

CARTAS - TROPICAL/INFECTOPARASITÁRIA

Esporotricose pioderma gangrenoso-símile: relato de três casos e revisão da literatura ☆,☆☆



Prezado Editor,

A esporotricose é micose subcutânea subaguda ou crônica, causada por fungos termodimórficos do gênero *Sporothrix*.¹ Embora o diagnóstico da forma clássica seja relativamente fácil, outras variantes representam desafio diagnóstico. Morfologicamente, pode simular ceratoacantoma, erisipela, sarcoidose e pioderma gangrenoso (PG). O termo esporotricose pioderma gangrenoso-símile (EPGS) é utilizado para descrever formas ulcerativas extensas.^{2–11} São relatados três casos novos e faz-se a revisão dos já publicados.

Paciente do sexo feminino, de 48 anos, com úlcera dolorosa na coxa direita havia três meses, com aumento progressivo e lesões satélites (fig. 1). A paciente era portadora de hepatite autoimune, em tratamento com prednisona 1 mg/kg/dia e azatioprina 3 mg/kg/dia havia cinco anos. As culturas teciduais foram negativas e o exame anatomopatológico demonstrou paniculite granulomatosa, supurativa e agressão vascular. Diante da hipótese de PG, a paciente recebeu pulsoterapia intravenosa com metilprednisolona, 1 g/dia por três dias, sem melhora. Como não houve resposta, nova biopsia foi realizada na borda da mesma lesão, uma semana após a pulsoterapia. Estruturas leveduriformes coradas por PAS (*Periodic Acid Schiff*) foram encontradas no tecido subcutâneo (fig. 2A). Simultaneamente, o gato de estimação foi diagnosticado com esporotricose por cultura de secreção (fig. 2B). Como a paciente apresentava síndrome hepatorenal, mesmo sendo imunossuprimida, optou-se pelo tratamento com iodeto de potássio (2 g/dia). A paciente evoluiu com cicatrização quase completa em três meses de tratamento (fig. 1), quando apresentou



Figura 1 Esporotricose pioderma gangrenoso-símile. (A) Úlcera na região medial da coxa direita com lesões satélites em trajeto linfático. (B) Melhora clínica importante da lesão após três meses de tratamento com iodeto de potássio.

descompensação do quadro hepático e óbito. Embora a hepatotoxicidade associada ao iodeto de potássio seja rara, ela pode ocorrer em pacientes com hepatopatias prévias. Entretanto, a equipe de Gastroenterologia relacionou o desfecho à piora da doença de base.

O segundo paciente, sexo masculino, 49 anos, apresentava úlcera dolorosa na fossa antecubital direita com lesões satélites e linfonodomegalia perilesional de um mês de evolução (fig. 3A). O paciente era portador de artrite psoriásica e diabetes *mellitus*. Estava em tratamento com infliximabe 3 mg/kg havia quatro anos, sulfassalazina 2 g/dia havia três anos, prednisona 20 mg/dia havia seis meses. Diante da suspeita inicial de ectima gangrenoso, iniciou-se clindamicina e ciprofloxacino por um mês, sem melhora. Posteriormente, *Sporothrix* sp. foi isolado no fragmento da úlcera enviado para cultura. No exame anatomopatológico, verificou-se granulomas abscedidos, com pesquisa de fungos negativa. Itraconazol foi iniciado, porém o paciente evoluiu com síndrome hepatorenal, o que levou à suspensão do medicamento. Em substituição, iodeto de potássio (3 g/dia)

DOI referente ao artigo:

<https://doi.org/10.1016/j.abd.2024.10.005>

☆ Como citar este artigo: Garcia LC, Soares MSN, Resende GG, Pereira LB. Pyoderma gangrenosum-like sporotrichosis: case series of three patients and literature review. An Bras Dermatol. 2025;100:619–23.

☆☆ Trabalho realizado na Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil.

