

APRESENTAÇÃO ATÍPICA DA ESPOROTRICOSE OCULAR - Relato de caso

Autores: Thiago de Faria Galvão, Wilton Feitosa de Araújo, Liz de Oliveira Moura Sales, Suellen Karine Amaral de Faria, Marina Santana Carvalho, Neiffer Nunes Rabelo.

Hospital Santa Casa da Misericórdia de Belo Horizonte - MG



Palavras Chave: esporotricose; uveíte; urgência

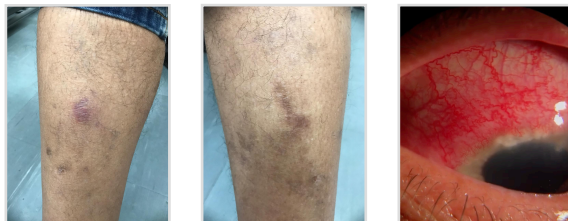
Objetivo

Relatar um caso presumido de esporotricose com manifestação ocular atípica.

Relato do Caso

R.S.A, 39 anos, sexo masculino, vendedor, residente em Contagem-MG, comparece à urgência da Santa Casa de Belo Horizonte, queixando-se de hiperemia e fotofobia em olho esquerdo, associado a febre, artralgia de grandes articulações e lesões cutâneas de início há 2 semanas. Na história patológica familiar consta o diagnóstico e tratamento de esporotricose de sua esposa e filho. Ambos desenvolveram, há cerca de 2 meses, quadro clínico semelhante à R.S.A, porém sem acometimento ocular. À época foram biopsiadas lesões cutâneas do gato doméstico identificando o *Sporothrix*.

Ao exame: eritemas nodosos em pernas e antebraços bilateralmente (figuras 1 e 2). Acuidade visual 20/20 em ambos os olhos. Biomicroscopia: hiperemia escleroconjuntival superior com pannus perilimbar (figura 3), córnea transparente, câmara anterior formada com reação de câmara 3+/4+ e ausência de celularidade vítrea. Sem achados patológicos ao mapeamento de retina. Solicitados exames para rastreio infeccioso sem achados positivos relevantes ao quadro clínico.



Figuras 1, 2 e 3: respectivamente, eritemas nodosos em pernas direita e esquerda e hiperemia escleroconjuntival com ingurgitamento vascular profundo.

Proposto tratamento sistêmico oral com Itraconazol de 200mg/dia por 6 meses e Indometacina 50mg de 3x/dia por 10 dias, associado a tópico ocular com Dexametasona e Tropicamida. Nas semanas seguintes houve melhora progressiva dos sinais inflamatórios oculares e resolução das lesões cutâneas (figuras 4, 5 e 6). Paciente segue em acompanhamento na clínica de olhos.



Figuras 4, 5 e 6: lesões em regressão após 4 semanas.

Conclusão

Apresentações incomuns devem fazer parte do leque diagnóstico ao se considerar o aumento da esporotricose urbana.

Referências

RIBEIRO, Alexandre Sampaio de Abreu; BISOL, Tiago; MENEZES, Marcela Sant'Ana. Síndrome oculoglandular de Parinaud causada por esporotricose. Rev. bras.oftalmol., Rio de Janeiro, v. 69, n. 5, p. 317-322, Oct. 2010.
FURTADO, Letícia de Oliveira et al. Esporotricose ocular: manifestações atípicas. Rev. bras.oftalmol., Rio de Janeiro, v. 78, n. 1, p. 59-61, Feb. 2019.