

Esporotricose: lesão solitária palpebral (Relato de um caso)

Sporothricosis: palpebral solitary lesion (A case report)

Roberto Caldato ⁽¹⁾
Firmani M. B. de Senne ⁽²⁾
Newton Kara José ⁽³⁾

RESUMO

Os autores descrevem um caso de uma paciente portadora de esporotricose acometendo a pálpebra inferior, tratada com êxito pelo uso de iodeto de potássio. São feitas considerações a respeito de diversos aspectos da doença.

Palavras-chave: Esporotricose ocular; *Sporothrix schenckii*.

INTRODUÇÃO

A esporotricose é uma infecção crônica causada por *Sporothrix schenckii*, caracterizada pelo desenvolvimento de lesões nodulares em linfonodos, pele e tecido subcutâneo, as quais amolecem e se rompem para formar úlceras de evolução lenta (existindo várias formas clínicas: cutâneo-linfática, cutânea localizada, disseminada, mucosa, esquelética e visceral¹⁻⁴).

O fungo é encontrado na natureza, em geral no solo e vegetais. O contágio se dá por inoculação através de ferimentos com material vegetal contaminado, mais comumente em indivíduos cuja atividade ocupacional se relaciona com terra e plantas. Qualquer área pode ser acometida, sendo as mãos e os pés os locais mais habituais¹⁻⁴.

A descrição de casos de infecção ocular é pouco freqüente na literatura oftalmológica⁵⁻¹⁶. A esporotricose palpebral solitária, objeto deste relato, é incomum^{5,8,11}.

Existem relatos de casos em todos os continentes. No Brasil foram atendidos 104 casos de esporotricose (0,5% de todas as dermatoses) no ambulatório de Dermatologia do Hospital de Clínicas da Universidade de São Paulo, entre 1945 e 1954, em São Paulo²; no Rio Grande do Sul foram observados 311 casos entre 1958 e 1987 por Londero e Ramos¹⁷.

RELATO DO CASO

Paciente S.R.G.L.S., 19 anos, branca, floricultora.

Em fevereiro de 1989 procurou o Serviço de Oftalmologia da UNICAMP com história de ter notado há 2 meses queda de cílios na pálpebra inferior esquerda, e a seguir quadro de edema, hiperemia e dor no local, com crostas, sem secreção.

Ao exame físico apresentava uma lesão ulcerativa no terço médio da pálpebra inferior esquerda, com sinais inflamatórios, medindo 2 x 3 mm; feita a hipótese diagnóstica de blefarite ulcerativa, foi medicada com pomada de gentamicina (Figura 1).

Após 1 semana, a lesão progrediu, atingindo o dobro do tamanho inicial, sendo realizada biópsia, que evidenciou processo inflamatório

⁽¹⁾ Professor Assistente da Disciplina de Oftalmologia da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP.

⁽²⁾ Médico Oftalmologista do Hospital de Clínicas da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP.

⁽³⁾ Professor Titular da Disciplina de Oftalmologia da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP.

Endereço para correspondência: Prof. Roberto Caldato. Disciplina de Oftalmologia - Universidade Estadual de Campinas. Campinas (SP) Caixa Postal 6.147 CEP 13081-970

