

Lesões molusco-símiles em paciente com esporotricose* Molluscum-like lesions in a patient with sporotrichosis

Regina Casz Schechtman¹
Mercedes Prates Pockstaller³
Leonardo Pereira Quintella⁵

Giselly Silva Neto De Crignis²
Luna Azulay-Abulafia⁴
Márcia Belo⁶

Resumo: Esporotricose é uma infecção fúngica subcutânea, adquirida por inoculação direta, causada pelo *Sporothrix schenckii*. Embora a apresentação clássica linfocutânea represente a maioria dos casos, as formas clínicas atípicas e graves têm aumentado em ocorrência. Esporotricose sistêmica e esporotricose cutânea disseminada são variantes raras, usualmente associadas à imunodeficiência celular ou a estados debilitantes. Relatamos o primeiro caso na literatura de lesões molusco-símiles em esporotricose cutaneomucosa múltipla. Os exames micológico direto e histopatológico apresentavam-se ricos em células leveduriformes.

Palavras-chave: Esporotricose; Itraconazol; Micoses; Molusco contagioso

Abstract: Sporotrichosis is a subcutaneous fungal infection caused by *Sporothrix schenckii* and acquired by direct inoculation. Although the majority of cases consist of the classic lymphocutaneous presentation, the frequency of atypical and severe clinical forms of the disease has increased progressively. Systemic and disseminated cutaneous sporotrichosis constitute rare variants and such cases are generally associated with cellular immunodeficiency or debilitated states. The present paper describes the first published case of molluscum-like lesions in disseminated mucocutaneous sporotrichosis. Direct mycological examination and histopathology revealed numerous yeast cells.

Keywords: Itraconazole; Mycoses; Molluscum contagiosum; Sporotrichosis

O aumento da incidência da esporotricose no Brasil tem feito com que cada vez mais sejam observados casos de localizações inusitadas, lesões morfológicamente diferentes das formas clássicas, generalização e sistematização do acometimento pelo *Sporothrix schenckii*.¹⁻⁴ Relatamos o caso de paciente masculino, 52 anos, com antecedentes de hepatopatia alcoólica, há três meses apresentando mialgia, febre noturna, sudorese e emagrecimento de 23 quilos. Há 30 dias, notou pápula eritematosa na coxa

esquerda, posterior ulceração e disseminação rápida de lesões para todo o tegumento. Ao exame dermatológico, foram observadas pápulas, nódulos e ulcerações com crostas melicéricas e superfície rupioide em toda a superfície corporal (Figura 1), além de lesões de aspecto molusco-símile na face e região cervical, sialorreia e ulcerações nos pilares amigdalianos e na mucosa nasal (Figura 2). O exame micológico direto demonstrou numerosas células leveduriformes. A histopatologia evidenciou dermatite granulomatosa crô-

Recebido em 11.04.2010.

Aprovado pelo Conselho Editorial e aceito para publicação em 22.10.2010.

* Trabalho realizado no Instituto de Dermatologia Professor Rubem David Azulay – Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
Conflito de interesse: Nenhum / *Conflict of interest: None*
Suporte financeiro: Nenhum / *Financial funding: None*

¹ Doutora em dermatologia pela Universidade de Londres; coordenadora da pós-graduação em dermatologia e chefe do setor de micologia do Instituto de Dermatologia Professor Rubem David Azulay – Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

² Especialista em clínica médica; pós-graduanda do Instituto de Dermatologia Professor Rubem David Azulay – Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

³ Mestre em dermatologia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ); professora auxiliar do Instituto de Dermatologia Professor Rubem David Azulay – Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

⁴ Doutora em dermatologia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ); professora adjunta da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) e do curso de pós-graduação do Instituto de Dermatologia Professor Rubem David Azulay – Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

⁵ Mestre em anatomia patológica pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ); médico patologista do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho – Universidade Federal do Rio de Janeiro (HUCFF-UFRJ) – e do Instituto de Dermatologia Professor Rubem David Azulay – Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

⁶ Mestre em clínica médica pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ); professora assistente de clínica médica da Universidade Gama Filho (UGF) e da Fundação Técnico-Educacional Souza Marques (FTESM) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.



FIGURA 1: Esporotricose cutânea disseminada. Paciente apresenta pápulas, pústulas com crostas melicéricas, nódulos e ulcerações em toda a face

