

## CASO DE ESPOROTRICOSE EM CÃO

**GONÇALVES, Tainá Thiara Soares<sup>1</sup>; MADRID, Isabel Martins<sup>2</sup>; GRECCO, Fabiane<sup>3</sup>; NOBRE, Márcia de Oliveira<sup>4</sup>; MUELLER, Eduardo Negri<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> Acadêmica, Faculdade de Veterinária (FV), Universidade Federal de Pelotas (UFPel),  
tts31@gmail.com

<sup>2</sup> Programa de Pós-Graduação em Veterinária, FV, UFPel

<sup>3</sup> Doutor, Departamento de Patologia Animal, FV, UFPel

<sup>4</sup> Doutor, Departamento de Clínicas Veterinária, FV, UFPel

### 1 INTRODUÇÃO

A esporotricose é uma doença subaguda ou crônica, causada pelo fungo *Sporotrix schenckii* que acomete várias espécies, incluindo animais silvestres e o homem (NUNES & ESCOSTEGUY, 2005). Nos animais de companhia, a esporotricose é mais freqüente em felinos (LARSSON, 2000), porém já existem relatos de casos em caninos nas regiões sul e sudeste do Brasil (RAMADINHA et al., 2006; SONODA et al., 2006; MADRID et al., 2007). Em cães a forma mais comum é a cutânea, em que são observados nódulos firmes múltiplos, áreas alopecicas e lesões ulceradas, indolores, não pruriginosas, especialmente no tronco, cabeça e orelhas (MULLER & KIRK, 1996).

A infecção ocorre, principalmente, pelo implante traumático do fungo na pele produzindo lesões nodulares e ulcerativas que drenam exsudato acastanhado levando a formação de crostas (KWON-CHUNG & BENNET, 1992; HENNEMANN et al., 2003). O diagnóstico da esporotricose baseia-se na anamnese, exame físico e dermatológico, além de exames laboratoriais, sendo necessário o isolamento do agente por cultura de amostras das lesões (DE PAULA, 2008).

Este trabalho objetiva relatar um caso de esporotricose cutânea em cão.

### 2 MATERIAL E MÉTODOS

Foi atendido no Hospital de Clínicas Veterinária da Universidade Federal de Pelotas (UFPel) um canino fêmea da raça boxer, com três anos e nove meses de idade, apresentando uma lesão crônica-recidivante não pruriginosa no membro pélvico esquerdo há aproximadamente um ano. Já havia sido tratada com antibacteriano e corticosteróide sistêmicos sem evidência de cura clínica.

Foram realizados exames clínico geral e específico dermatológico, bem como colhida amostra de sangue para hemograma completo através da punção da veia cefálica e realizado raspado profundo para pesquisa de ácaros. Ao exame clínico geral não foram evidenciadas alterações enquanto que no exame específico foram observados nódulos cutâneos ulcerativos, fistulados, drenantes, hiperpigmentados e hiperqueratóticos na face lateral do membro pélvico esquerdo se estendendo do fêmur até o calcâneo. A palpação foi evidenciada massa amolecida não aderida pela qual era drenada secreção serosanguinolenta. Não foram encontradas alterações na hematimetria nem no leucograma, porém as

proteínas plasmáticas totais estavam elevadas. O raspado cutâneo foi negativo para ácaros. Baseado nos resultados dos exames clínicos geral e específico foram solicitados culturas fúngica e exame dermatohistopatológico devida suspeita de esporotricose.