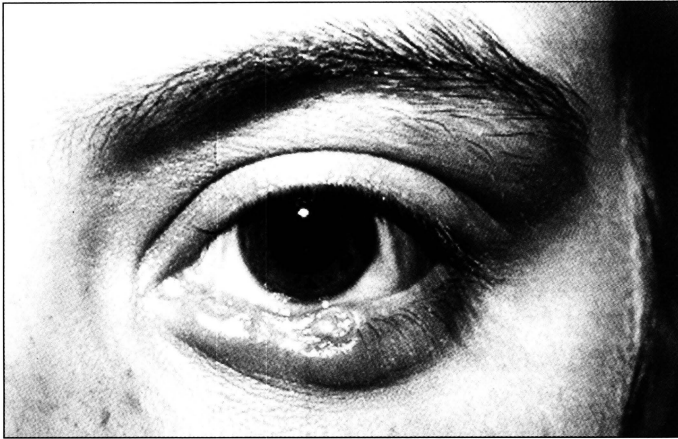


Fig. 1



Fig. 2

crônico granulomatoso (pesquisa de BAAR e fungos negativa) (Figura 3). Considerada a hipótese de ser uma infecção fúngica por *Sporothrix schenkii*, foi realizada nova biópsia, cultura em meio Mycosel (Ágar Sabouraud, cicloheximida e cloranfenicol) e intradermoreação com esporotriquina. Novo exame histopatológico demonstrou granuloma de centro supurado, sugestivo de micose profunda; o teste com esporotriquina foi positivo, não havendo, porém, crescimento de fungos em cultura.

Sabendo-se de antemão da dificuldade em se identificar o fungo *Sporothrix schenkii* tanto em histopatológico como em culturas (mesmo em meios especiais), a evolução da lesão e o teste positivo com esporotriquina permitiram a opção por um teste terapêutico com iodeto de potássio, droga de escolha para o tratamento da esporotricose.

Após administração de 2 g diários de iodeto de potássio via oral, houve melhora evidente do processo com 1 semana, e remissão total após 2 meses de tratamento, apresentando discreta cicatriz local (Figura 2).

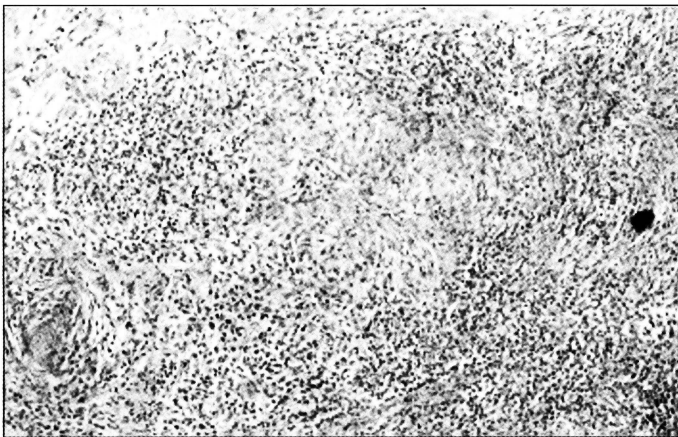


Fig. 3

DISCUSSÃO

A esporotricose palpebral é infecção rara e poucas vezes diagnosticada por oftalmologistas. A suspeita diagnóstica baseia-se no quadro clínico e sua evolução, devendo ser lembrada diante da presença de nódulo ulcerado, com crostas e sinais inflamatórios, podendo haver perda de cílios quando houver acometimento das margens palpebrais. Esporotricose deve ser considerada nos casos que apresentem múltiplas lesões polimorfas e ulcerativas, particularmente se não houver resolução com a terapia tópica usual. Outras micoses a ser descartadas são a cromomicose, blastomicose, micetoma e tricofitose granulomatosa. Sífilis gomosa, lesões piogênicas, tuberculose cutânea, linfangite estafilocócica e erupções por drogas, como bromoderma, também devem ser lembradas. Evidência histológica do microrganismo é freqüentemente ausente na esporotricose primária. O diagnóstico definitivo só pode ser feito através de cultura³. O teste sorológico com esporotriquina pode ajudar no diagnóstico: se positivo, indica apenas que houve contato com o fungo, seja através de doença, clínica ou subclínica, ou contágio imunoalergizante com o mesmo²; se negativo, praticamente exclui a doença⁴.

O melhor medicamento para tratar esta micose é o iodeto de potássio via oral, em doses crescentes, conforme a tolerância do paciente (2 a 4g por dia, para o adulto). É conveniente manter a terapia até a resolução definitiva do quadro, o que geralmente ocorre após algumas semanas (o iodeto de potássio também pode ser útil para tratamento de outras micoses, como a cromomicose, porém sem a mesma eficácia, sendo necessário associá-lo a outros agentes medicamentosos^{2,18}).

