

Relato de Caso

Esporotricose pulmonar: relato de caso.

Pulmonary sporotrichosis: a case report.

Ana Paula Pires Lázaro¹, Ana Beatriz Souza Santos¹, Andre Faria Murad¹, Bruno César Bachiega de Freitas¹, Davi da Costa Furtado¹, Isabelle Christine Cerqueira d'Oliveira¹, Nilcilene Fernanda Klein¹, Rafaela Carolina Ferreira de Sousa Coelho¹, Rafael Souza Silva¹, Rodrigo Siqueira da Rocha Dias¹, Luiz Tadashi Nakamura², André Paes Goulart², Marcia Cristina Boaventura Ladeira².

RESUMO

Os autores relatam o caso de um homem de 49 anos, com quadro de síndrome consumptiva e múltiplas cavitações pulmonares há cinco anos. Foi tratado para tuberculose, em duas ocasiões, sem melhora da sintomatologia. O paciente foi internado com quadro de dispnéia em repouso e febre, sendo sua cultura de escarro positiva para *Sporothrix schenckii*. O objetivo deste trabalho é apresentar uma forma rara de esporotricose e ressaltar a importância de seu reconhecimento.

Descritores: Esporotricose pulmonar, esporotricose, *Sporothrix schenckii*.

ABSTRACT

A 49 year-old white man was admitted with dyspnea, cough and fever, with a history of consumptive syndrome and pulmonary cavitary disease for the past five years. He was treated twice for pulmonary tuberculosis previously, but without responses. His sputum culture was positive for *Sporothrix schenckii*. The occurrence of sporotrichosis as a disease of the lung without cutaneous involvement is rare. So the subject of this report is to describe a case of pulmonary sporotrichosis and show the importance of its recognition.

Keywords: Pulmonary sporotrichosis, sporotrichosis, *Sporothrix schenckii*.

INTRODUÇÃO

Esporotricose é doença subaguda ou crônica do homem e de animais inferiores que, na maioria das vezes, se apresenta como infecção benigna limitada à pele e ao tecido celular subcutâneo, mas, em raras ocasiões, pode disseminar-se. A forma extracutânea corresponde a menos de 1% dos casos, sendo o acometimento pulmonar particularmente raro.¹⁻³

RELATO DO CASO

Paciente de 49 anos, masculino, branco, solteiro, aposentando há um ano (ex-jateador de areia), natural do Rio de Janeiro, residente em Cachoeira de Macacu/RJ, internado no Hospital Universitário Pedro Ernesto com relato de síndrome consumptiva e

dispnéia aos mínimos esforços, de caráter progressivo, com cinco anos de evolução. Relatava, ainda, tosse crônica produtiva com escarro amarelado, febre diária vespertina e hiporexia. História de tratamento para tuberculose em duas ocasiões, há quatro anos e há dois anos, sem melhora da sintomatologia. Negava hemoptóicos, sudorese noturna, história epidemiológica para tuberculose, edemas e alteração do hábito intestinal. Negava ainda atividades rurais. Ex-etilista pesado, de uma garrafa de cachaça/dia, tendo interrompido este hábito há dois anos. Ex-tabagista, de 40 maços-ano, tendo interrompido este hábito há um ano. Ex-jateador de areia, por 12 anos, sem qualquer equipamento de proteção. Referia haver muitos gatos em seu local de trabalho.

1. Residente de Clínica Médica do Hospital Universitário Pedro Ernesto da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ).

2. Professor Auxiliar do Departamento de Clínica Médica do Hospital Universitário Pedro Ernesto.

Trabalho realizado no Hospital Universitário Pedro Ernesto da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) – Rio de Janeiro (RJ) – Brasil. Não há conflito de interesse.

Ao exame físico, apresentava-se bastante emagrecido, em regular estado geral, vigil e orientado, hipocorado (++)/4+, hidratado, anictérico, acianótico e taquidispnéico. Baqueteamento digital em mãos. Um linfonodo era palpável em região axilar direita, sendo este de aspecto móvel, elástico, medindo 2 cm de diâmetro e sem sinais flogísticos. Sinais vitais: pressão arterial sistêmica = 90x60mmHg; frequência cardíaca = 100bpm; frequência respiratória = 28irpm. Aparelho respiratório: tórax escavado, expansibilidade diminuída bilateralmente, murmúrio vesicular diminuído bilateralmente e ausência de ruídos adventícios. Aparelho cardiovascular: *ictus* não visível, palpável em quinto espaço intercostal na linha hemiclavicular esquerda, medindo uma polpa digital, ritmo cardíaco regular, bulhas normofonéticas e ausência de sopros. Abdomem: escavado, flácido, peristáltico, traube livre, sem dor à palpação superficial ou profunda e sem massas ou visceromegalias. Membros inferiores: ausência de edemas, panturrilhas livres, pulsos pediosos palpáveis isocronos e isóbaros.

