

Epidemiologia da esporotricose na região central do Rio Grande do Sul

Epidemiology of sporotrichosis in the central region of Rio Grande do Sul

Jorge O. Lopes, Sydney H. Alves, Cristine R. Mari, Liliani M. Brum,
Jorge B. Westphalen, Márcia J. Altermann e Fernanda B. Prates

Resumo Foram estudados 31 casos de esporotricose diagnosticados na região central do Rio Grande do Sul, no período 1988-1997. Os dados obtidos foram comparados com os de um estudo de três décadas anteriores, evidenciando decréscimo na incidência da micose e alteração no perfil da infecção, com diminuição de casos em pacientes residentes na zona rural, em crianças, mulheres e agricultores. Na última década, a micose foi mais freqüente no adulto residente na zona urbana, de profissões variadas, estando o início da doença freqüentemente associada ao lazer rural, como pescarias e caçadas.

Palavras-chaves: Esporotricose. Epidemiologia. Rio Grande do Sul.

Abstract Thirty-one cases of sporotrichosis diagnosed in the central region of Rio Grande do Sul from 1988 to 1997 were studied. Clinical data were compared with a study concerning three past decades, clearly showing a decrease in the incidence of the mycosis, and an alteration in the profile of the infection, with a decrease of sporotrichosis in rural patients, children, women and farmers. In the past decade the mycosis was most frequent among urban adults with different professions, with the onset of the disease being associated with rural leisure activities such as fishing and hunting.

Key-words: Sporotrichosis. Epidemiology. Rio Grande do Sul.

A esporotricose é uma infecção subaguda ou crônica caracterizada por lesões polimórficas da pele e do tecido subcutâneo, com freqüente comprometimento dos linfáticos adjacentes, que se inicia por inoculação do *Sporothrix schenckii* na pele. A disseminação secundária para articulações, músculos e ossos é rara, assim como as manifestações viscerais da doença, de origem respiratória. O *habitat* natural do *S. schenckii* é a matéria vegetal, sob determinadas condições de temperatura e umidade². O solo rico em matéria vegetal é outro importante reservatório do fungo, em especial o solo das tocas do tatu (*Dasipus septemcinctus*)⁸. Os

conídios do fungo podem ser inoculados diretamente na pele, através de traumatismos com fragmentos de vegetais, por arranhaduras de animais, ou pelo próprio paciente, ao contaminar pequenos ferimentos da pele com os conídios presentes nas unhas das mãos². A esporotricose afeta pessoas de qualquer idade, sexo ou raça, sem a condição de existência de fatores predisponentes, exceto nas formas viscerais. Constituem grupos de risco pessoas que trabalham em jardinagem, horticultura, agricultores e outros. Entretanto, na esporotricose não há somente o risco ocupacional, sendo também uma doença dos esportes e do lazer⁵. De distribuição

Laboratório de Pesquisas Micológicas do Hospital Universitário de Santa Maria, RS.

Endereço para correspondência: Dr. Jorge O. Lopes. Dept^o Microbiologia e Parasitologia/UFMS. Faixa de Camobi km 9, 97105-900 Santa Maria, RS. Fax: 55 55 220-8742

E mail jolopes@base.ufsm.br

Recebido para publicação em ___/___/___.

geográfica cosmopolita, ocorrem, no entanto, mudanças enigmáticas e intrigantes na sua freqüência e distribuição¹¹. Prevalente na América do Norte, a esporotricose é a micose mais freqüente na região central do México, e nos EEUU tem aumentado a sua incidência⁴. Na Europa, a doença era considerada freqüente no início do século, em especial na França, sendo atualmente de ocorrência rara em todo o continente⁹. Também foi observado aumento da incidência no Japão, em parte atribuído ao melhor preparo do médico para o diagnóstico⁴. Surto epidêmicos tem sido descritos, tendo o mais conhecido ocorrido na década de 40, na África

do Sul¹³. Na América do Sul, a maioria dos casos relatados é em pacientes do Brasil, onde Sampaio e cols¹² estimaram que a esporotricose chegou a ser responsável por 0,5% de todas as doenças de pele no Estado de São Paulo. No Uruguai, mais de 80% dos casos de esporotricose foram diagnosticados em caçadores de tatu².