Foi colhida amostra da secreção com swab estéril para cultura fúngica realizada no Laboratório de Doenças Infecciosas (Setor de Micologia – FV-UFPel), sendo as amostras processadas através do cultivo, em duplicata, em placas de Petri contendo ágar Sabouraud acrescido de cloranfenicol e cicloheximida, sendo incubadas a 25°C e 37°C por 15 dias. Em sete dias a paciente retornou para realização de biópsia cutânea, que foi precedida de sedação com cetamina (4mg/Kg) e diazepam (0,5mg/Kg) e bloqueio com 1,5mL lidocaína 1% sem vasoconstritor em "L" invertido, com o vértice crânio dorsal à lesão. Com auxílio de *punch* foram colhidos dois fragmentos de 8mm cada, o primeiro foi armazenado sob refrigeração e encaminhado para cultura fúngica e o segundo foi conservado em formalina 10% e encaminhado ao setor de patologia animal do Laboratório regional diagnóstico para análise dermatohistopatológica. As amostras histológicas foram processadas, fixadas em parafina e coradas com hematoxilina-eosina e ainda com coloração de Gomori (prata).

Foi preconizado terapia sistêmica com cetoprofeno (1mg/kg, via oral a cada 24h durante cinco dias) com finalidade de diminuir o processo inflamatório local, enquanto era aguardado o resultado dos exames complementares. Posteriormente foi iniciada terapia medicamentosa sistêmica com itraconazol (10mg/kg, por via oral a cada 24 horas) e recomendadas reavaliações clínicas a cada 15 dias.

### 3 RESULTADOS E DISCUSSÕES

As culturas fúngicas e o exame histopatológico confirmaram a suspeita de esporotricose cutânea. Nas culturas fúngicas do exsudato e do tecido foi isolado o fungo *Sporothrix schenckii*, sendo o dimorfismo confirmado pela obtenção de colônias a 37°C, cremosas e de coloração branco-amarelada, e a 25°C, pregueadas, membranosas e de coloração inicialmente creme tornando-se acastanhadas após 15 dias de incubação. A massa cutânea fistulada histologicamente era caracterizada por múltiplos piogranulomas dérmicos constituídos de neutrófilos, eosinófilos, macrófagos e escassas células gigantes na coloração de hematoxilina e eosina. Na coloração de Gomori buscava-se agente fúngico que não foi visualizado. As alterações histopatológicas observadas neste estudo são comumente descritas em lesões de esporotricose, assim como a presença de poucas células leveduriformes ou ausência destas, em amostras provenientes de caninos (MADRID et al., 2007).

As lesões de esporotricose são caracterizadas por nódulos e pústulas que ulceram, drenando exsudato acastanhado, levando a formação de crostas (KWON-CHUNG & BENNET, 1992). Estes sinais são comuns a diversas dermatopatias sendo os exames complementares utilizados para confirmar o diagnóstico também importantes para descartar os possíveis diagnósticos diferenciais entre estes outros granulomas infecciosos, granulomas por corpo estranho e neoplasias (BRUM et al., 2007) e ainda infecções parasitárias (MEDLEAU & HNILICA, 2003; TILLEY & SMITH, 2003). Neste caso o raspado cutâneo foi negativo para ácaros e o histopatológico descartou neoplasia.

Os nódulos estavam limitados a face lateral do membro pélvico esquerdo e a palpação sugeriu que a massa era limitada a pele pois não foi evidenciada

aderência. Na maioria dos casos a infecção é limitada a pele e tecido celular subcutâneo (NUNES & ESCOSTEGUY, 2005), embora as lesões possam ser classificadas em cutâneas (fixa, linfocutânea e disseminada) e extracutâneas (articular, óssea, ocular, pulmonar e sistêmica) (KNOW-CHUNG & BENNETT, 1992; SCHUBACH & SCHUBACH, 2000).

São necessárias reavaliações periódicas durante o período de tratamento, pois este fármaco pode apresentar toxicidade (NOBRE et al., 2002). A primeira reavaliação clínica demonstrou aceitação do paciente ao fármaco e evolução do caso à cura clínica, visto que o proprietário relatou normorexia, normodipsia, normoquezia, normúria e havia crescimento de pêlo na área lesada, diminuição da espessura da pele e formação de cicatriz próxima a normalidade, embora se sabe que cura possa levar 90 dias em média (MARQUES et al., 1993).