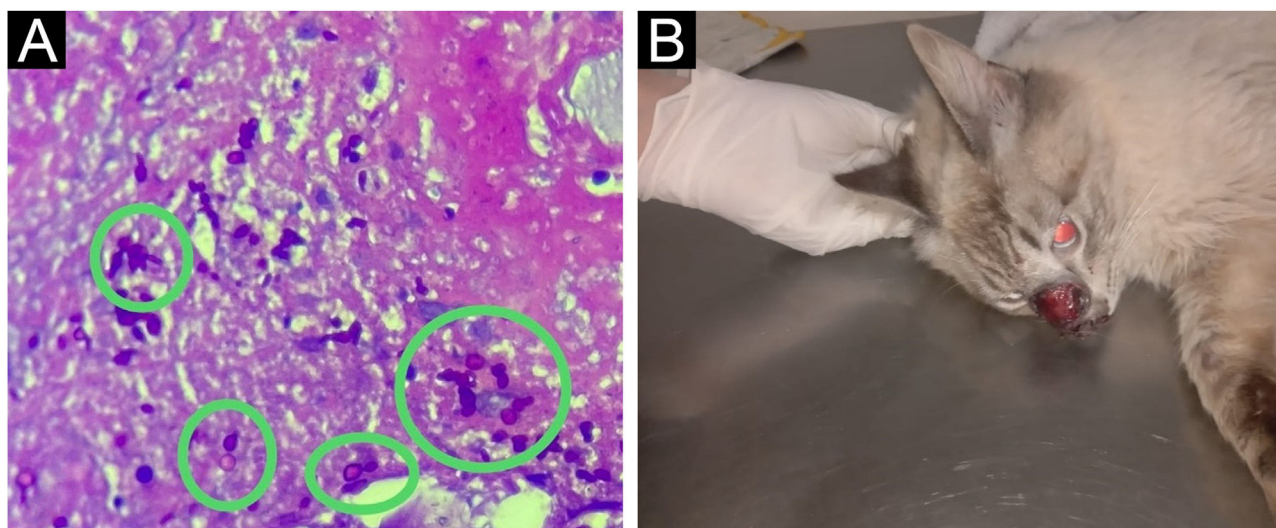


Figura 2 (A) Estruturas leveduriformes ovais e alongadas na derme profunda. (PAS, 400 ×). (B) Felino da paciente com ulceração nasal diagnosticada como esporotricose.



Figura 3 Esporotricose pioderma gangrenoso-símile. (A) Úlcera na fossa antecubital direita com lesão satélite. (B) Cicatrização da lesão após dois meses de tratamento com iodeto de potássio.

foi administrado por dois meses, com cicatrização da úlcera (fig. 3B).

O terceiro paciente, sexo masculino, 39 anos, apresentava lesão dolorosa, ulcerada, de aspecto cribriforme, e pápulas e nódulos abscedidos satélites na perna esquerda, de três semanas de evolução (fig. 4A). Inicialmente, foi realizado tratamento com amoxicilina associado ao clavulanato, clindamicina, vancomicina e cefepima, sem melhora. Portador de doença de Crohn, o paciente fazia uso de metotrexato 20 mg/semana havia quatro anos e infliximabe 5 mg/kg havia dois anos. Diante da hipótese inicial de PG, associou-se dapsona 100 mg/dia por 30 dias. O exame histopatológico demonstrou infiltrado inflamatório neutrofílico

com leucocitoclasia, granulomas abscedidos e raras estruturas leveduriformes em naveta e houve crescimento de *Sporothrix* sp. na cultura, confirmando o diagnóstico. Itraconazol (200 mg/dia) e iodeto de potássio (2 g/dia) foram iniciados concomitantemente, com cicatrização após quatro meses (fig. 4B).

Formas ulcerativas extensas de esporotricose são raramente descritas e ocorrem especialmente em pacientes com imunossupressão. O termo EPGS tem sido adotado em virtude das semelhanças clínicas e histopatológicas com o PG: úlceras fagedênicas com bordas eritematosas, superfície cribriforme e com infiltrado neutrofílico.³ A abordagem inicial de PG requer a exclusão de diferenciais por histopatologia e cultura. No entanto, a pesquisa de patógenos nem sempre resulta positiva no primeiro momento. A ausência de resposta aos imunossuppressores deve motivar revisão diagnóstica do caso. Além disso, as estruturas fúngicas dificilmente são visualizadas, tornando o diagnóstico de esporotricose ainda mais difícil.³ Nesse contexto, a cultura do fragmento ou da secreção é extremamente importante,¹¹ assim como a anamnese detalhada, especialmente quanto à presença de felinos e atividades de risco, como jardinagem.