No presente trabalho analisamos os aspectos clínicos e epidemiológicos de 31 casos de esporotricose, diagnosticados no Hospital Universitário de Santa Maria, RS, no período 1988-1997. Os dados são comparados com os obtidos em estudo de 311 casos observados nas três décadas anteriores⁷.

MATERIAL E MÉTODOS

No período 1988-1997 foram diagnosticados 31 casos de esporotricose no Hospital Universitário de Santa Maria, RS. O diagnóstico

da doença foi realizado pelo isolamento do *S. schenckii* em meio Mycosel (BBL) incubado a 25°C, e estudo da micromorfologia do fungo^{4,11}.

RESULTADOS

Os dados pessoais, forma clínica e localização das lesões foram analisados e

comparados com os observados nas três décadas anteriores (Tabela 1).

Tabela 1 - Formas clínicas e localização da esporotricose. 1957-1997.

Lesão	Localização				total	%
	membros superiores	membros inferiores	face	tronco		
	n ^o *	n ^o *	n ^o *	n ^o *		
Linfocutânea	110/18	51/5	-/-	3/-	164/23	52,7/74,2
Cutânea fixa	57/5	51/5	27/1	11/1	146/8	46,9/25,8
Total	167/23	102/6	27/1	14/1	311/31	
%	53,6/74,1	32,7/19,3	8,6/3,2	4,5/3,2		

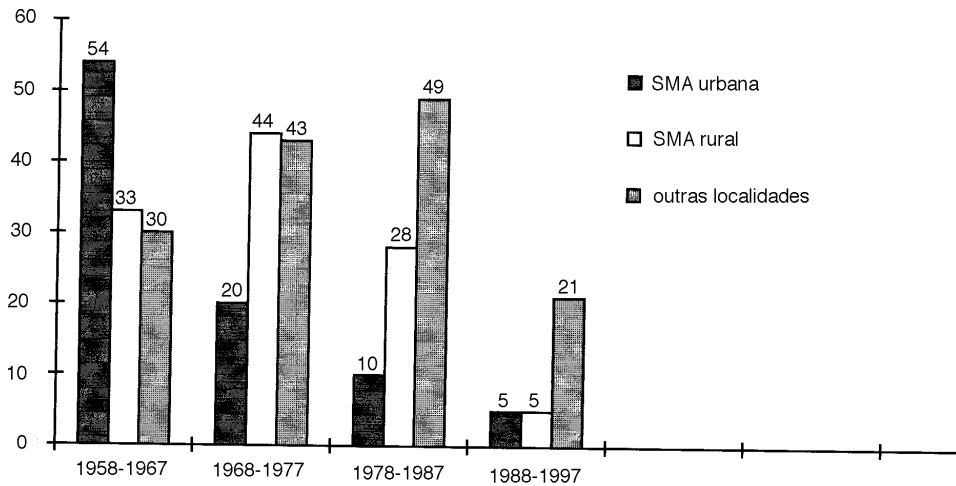
* 1957-1987/1988-1997.

DISCUSSÃO

A esporotricose continua sendo a mais freqüente micose subcutânea do homem no Rio Grande do Sul, tendo ocorrido, no entanto, um decréscimo na incidência de 11,7 casos/ano na primeira década para 10,7; 8,7 e 3,1 casos/ano nas décadas subseqüentes. Dos 342 casos registrados, 199 ocorreram em habitantes do município de Santa Maria, e os restantes 143 em residentes de municípios vizinhos. A esporotricose foi mais freqüente em pacientes da zona urbana que da rural, na primeira década de observação. A partir da segunda década o número de pacientes da zona urbana caiu abruptamente, enquanto aumentava proporcionalmente o número de pacientes da zona rural (Figura 1),

provavelmente devido à crescente urbanização, com a diminuição dos locais de recreação como pátios, quintais e terrenos baldios, e as atividades de jardinagem e horticultura⁷.