Exames de admissão: Hemograma – hemoglobina = 11,9g/dL; hematócrito = 36,6%; leucometria = 7.300/mm³ (0/9/0/0/0/0/1/60/23/7); plaquetometria = 371.000/mm³. Bioquímica sérica – uréia = 5mg/dL; creatinina = 0,71mg/dL; glicemia = 86mg/dL; alanina-aminotransferase = 19U/L; aspartato-aminotransferase = 14U/L; fosfatase alcalina = 100U/L; gama-glutamiltanspeptidase = 56U/L; desidrogenase láctica = 357 U/L; bilirrubina total = 0,4mg/dL; bilirrubina direta = 0,2mg/dL; proteínas totais = 7,79g/dL; albumina = 3,73g/dL; sódio = 135mEq/dL; potássio = 4,7mEq/dl; magnésio = 2,1mEq/dL; cálcio = 9,2mEq/dl. Tempo de atividade de protrombina de 0,98 e tempo parcial de tromboplastina ativada de 33s. Elementos anormais e sedimento urinário com ausência de hematúria, proteinúria e piúria. Gasometria arterial: pH = 7,42; PO₂ = 73mmHg; PCO₂ = 46mmHg; HCO₃ = 29,8mEq/L; BE = +4,5; SatO₂ = 95%.

O paciente apresentava dez pesquisas de bacilos álcool-ácido resistentes (BAAR) no escarro, realizadas antes da admissão, todas negativas. Tomografia computadorizada de tórax, realizada dois anos antes, mostrava enfisema cicatricial, cavidades de paredes ora lisas, ora irregulares, acompanhadas de traves fibrosas, bronquiectasias e numerosos nódulos centro-lobulares, principalmente em pulmão direito (alguns nódulos poderiam corresponder a nódulos silicóticos).

Foram, então, colhidas novas amostras de BAAR no escarro, sendo todas negativas. Realizou nova tomografia de tórax, que se apresentava evolutivamente pior que a tomografia anterior (Figura 1). Sua prova de função respiratória mostrou distúrbio ventilatório restritivo moderado; fluxos expiratórios corrigidos normais e ausência de resposta broncodilatadora. Sorologias para anti-HIV, anti-HTLV, an-

ti-HBV e anti-HCV todas não reagentes. Biópsia de linfonodo axilar direito apresentou todas as culturas negativas e o resultado anatomo-patológico inespecífico. Broncoscopia: árvore brônquica direita e esquerda com orifícios lobares e segmentares pérvios, mucosa sem alterações e moderada quantidade de secreção mucóide. Colhido lavado broncoalveolar, sendo a cultura para fungo positiva, com crescimento de *Sporothrix schenckii* (Figuras 2 e 3). A pesquisa de BAAR e as culturas para micobactérias e germes comuns foram negativas. A cultura do escarro também foi positiva para *Sporothrix schenckii*. Hemoculturas negativas para germes comuns e fungos. A sorologia pelo método Elisa para esporotricose foi positiva. Sorologias para *Paracoccidioides brasiliensis*, *Aspergillus fumigatus*, *Histoplasma capsulatum*, todas não reagentes.



Figura 1 – Tomografia computadorizada de tórax, mostrando cavidades de paredes ora lisas, ora irregulares, acompanhadas de traves fibrosas, bronquiectasias e numerosos nódulos centro-lobulares.

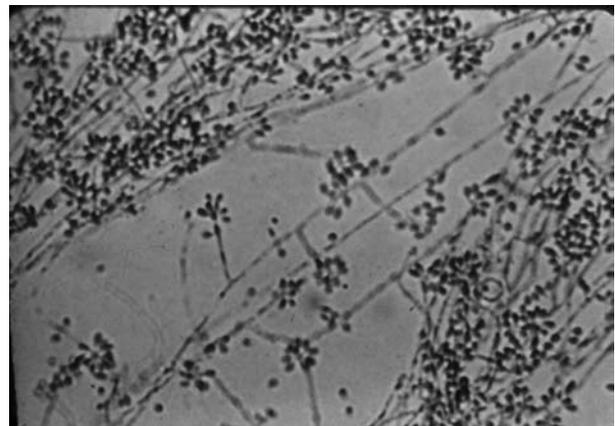


Figura 2 – *Sporothrix schenckii*: cultivo em meio de agar-batata, tornando-se as colônias de cor acastanhada.