SUMMARY

The authors describe a case of a patient with a solitary lesion of sporotrichosis on her inferior left eyelid, that was

successfully treated with systemic administration of potassium iodide. Comments on several aspects of this disease are presented.

Keywords: Ocular sporotrichosis; Sporothrix schenckii.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Conant NF, Smith DT, Baker RD, Callaway JL. Manual of Clinical Micrology, 3 ed., W.B. Saunders, Philadelphia 1971;417-57.
2. Lacaz CS. Micologia Médica, 8 ed., Sarvier, São Paulo 1991;94-108, 233-47.
3. Rippon JW. Medical Mycology. W.B. Saunders, Philadelphia 1974;248-67.
4. Sampaio SAP, Castro R, Riviti EA. Dermatologia Básica, 3 ed., Artes Médicas, São Paulo, 1985;349-52.
5. Gordon DM. Ocular Sporotrichosis. Arch Ophthalmol 1947;37:56-72.
6. McGrath H, Singer JI. Ocular Sporotrichosis. Am J Ophthalmol 1952;35:102.
7. Alvarez R, López-Villegas A. Primary Ocular Sporotrichosis. Am J Ophthalmol 1966;62:150-1.
8. Miranda CH, Fernández RW, Golden A, Suárez GG. Two cases of Palpebral Sporotrichosis. Mycopathol Mycol Appl 1967;31:177-84.
9. Cassady JR, Foerster HC. *Sporotrichum schenckii* endophthalmitis. Arch Ophthalmol 1971;85:71-4.
10. Levy JH. Intraocular sporotrichosis. Report of a case. Arch Ophthalmol 1971;85:574-9.
11. Fischman O, Alchorne MMA, de Camargo ZP, Belfort Jr R. Palpebral Sporotrichosis. Mykosen 1974;17:321-4.
12. Font RL, Jakobiec FA. Granulomatous necrotizing retinochoroiditis caused by *Sporotrichum schenckii*. Report of a case including immunofluorescence and electron microscopical studies. Arch Ophthalmol 1976;94:1513-9.
13. Aggar WA, Caplan RH, Maki DG. Ocular sporotrichosis mimicking mucormycosis in a diabetic. Ann Ophthalmol 1978;10:767-71.
14. Kurosawa A, Pollock SC, Collins MP, Kraff CR, Tso MOM. *Sporothrix schenckii* endophthalmitis in a patient with human immunodeficiency virus infection. Arch Ophthalmol 1988;106:376-80.
15. Witherspoon CD, Kuhn F, Owens SD, White MF, Kimble JA. Endophthalmitis due to *Sporothrix schenckii* after Penetrating Ocular Injury. Ann Ophthalmol 1990;22:385-8.
16. Brunette I, Stulting RD. *Sporothrix schenckii* scleritis. Am J Ophthalmol 1992;114:370-1.
17. Londero AT, Ramos CD. Esporotricose no Rio Grande do Sul. An Bras Dermatol 1989;64:307-10.
18. Chren MM, Bickers DR. Cap. 65. Farmacologia Dermatológica. In: Gilman AG, Rall TW, Nies AS, Taylor P. (eds). Goodman e Gilman. As Bases Farmacológicas da Terapêutica, 8 ed., Guanabara Koogan, Rio de Janeiro 1991;1047-59.

VIII Simpósio Internacional de Córnea e Lentes de Contato

19 a 21 de março de 1999
Hotel Gran Meliá - São Paulo - SP

Promoção: Departamento de Oftalmologia
da UNICAMP - SP

Informações: JDE Comunicação e Eventos

Tels: (011) 289-4301 e 251-5273

Fax: (011) 288-8157

e-mail<jdecomev@uol.com.br