#### 4 CONCLUSÃO

Este estudo alerta os clínicos veterinários para incluir a esporotricose como dignóstico diferencial das lesões ulcerativas crônicas-recidivantes cutâneas em cães.

#### 5 REFERÊNCIAS

- BRUM, L. C.; CONCEIÇÃO, L. G.; RIBEIRO, V. M.; HADDAD Jr. V. Principais dermatoses zoonóticas de cães e gatos. **Clínica Veterinária**, n. 69, p. 29-46, 2007.
- DE PAULA, R. B. **Esporotricose canina e Felina – revisão de literatura**. Monografia do curso de pós-graduação “Lato Sensu” em Clínica Médica e Cirúrgica em Pequenos Animais – Universidade Castelo Branco, Rio de Janeiro, março de 2008.
- HENNEMANN, C. R. A.; GUIMARÃES, J.; BREMM, M. Esporotricose Felina: Uma revisão. **Veterinária em Foco**, v.1, n.1, p.53-69, 2003.
- KWON-CHUNG, K.; BENNET, J. Sporotrichosis. **Medical Mycology**, Philadelphia: LEA & FIBEGGER, 1992. p.707-729.
- LARSSON, C.E. Esporotricose. In: **SIMPÓSIO BRASILEIRO SOBRE MICOSES ANIMAIS**, 2000, Porto Alegre : UFRGS, 2000. p.66-71.
- MADRID, I. M.; JÚNIOR, R. S.; SAMPAIO Jr, D. P.; MUELLER, E. N.; DUTRA, D.; NOBRE, M.O.; MEIRELES, M. C. A. Esporotricose canina: relato de três casos. **Acta Scientiae Veterinariae**, v. 35, n.1, p.105- 108, 2007.
- MARQUES, S. A.; FRANCO, S.R.V.S; CAMARGO, R.M.P.; DIAS, L.D.F. Esporotricose do gato doméstico (*Felis catus*): transmissão humana. **Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo**, v.35, n.4, p. 327-330, 1993.
- MEDLEAU, L., HNILICA, A. K. **Dermatologia de Pequenos Animais: Atlas Colorido e Guia Terapêutico**. São Paulo: Roca, 2003, 354p.

MULLER, G.H.; KIRK, R.W. (Eds). ***Dermatologia de pequenos animais***. Rio de Janeiro: Interlivros, 1996. p.88-103.

NOBRE, M. O.; NASCENTE, P. S.; MEIRELES, M. C.; FERREIRO, L. Drogas antifúngicas para pequenos e grandes animais. ***Ciência Rural***, v.31, n.1, p.175-184, 2002.

NUNES, C. F, ESCOSTEGUY, C. C. Esporotricose humana associada à transmissão por gato doméstico. Relato de caso e revisão de literatura. ***Revista de Educação Continuada do Clínico Veterinário de Pequenos Animais***, vol. 54, 2005, 66-8p.

RAMADINHA, R. H. R.; AZEVEDO, S. C. S.; SOUZA, C. P.; CAMPOS, S. G. Esporotricose em cães: relato de 2 casos. In: **CONGRESSO BRASILEIRO DA ANCLIVEPA**, 27., 2006, Vitória. Anais... Vitória: ANCLIVEPA-ES, 2006. p. 46.

SONODA, M. C.; OTSUKA, M.; FERRER, L. C.; FONDVILLA, D.; MICHALANY, N. S.; VIEIRA, S. A. M.; GAMBALE, W.; LARSSON, C. E. Esporotricose canina: relato de caso insólito em São Paulo. In: **CONGRESSO BRASILEIRO DA ANCLIVEPA**, 27., 2006, Vitória. Anais... Vitória: ANCLIVEPA-ES, 2006. p. 21.

TILLEY, L. P.; SMITH Jr, F. W. K ; **Consulta Veterinária em 5 minutos, Espécies canina e felina**, 2 ed., São Paulo: Manole, 2003, 1423p.