Iniciada terapia com anfotericina B. No entanto, após duas semanas do início da medicação, o paciente evoluiu com quadro infeccioso pulmonar, seps e insuficiência respiratória. Dois sets de hemo-

cultura foram positivos para *Enterococcus faecalis*. No segundo dia de ventilação mecânica, o paciente apresentou parada cárdio-respiratória, não sendo possível revertê-la. Assim, evoluiu para o óbito antes de uma avaliação da resposta à terapia antifúngica.

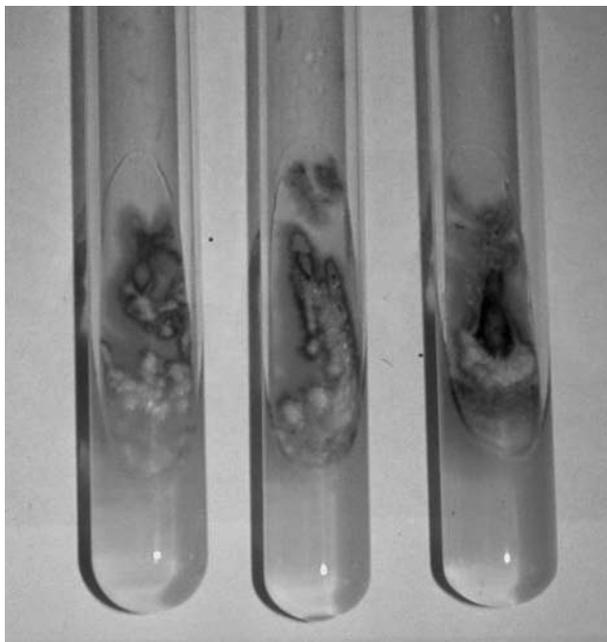


Figura 3 – Microscopia de cultivo em lâmina, revelando conidióforo com conídios hialinos e hifas gerando conídios demácios.

DISCUSSÃO

A esporotricose foi descrita pela primeira vez por Benjamin Schenck, em 1898 e, até hoje, permanece como uma doença pouco estudada. Seu agente etiológico é o fungo aeróbio dimorfo *Sporothrix schenckii*, que habita materiais orgânicos como o solo, plantas e madeira. Sua distribuição é mundial e endêmica em alguns países, incluindo: México, Costa Rica, Guatemala, Colômbia, Brasil, Uruguai, África do Sul, Índia, Japão e Peru.⁴ É a micose profunda de maior prevalência global.⁴ No Brasil, ocupa o segundo lugar em frequência, sendo a paracoccidiomicose a micose mais comum.² Predomina em homens adultos e apresenta associação com algumas atividades, como jardinagem e trabalho em viveiros. A esporotricose também pode afetar diferentes espécies animais. A partir da década de 80 do século passado, a transmissão através da arranhadura desses animais infectados para o homem, especialmente o gato, tem sido melhor estudada.³ A maior epidemia por transmissão zoonótica foi descrita no Rio de Janeiro, pelo Instituto de Pesquisa Evandro Chagas (Fiocruz), onde 1.503 gatos, 64 cachorros e 759 humanos foram diagnosticados entre 1998 e 2004.^{2,3}

Seu quadro clínico é bastante polimorfo. A forma mais comum é a cutânea, correspondendo a 99% dos casos.⁴⁻⁷ Esta pode se apresentar na forma cutânea fixa, linfocutânea ou cutânea disseminada. A contaminação se dá por inoculação, seja por trauma

ou lesão penetrante, havendo preferência por áreas expostas, como palmas e solas. Esta é a forma mais estudada da doença, tendo um prognóstico favorável se adequadamente tratada.

A forma extracutânea da doença é rara, correspondendo a 1% dos casos, sendo pouco estudada e, especialmente, subdiagnosticada.³ Esta é mais comum em indivíduos com o sistema imunológico comprometido e, conseqüentemente, seu prognóstico é menos favorável. É descrito o acometimento osteoarticular, pulmonar, do sistema nervoso central e ocular. Podemos ter uma apresentação focal, ou seja, acometimento exclusivo de determinado órgão, ou uma apresentação multissistêmica, sendo a primeira mais prevalente.⁸ A contaminação se dá por inoculação direta, inalação de conídeos ou disseminação hematogênica. A forma pulmonar é mais comum em homens caucasianos de meia idade e, em mais de 50% dos casos, os indivíduos apresentavam algum comprometimento do sistema imune, como HIV e diabetes *mellitus*, sendo particularmente prevalente entre alcoolistas.^{9,10} Outras condições associadas são: tuberculose pulmonar, doença pulmonar obstrutiva crônica e sarcoidose.⁹ A forma focal pulmonar corresponde a 90% dos casos, quando comparamos com as formas disseminadas.^{9,10} A sintomatologia é inespecífica, com tosse, fadiga, febre, anorexia e perda de peso. A radiografia de tórax, na maioria dos casos, mostra lesão pulmonar cavitada em lobo superior unilateral. A cavitação pulmonar, com ou sem infiltrados nodulares, ocorre em mais 74% dos casos.^{1,5} Outras manifestações radiológicas menos comuns são a forma com adenopatia hilar, que pode manifestar-se como uma doença aguda e rapidamente progressiva, permanecer estacionária ou até remitir espontaneamente.^{1,5} A terceira forma é a doença pulmonar assintomática.^{1,5}