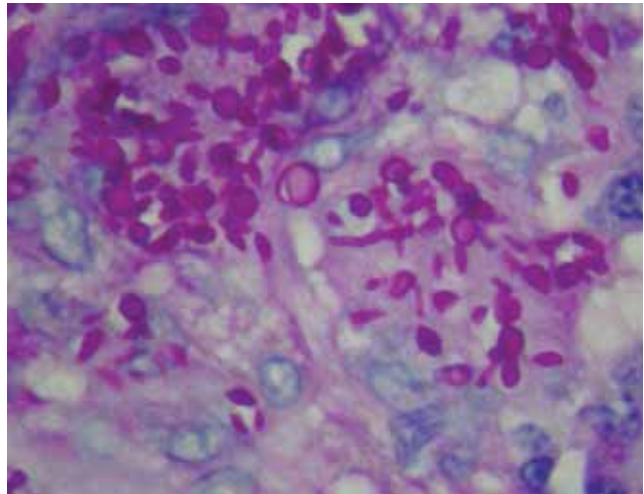


FIGURA 3: Exame histopatológico da pele (coloração pelo PAS). Numerosos esporos ovais ou em forma de charuto

nica e numerosas formas “em charuto” ou em forma de clava (Figuras 3 e 4). *S. schenckii* foi identificado na cultura dos fragmentos cutâneo e da mucosa nasal, e a micromorfologia mostrou microconídeos em gotas com arranjo floral. Sorologias para HIV, hepatites B e C e lues (VDRL) foram negativas. Na investigação laboratorial, não foi evidenciado acometimento sistêmico, e os achados foram compatíveis com esporotricose cutaneomucosa disseminada.⁵⁻⁸ Foi instituído trata-

mento com anfotericina B por 10 dias, sendo suspenso em decorrência de hipocalcemia refratária. Foi introduzido, assim, itraconazol 400 mg/dia por 40 dias, porém houve recrudescência do quadro, sendo reinstituída a anfotericina B por mais 10 dias. O paciente, entretanto, evoluiu para óbito. Este é o primeiro caso descrito na literatura de esporotricose com lesões molusco-símiles.⁹ □



FIGURA 2: Lesões molusco-símiles, umbilicadas, na região cervical

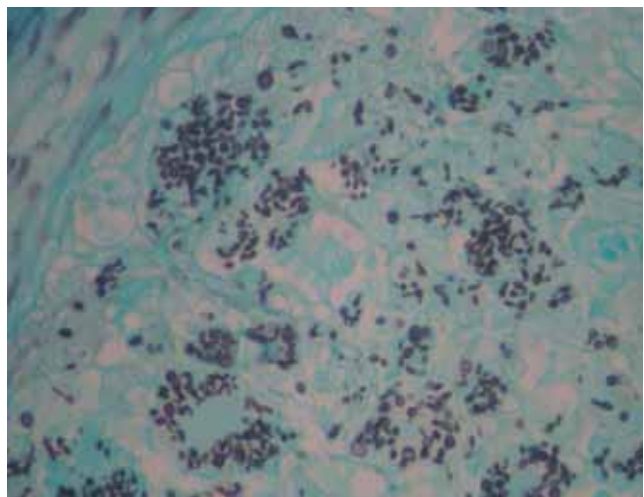


FIGURA 4: Exame histopatológico da pele (impregnação argêntica pela técnica de Grocott). Em destaque, brotamentos em forma de clava

REFERÊNCIAS

1. Lopes-Bezerra LM, Schubach A, Costa RO. Sporothrix schenckii and Sporotrichosis. An Acad Bras Cienc. 2006;78:293-308.
2. Ramos-e-Silva M, Vasconcelos C, Carneiro S, Cestari T. Sporotrichosis. Clin Dermatol. 2007;25:181-7.
3. Schechtman RC. Sporotrichosis: part I. Skinmed. 2010;8:216-20.
4. Schechtman RC. Sporotrichosis: part II. Skinmed. 2010;8:275-80.
5. Schamroth JM, Grieve TP, Kellen P. Disseminated sporotrichosis. Int J Dermatol. 1988;27:28-30.
6. Edwards C, Reuther III BWL, Greer DL. Disseminated osteoarticular sporotrichosis: treatment in a patient with acquired immunodeficiency syndrome. South Med J. 2000;93:803-6.
7. Pereira JCB, Grijó A, Pereira RRM, Oliveira ANS, Andrade AC, Ferreira ACM, et al. Esporotricose disseminada- Caso clínico e discussão. Rev Port Pneumol. 2008;14: 443- 9.
8. Neto RJP, Machado AA, Castro G, Quaglio ASS, Martinez R. Esporotricose cutânea disseminada como manifestação inicial da síndrome da imunodeficiência adquirida-relato de caso. Rev Soc Bras Med Trop. 1999;32:57-61.
9. Kauffman CA, Bustamante B, Chapman SW, Pappas PG; Infectious diseases society of America. Clinical practice guidelines for the management of sporotrichosis: 2007 update by the Infectious Diseases Society of America. Clin Infect Dis. 2007;45:1255- 65.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA / MAILING ADDRESS:**Regina Casz Schechtman****Rua Voluntários da Pátria, 435 / 5^o andar, Botafogo
22270-000 Rio de Janeiro, RJ****Telefones: (21) 2527-2103****E-mail: regina.schechtman@gmail.com**

Como citar este artigo/*How to cite this article*: Schechtman RC, De Crignis GSN, Pockstaller MP, Azulay-Abulafia L, Quintella LP, Belo M. Lesões molusco-símiles em paciente com esporotricose. An Bras Dermatol. 2011;86(6):1217-9.