A esporotricose foi comum em crianças menores de seis anos na primeira década de observação, com diminuição gradativa da ocorrência nos períodos seguintes, não tendo sido observado nenhum caso na última década. Tão freqüente em donas de casa, estudantes e agricultores na década inicial, a micose tornou-se mais rara nos primeiros grupos, mantendo a incidência entre agricultores até a terceira década. No último período, embora a incidência tenha sido maior em pacientes da zona urbana

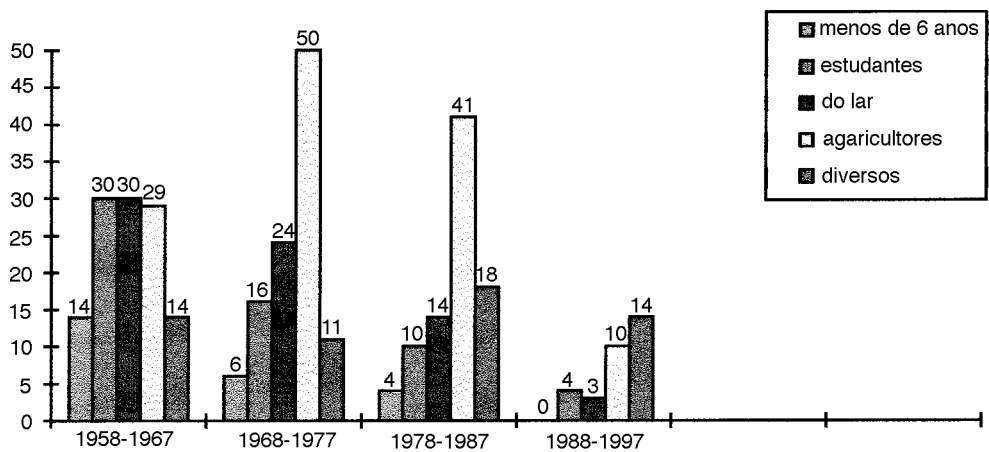


Fonte: 1) Londero e Ramos. Anais Brasileiros de Dermatologia 64:307-310, 1989 e 2) Lopes et al.

Figura 1 - Distribuição dos 342 casos de esporotricose por décadas e por residência.

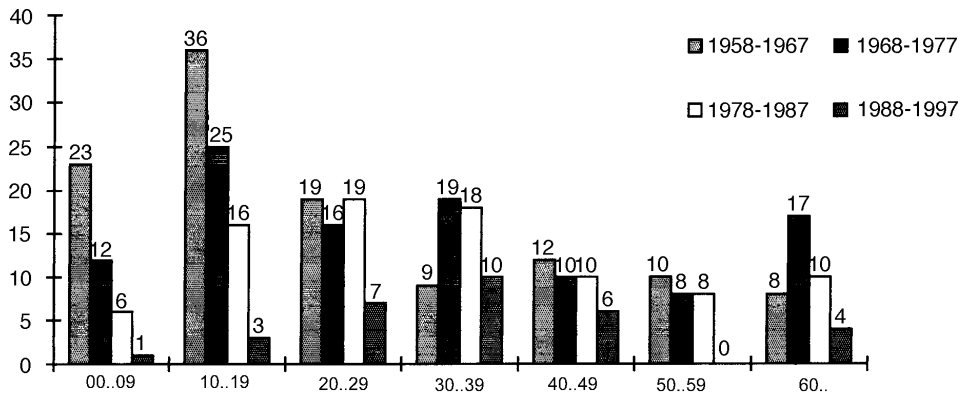
de profissões diversas, a origem da doença estava associada ao lazer rural, como pescarias, caçadas, etc (Figura 2). Relacionado a este fato, o pico da incidência da micose que nas duas

primeiras décadas se manteve na faixa etária 10-19 anos de idade, na terceira década passou para a faixa 20-29 anos, e na quarta passou para a faixa 30-39 anos (Figura 3).