Os principais métodos para diagnóstico da esporotricose são o exame microscópico direto e a cultura do fungo, que é o padrão-ouro. O exame histopatológico apresenta achados inespecíficos. O desenvolvimento recente de provas sorológicas tem se mostrado útil para o diagnóstico das formas atípicas ou para monitorizar a resposta ao tratamento.^{3,6}

O tratamento da forma pulmonar é a ressecção cirúrgica completa da lesão, associada a anfotericina B na dose total cumulativa de 500mg a 1000mg,^{3,8} Após melhora clínica, deve mudar-se a terapia para via oral com itraconazol para completar, no mínimo, doze meses de tratamento. Casos leves a moderados podem ser tratados com itraconazol em dose diária de 100mg a 400mg por, no mínimo, doze meses.^{3,5,8} É descrito, ainda, o uso de terbinafina e fluconazol, no entanto, ainda não existem estudos suficientes para comprovar sua eficácia terapêutica. A sobrevida média é de 15 anos sem tratamento.⁷ Com o advento da AIDS, aumentaram os casos da forma extracutânea, sendo, nesses, a terapia anti-retroviral prioritária.^{4,7}

Em nosso meio, é comum o início de tratamento empírico para tuberculose em indivíduos com manifestações respiratórias e cavitações pulmonares, dada sua alta prevalência. No entanto, a esporotricose primária de pulmão deve sempre permanecer como um dos diagnósticos diferenciais, caso estes pacientes não apresentem melhora clínica esperada, especialmente se houver história epidemiológica compatível. No caso apresentado, o paciente referia que em seu local de trabalho circulavam muitos gatos, os quais são o provável foco da infecção. Além

disso, este apresentava diversos fatores de risco, tais quais etilismo, tabagismo e silicose. No entanto, na admissão, este paciente já se encontrava em estágio clínico avançado da doença, devido ao retardo de seu diagnóstico, o que, certamente, contribuiu para o desfecho fatal do caso.

AGRADECIMENTOS:

Serviços de Pneumologia e de Micologia do Hospital Universitário Pedro Ernesto da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

REFERÊNCIAS

1. Donadel WK, Reinoso YD, Oliveira JC, Azulay RD. Esporotricose: revisão. *Na Bras Dermatol* 1993; 68(1):45-52.
2. Lima Barros MB, Schubach TM, Galhardo MC, L, Schubach AO, Monteiro PC, Reis RS, et al. Sporotrichosis: an emergent zoonosis in Rio de Janeiro. *Mem Inst Oswaldo Cruz* 2001; 96(6):777-9.
3. Bezerra LML, Schubach A, Costa RO. *Sporothrix schenckii* and sporotrichosis. *An Acad Bras Cienc* 2006; 78(2):293-308.
4. Bustamante B, Campos PE. Endemic sporotrichosis. *Current Opin Inf Dis* 2001; 14:145-9.
5. Breeling JL, Weinstein L. Pulmonary sporotrichosis treated with itraconazole. *Chest* 1993; 103:313-4.
6. Bernardes-Engemann AR, Costa RCO, Miguens BP, Penha CVL, Neves E, Pereira BAS, et al. Development of an enzyme-linked immunosorbent assay for the serodiagnosis of several clinical forms of sporotrichosis. *Medical Mycology* 2005; 13(6):487-93.
7. Kauffman CA, Hajjeh R, Chapman SW. Practice guidelines for the management of patients with sporotrichosis. *Clinical Inf Dis* 2000;30:684-7.
8. Kauffman CA, Bustamante B, Chapman SW, Pappas PG. Clinical practice guidelines for the management of sporotrichosis. *Clinical Inf Dis* 2007; 45:1255-65.
9. McGravan MH, Kobayashi G, Newmark L, Newberry M, Miller CA, Harford CG. Pulmonary sporotrichosis. *Chest* 1969; 56:547-9.
10. Post GW, Jackson A, Garber PE, Veach VE. Pulmonary sporotrichosis. *Chest* 1958; 34:455-9.