Apenas 10 casos publicados de EPGS foram encontrados na literatura de língua inglesa no PubMed (tabela 1). Mais da metade (n = 6) foi publicada nos últimos seis anos, o que pode refletir melhora da acurácia diagnóstica ou aumento da incidência, principalmente em virtude da crescente população de imunossuprimidos. Os casos aqui relatados estavam sob imunossupressão.

Curiosamente, os casos apresentavam úlceras com maior eixo no sentido da drenagem linfática, enquanto úlceras de PG têm frequentemente formato mais arredondado. A existência de lesões satélites também ocorreu nos três casos e pode auxiliar a formulação de hipótese de esporotricose.

Embora o iodeto de potássio não seja a primeira escolha terapêutica para pacientes imunossuprimidos, ele pode ser usado como monoterapia quando há contraindicações a outros tratamentos.^{3,4} Em face da experiência nos dois primeiros casos, pelo efeito sinérgico dos fármacos e do relato

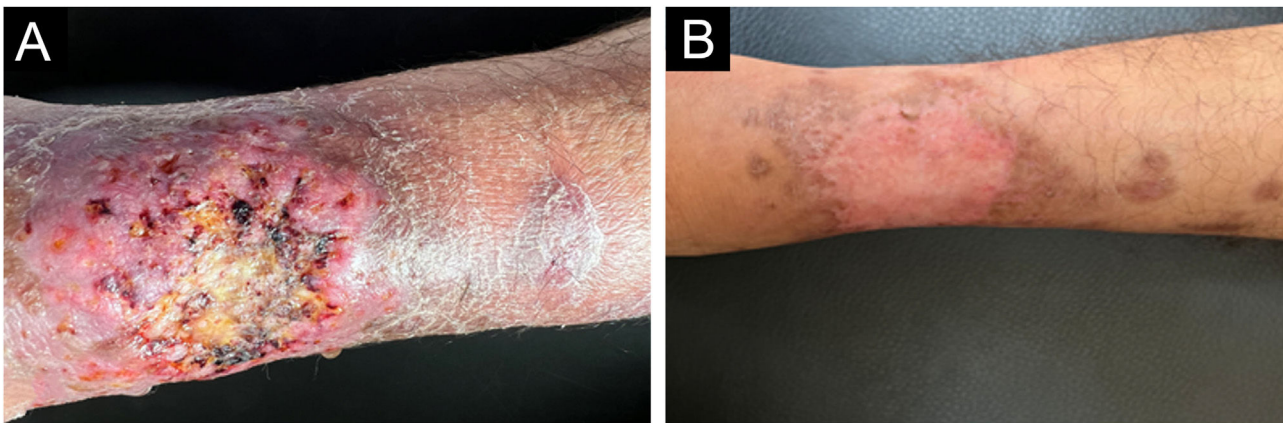


Figura 4 Esporotricose pioderma gangrenoso-símile. (A) Úlcera na perna esquerda com lesões satélites. (B) Cicatrização da lesão após quatro meses de tratamento com itraconazol e iodeto de potássio.

Tabela 1 Casos publicados na literatura (base de dados PubMed, língua inglesa até julho de 2024) e os aqui relatados