Fonte: 1) Londero e Ramos. Anais Brasileiros de Dermatologia 64:307-310, 1989 e 2) Lopes et al.

Figura 2 - Distribuição dos 342 casos de esporotricose por décadas e por profissão.



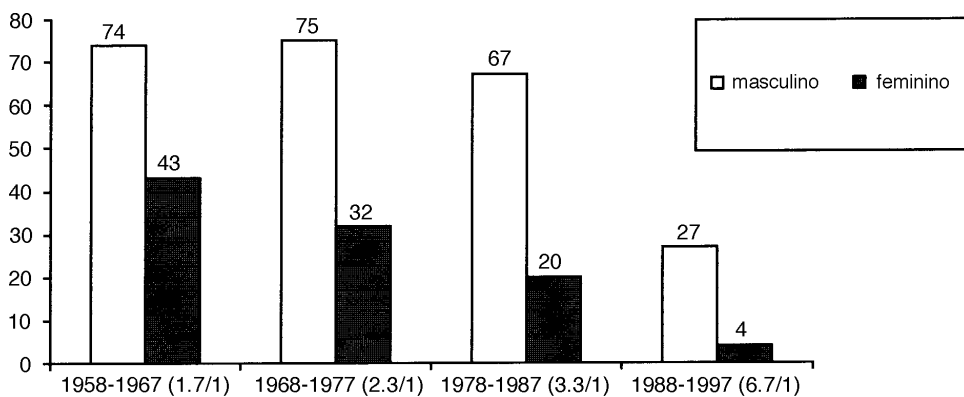
Fonte: 1) Londero e Ramos. Anais Brasileiros de Dermatologia 64:307-310, 1989 e 2) Lopes et al.

Figura 3 - Distribuição dos 342 casos de esporotricose por faixa etária e por décadas.

Houve também redução progressiva do acometimento de mulheres e conseqüente aumento da proporção de casos homens/mulheres, que é marcante na quarta década (Figura 4), atribuída a entrada das mulheres no mercado de trabalho urbano e diminuição das suas atividades de jardinagem e horticultura⁷.

Quanto às formas clínicas, houve variação significativa na última década, quando comparada aos 30 anos pregresso, com aumento relativo

da forma linfocutânea, e localização mais freqüente nos membros superiores (Tabela 1). No entanto, a forma clínica sob a qual se manifesta a esporotricose está na dependência de diversos fatores, como o tamanho do inoculo e a profundidade da inoculação traumática, a tolerância térmica da cepa, e o estado imune do hospedeiro. Estudo recente sugere também que a virulência das cepas do *S. schenckii* parece estar associada à composição da parede celular



Fonte: 1) Londero e Ramos. Anais Brasileiros de Dermatologia 64:307-310, 1989 e 2) Lopes et al.

Figura 4 - Distribuição dos 342 casos de esporotricose por décadas e por sexo.

dos conídios, a qual seria influenciada pelas condições ambientais do inoculo. O aumento proporcional da forma linfocutânea na presente série de casos parece estar associado a menor exposição prévia dos pacientes ao *S. schenckii*. A exposição por longos períodos de tempo à pequenos inoculos do fungo pode, gradualmente, conferir imunidade¹⁰. Lavalle e Mariat⁶ sugerem que a esporotricose localizada é uma forma de reinfecção em pacientes que desenvolveram a imunidade contra o fungo, enquanto a forma linfocutânea ocorre em pacientes sem contato prévio com o *S. schenckii*. Mesmo não tendo sido verificada diferença entre a forma linfocutânea e a cutânea fixa quanto ao tempo de evolução até o diagnóstico da esporotricose¹, na presente série de casos os pacientes com a forma linfocutânea apresentaram a doença com evolução de 20 dias até 6 meses (média de 1,7 meses), enquanto os pacientes com a forma

