da abertura palpebral (Imagens 1a, 1b, 1c.), além de linfadenopatia pré-auricular. A paciente não relatou contato da mão infectada com a mucosa ocular, no entanto, por ser alérgica aos pelos, supôs-se que o felino espirrou, inoculando os esporos do fungo e a mesma levou às mãos aos olhos, abrindo a porta de entrada para a infecção.

Imagens: 1a e 1b - lesões em mucosa ocular caracterizando Síndrome de Parinaud. 1c - edema palpebral com diminuição do ângulo de abertura e consequente diminuição da acuidade visual.



Fonte: (DÜNKEL-DUARTE, 2024)

A inspeção e palpação da lesão na região palmar direita evidenciou aumento de volume, prurido, hiperemia local e secreção purulenta (Imagem 2). Os linfonodos não se mostraram reativos.



Imagem 2 – lesão ulcerativa em pele.



Fonte: (DÜNKEL-DUARTE, 2024)

O exame sorológico ELISA para esporotricose se mostrou reagente, sendo prescrito tratamento com cápsulas de Itraconazol na dose de 100 mg a cada 12 horas, uso contínuo, com suco de limão ou laranja, até a completa regressão dos sintomas. Foi solicitado retorno mensal para reavaliação, com boa evolução do quadro. Foram necessários 98 dias de tratamento, com boa evolução do quadro e a paciente recebeu alta médica, de modo que não houve sequelas.

De acordo com o estudo de revisão de RAMÍREZ-SOTO et al., (2021), foram identificados 21 relatos de casos ou séries de casos de esporotricose com envolvimento ocular e comprometimento da conjuntiva. A idade média dos pacientes foi de  $33,33 \pm 21,81$  anos, o que está de acordo com o relato deste estudo.

Corroborando com os mesmos autores, o olho esquerdo foi mais comumente afetado que o direito e associado a Síndrome Oculoglandular de Parinaud, sem relato de trauma anterior relacionado à conjuntiva para sua implantação, embora o contato com gatos tenha sido relatado em 89,3% dos pacientes, resultados compatíveis com o observado na paciente, sendo a pálpebra inferior mais acometida que a superior (32,1% versus 7,1%, respectivamente). Por fim, o linfonodo mais frequentemente relatado envolvimento foi linfadenopatia pré-auricular (14 casos, 25%), com resposta favorável ao tratamento. Todos esses dados observados por RAMÍREZ-SOTO et al., (2021) corroboram com o observado na paciente.

A prescrição das cápsulas de itraconazol associadas ao suco de limão ou laranja, citado por DE LIMA BARROS et al (2011), se justifica pela maior absorção do antifúngico quando administrado com alimentos ácidos, havendo redução quando



administrados com alimentos alcalinos e medicamentos que reduzem a acidez estomacal. Ensaio clínico para determinar a dose ideal de itraconazol para tratamento da esporotricose não foi encontrado na literatura. KAUFFMAN et al., 2007; CONTI et al., 1992; LORTHOLARY et al., 1999 recomendam iniciar o tratamento com 200 mg/dia para esporotricose em mucosa ocular, enquanto que DE LIMA BARROS, M. B. et al (2011) afirmam que o regime com 100 mg/dia é eficaz e seguro para formas fixas e linfocutâneas de esporotricose, além de ter um custo menor. No presente relato foi prescrita a dose de 100 mg a cada 12 horas devido a afecção ocular, terapia que se mostrou eficiente e não deixou sequelas.

## CONCLUSÕES

O diagnóstico feito por meio da anamnese, exame clínico e sorologia para o fungo *Sporothrix* se mostraram eficazes. Além disso, a prescrição de itraconazol na dose de 100 mg a cada 12 horas também apresentou eficácia, a paciente teve alta médica 98 dias após o início do tratamento.

Embora seja uma zoonose de notificação compulsória no estado do Rio de Janeiro, houve dificuldade de diagnóstico, sendo feito com excelência na Fiocruz, RJ. Sugere-se a ampliação das medidas de vigilância e controle no estado.

## REFERÊNCIAS

BARROS, M.B., ALMEIDA-PAES R., SCHUBACH, A.O. *Sporothrix schenckii* and sporotrichosis. **Clinical Microbiology Reviews**. 2011; 24:633-54.

BARROS, M.B.; SCHUBACH, A.O.; DO VALLE, A.C., *et al.* Cat-transmitted sporotrichosis epidemic in Rio de Janeiro, Brazil: description of a series of cases. **Clinical Infectious Diseases**. 2004; 38:529–35

CABANES, F.J. Sporotrichosis in Brazil: animals + humans = one health. **Revista Iberoamericana de Micologia**. 2020;37(3-4):73-4.

CONTI DIAZ, I.A.; CIVILA, E.; GEZUELE E., *et al.* **Treatment of human cutaneous sporotrichosis with itraconazole**. *Mycoses*. 1992; 35:153–6.

DE LIMA BARROS, M. B. *et al.* Treatment of Cutaneous Sporotrichosis With Itraconazole--Study of 645 Patients. **Clinical Infectious Diseases**, v. 52, n. 12, p. e200–e206, 31 maio 2011.



**Esporotricose Humana.** Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/e/esporotricose-humana#:~:text=A%20esporotricose%20pode%20ser%20diagnosticada>>.

FALCÃO, E. M. M.; LIMA FILHO, J.B.; CAMPOS, D.P.; *et al.* Hospitalizações e óbitos relacionados à esporotricose no Brasil (1992-2015). **Cadernos de Saúde Pública.** 2019;35(4):e00109218.

FREITAS D.F.; DO VALLE, A.C.; DA SILVA, M.B.T.; *et al.* Sporotrichosis: an emerging neglected opportunistic infection in HIV-infected patients in Rio de Janeiro, Brazil. **PLOS Neglected Tropical Diseases.** 2014; 8:e3110

FURTADO, L.D.O.; BIANCARDI, A.L.; CRAVO, L.M.D.S.; *et al.* Esporotricose ocular: manifestações atípicas. **Revista Brasileira de Oftalmologia.** 2019;78(1):59-61.

GREMIÃO, I.D.F.; MIRANDA, L. H. M; REIS; *et al.* Zoonotic epidemic of sporotrichosis: cat to human transmission. **PLOS Pathogens.** 2017:1-7.

HEKTOEN, L.; PERKINS, C.F. Refractory subcutaneous abscesses caused by *Sporothrix schenckii*. A new pathogenic fungus. **Journal of Experimental Medicine.** 1900;5(1):77-89.

KAUFFMAN, C.A.; BUSTAMANTE, B.; CHAPMAN, S.W.; *et al.* Clinical practice guidelines for the management of sporotrichosis: 2007 update by the Infectious Diseases Society of America. **Clinical Infectious Diseases.** 2007; 45:1255–65.

LORTHOLARY, O.; DENNING, D.W.; DUPONT B. Endemic mycoses: a treatment update. **Journal of Antimicrobial Chemotherapy.** 1999; 43:321–31.

RAMÍREZ-SOTO, M. C.; TIRADO-SÁNCHEZ, A.; BONIFAZ, A. Ocular Sporotrichosis. **Journal of Fungi**, v. 7, n. 11, p. 951, 10 nov. 2021.

RIPPON J. Sporotrichosis. In: Rippon J, ed: **Medical mycology—The pathogenic fungi and the pathogenic actinomycetes.** 3rd ed. Philadelphia: W. B. Saunders Company, 1988: 325–52.