	Sexo/ idade	Imunossupressão/ comorbidades	Local das lesões	Tratamento inicial	Método diagnóstico	Tratamento	Desfecho clínico
Stroud et al., 1968 ¹	M/62	Carcinoma escamoso metastático	Antebraço D	Aguardar propedêutica, apesar da suspeita clínica de PG	Cultura de tecido +	Anfotericina B 25 mg/dia por 5 dias; adicionado iodeto de potássio por 2 dias	Óbito após 7 dias de tratamento por IRA
Spiers et al., 1986 ²	M/46	Não	Abdome	Tetraciclina, eritromicina, PDN, DDS, AZA PQT para TBC; PDN; DDS	Cultura de tecido +	iodeto de potássio 3 g/dia	Cura clínica após 2 meses
Wan-Qing et al., 1991 ³	F/56	Corticoterapia para artrite reumatoide	Nádega e coxa E		Cultura de secreção +	iodeto de potássio (6–8 g/dia)	Melhora clínica das lesões. Óbito após 2 semanas por pneumonia
Byrd et al., 2001 ⁴	F/59	Não	Perna D	ATB's sistêmicos, PDN, AZA e ciclosporina	Cultura de tecido + ; PAS + no AP	Itraconazol 600 mg/dia, 18 meses	Cura clínica após 3 meses
Lima et al., 2017 ⁵	F/39	Não	Abdome e braço D	PDN, imunossu- pressores infiximabe	Cultura de tecido + ; estruturas leveduriformes PAS + no AP	Anfotericina B lipossomal (400 mg/dia) 6 sema- nas + itraconazol 400 mg/dia por 12 meses	Cura clínica
Charles et al., 2017 ⁶	F/57	Obesidade e asma	Braço D	Levofloxacino, ceftriaxona, PDN, penicilina e clobetasol tópico	Cultura de tecido + ; estruturas leveduriformes PAS + no AP	Itraconazol 400 mg/dia	Melhora clínica e perda de seguimento
Takazawa et al., 2018 ⁷	M/47	Retocolite ulcerativa em uso de mesalazina	Perna D	Corticoides tópicos	Cultura de tecido + ; estruturas leveduriformes PAS + no AP	Iodeto de potássio 0,5 g por 2 semanas e 1 g por 3 semanas	Cura clínica em 5 semanas

Tabela 1 (Continuação)

	Sexo/idade	Imunossupressão/comorbidades	Local das lesões	Tratamento inicial	Método diagnóstico	Tratamento	Desfecho clínico
White et al., 2019 ⁸	M/62	Coronariopata	Coxa E	Cefalexina, PDN, ciclosporina, uestequinimabe, imunoglobulina	Cultura de tecido e hemocultura +	Anfotericina B lipossomal (5 mg/kg/dia); itraconazol 600 mg/dia; anfotericina (4 mg/kg/dia); posaconazol 300 mg/dia	Cura clínica após 6 meses
Saeed et al., 2019 ⁹	F/35	Abuso de álcool e diabetes tipo II	Pernas, braços e abdome	PDN, doxiciclina	Cultura de tecido + ; estruturas leveduriformes PAS + no AP	Anfotericina B lipossomal (5 mg/kg/dia); posaconazol 300 mg/dia; itraconazol 600 mg/dia	Cura clínica após 12 meses
Tai et al., 2020 ¹⁰	M/78	Não relatado	Braço E	Ciclosporina, micofenolato de mofetila, PDN, uestequinimabe e imunoglobulina	Cultura de tecido +	Itraconazol 200 mg/dia por 4 meses, evoluiu com insuficiência hepática e renal, iniciado iodeto de potássio	Cura clínica após 4 meses
Caso 1	F/48	Hepatite autoimune/uso de PDN e AZA	Coxa D	Antibióticos sistêmicos e metilprednisolona	Estruturas leveduriformes PAS + no AP; epidemiologia +	Iodeto de potássio 2 g/dia por 3 meses	Melhora clínica, óbito após 3 meses por síndrome hepatorenal
Caso 2	M/49	Artrite psoriásica, fibrilação atrial, hipertensão arterial, dislipidemia, diabetes <i>mellitus</i> , uso de infliximabe, sulfasalazina, prednisona, amiodarona, varfarina	Fossa antecubital D	Clindamicina e ciprofloxacino	Cultura de tecido + ; pesquisa de leveduras em PAS e Grocott negativas	Itraconazol 200 mg/dia, evoluiu com síndrome hepatorenal, iniciado iodeto de potássio 3 g/dia	Cura clínica após 2 meses
Caso 3	M/39	Doença de Crohn em uso de metotrexato, infliximabe e loperamida	Perna E	Amoxicilina + clavulanato, clindamicina, vancomicina e cefepima, dapsona	Cultura do tecido +	Itraconazol 200 mg/dia e iodeto de potássio 2 g/dia	Cura clínica após 4 meses

PDN, prednisona; AZA, azatioprina; DDS, dapsona; ATB, antibióticos; PAS, *Periodic Acid Schiff*; AP, anatomopatológico; PQT, poliquimioterapia; TB, tuberculose; IRA, insuficiência renal aguda.

da emergência de isolados de *S. brasiliensis* resistentes a itraconazol,¹ optou-se pela associação no terceiro paciente.