cutânea fixa apresentaram evolução de 2 até 18 meses (média de 7,1 meses). Tal fato, provavelmente, deve-se à suspeita clínica da esporotricose na forma linfocutânea, com encaminhamento para a confirmação laboratorial, o que não ocorre na forma cutânea fixa, devido ao polimorfismo das lesões, retardando o diagnóstico⁷.

Quanto ao início da doença, conforme relato dos pacientes, na presente série de casos 11 (35,4%) iniciaram no verão; 10 (32,2%) no outono; 6 (19,3%) no inverno e 4 (12,9%) na primavera, ao contrário das observações de Mackinnon⁸, no Uruguai e Vismer¹⁴, na África do Sul, onde o início da doença seria nos meses mais frios do ano, e confirmando os dados de Conti-Diaz, que no entanto atribui a maior incidência dos casos uruguaios da esporotricose no período, às férias da Páscoa, quando muitas pessoas vão caçar tatu².

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Conias S, Wilson P. Epidemic cutaneous sporotrichosis: report of 16 cases in Queensland due to mouldy hay. *Australasia Journal of Dermatology* 39:34-37, 1998.
2. Conti-Diaz IA. Epidemiology of sporotrichosis in Latin America. *Mycopathologia* 108:113-116, 1989.
3. Fernandes KSS, Mathews HL, Bezerra LML. Differences in virulence of *Sporothrix schenckii* conidia related to culture conditions and cell-wall components. *Journal of Medical Microbiology* 48:195-203, 1999.
4. Kwon-Chung KJ, Bennett JE. Sporotrichosis. In: Kwon-Chung KJ (ed) *Medical mycology*. Lea e Febiger, Philadelphia. p. 707-729, 1992.
5. Lavalle P. Esporotrichosis. In: Desarrollo y estado actual de la micología medica en México. Simposio Syntex, Instituto Syntex (ed), México, 1979.
6. Lavalle P, Mariat F. Sporotrichosis predilectance for organic soil. *Bulletin Institute Pasteur* 81:295-322, 1983.
7. Londero AT, Ramos CD. Esporotricose no Rio Grande do Sul. Três décadas de observação. *Anais brasileiros de Dermatologia* 64:307-310, 1989.
8. Mackinnon JE. Ecology and epidemiology of sporotrichosis. *Proceedings International Symposium on Mycoses*. Pan American Health Organization, Scien. pub 205:169-181, 1970.
9. Mariat F. The epidemiology of sporotrichosis. In: Wolstenholme GEW, Porter R (eds) *Systemic mycoses*. J e A Churchill, London p 144-159, 1968.
10. Restrepo A, Robledo J, Gómez I, Tabares AM, Gutiérrez R. Itraconazole therapy in lymphangitic and cutaneous sporotrichosis. *Archives of Dermatology* 122:413-417, 1986.
11. Rippon JW. Sporotrichosis. In: Rippon JW (ed) *Medical mycology. The pathogenic fungi and the pathogenic actinomycetes*. 3rd edition. WB Saunders, Philadelphia p. 325-352, 1988.
12. Sampaio SAP, Lacaz CS, Almeida F. Aspectos clínicos da esporotricose. *Revista do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de São Paulo* 9:391-402, 1954.
13. Simson FW. Sporotrichosis infection in mines of Witwatersrand. A symposium. Transvaal Mine Medical Officers' Association. Johannesburg, Transvaal Chamber of Mines, 1947.
14. Vismer HF, Hull PR. Prevalence, epidemiology and geographical distribution of *Sporothrix schenckii* infections in Gauteng, South Africa. *Mycopathologia* 137:137-143, 1997.