Suporte financeiro

Nenhum.

Contribuição dos autores

Lucas Campos Garcia: Concepção, revisão crítica, escrita, revisão de literatura, aprovação final do manuscrito.

Marianne de Sousa Nunes Soares: Escrita, revisão de literatura.

Gustavo Gomes Resende: Escrita, revisão de literatura.

Luciana Baptista Pereira: Concepção, revisão crítica, escrita, revisão de literatura, aprovação final do manuscrito.

Conflito de interesses

Nenhum.

Referências

- Orofino-Costa R, Freitas DFS, Bernardes-Engemann AR, Rodrigues AM, Talhari C, Ferraz CE, et al. Human sporotrichosis: recommendations from the Brazilian Society of Dermatology for the clinical, diagnostic and therapeutic management. *An Bras Dermatol*. 2022;97:757–77.
- Stroud JD. Sporotrichosis presenting as pyoderma gangrenosum. *Arch Dermatol*. 1968;97:667–9.
- Spier EM, Hendrick SJ, Jorizzo JL, Solomon AR. Sporotrichosis masquerading as pyoderma gangrenosum. *Arch Dermatol*. 1986;122:691–4.
- Liao WQ, Zang YL, Shao JZ. Sporotrichosis presenting as pyoderma gangrenosum. *Mycopathologia*. 1991;116:165–8.
- Byrd DR, El-Azhary RA, Gibson LE, Roberts GD. Sporotrichosis masquerading as pyoderma gangrenosum: case report and review of 19 cases of sporotrichosis. *J Eur Acad Dermatol Venerol*. 2001;15:581–4.
- Lima RB, Jeunon-Sousa MAJ, Jeunon T, Oliveira JC, Oliveira MME, Zancopé-Oliveira RM, et al. Sporotrichosis masquerading as pyoderma gangrenosum. *J Eur Acad Dermatol Venerol*. 2017;31:e539–41.
- Charles K, Lowe L, Shuman E, Cha KB. Painful linear ulcers: a case of cutaneous sporotrichosis mimicking pyoderma gangrenosum. *JAAD Case Rep*. 2017;3:519–21.
- Takazawa M, Harada K, Kakurai M, Yamada T, Umemoto N, Sakai T, et al. Case of pyoderma gangrenosum-like sporotrichosis caused by *Sporothrix globosa* in a patient with ulcerative colitis. *J Dermatol*. 2018;45:e226–7.
- White M, Adams L, Phan C, Erdag G, Totten M, Lee R, et al. Disseminated sporotrichosis following iatrogenic immunosuppression for suspected pyoderma gangrenosum. *Lancet Infect Dis*. 2019;19:e385–91.
- Saeed L, Weber RJ, Puryear SB, Bahrani E, Peluso MJ, Babik JM, et al. Disseminated cutaneous and osteoarticular sporotrichosis mimicking pyoderma gangrenosum. *Open Forum Infect Dis*. 2019;6:ofz395.
- Tai F, Jakubovic H, Alabdulrazzaq S, Alavi A. A case of sporotrichosis infection mimicking pyoderma gangrenosum and the role of tissue culture in diagnosis: a case report. *SAGE Open Med Case Rep*. 2020;8, 2050313X20919600.

Lucas Campos Garcia ^{a,*},
Marianne de Sousa Nunes Soares ^a,
Gustavo Gomes Resende ^b
e Luciana Baptista Pereira ^a

^a Departamento de Dermatologia, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil

^b Departamento de Reumatologia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil

* Autor para correspondência.

E-mail: lucascampos@outlook.com (L.C. Garcia).

Recebido em 4 de agosto de 2024; aceito em 27 de outubro de 2024