

ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA
DE VITÓRIA - EMESCAM

LUIZA TORRES PIRES
POLLYANNA FONTES REZENDE DE LACERDA LAGE

ESPOROTRICOSE: RELATO DE CASO

VITÓRIA
2013

LUISA TORRES PIRES
POLLYANNA FONTES REZENDE DE LACERDA LAGE

ESPOROTRICOSE: RELATO DE CASO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do grau de médico.

Orientadora: Dr^a Karina Demoner de Abreu Sarmenghi

Co-orientadora: Dr^a. Marisa Simon Brezinski

VITÓRIA
2013

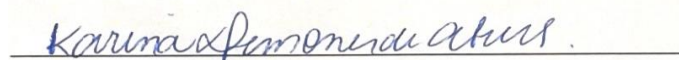
LUISA TORRES PIRES
POLLYANNA FONTES REZENDE DE LACERDA LAGE

ESPOROTRICOSE: RELATO DE CASO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Medicina da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do grau de médico.

Aprovado em 04 de Julho de 2013.

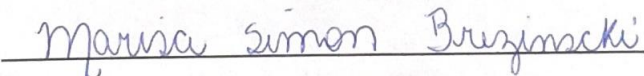
COMISSÃO EXAMINADORA



Prof.^a Dr.^a. Karina Demoner de Abreu.

Professora adjunta do Departamento de Clínica Médica. Assistente de Dermatologia da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória - EMESCAM.

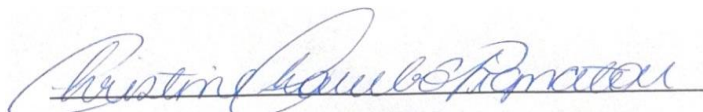
Orientadora.



Dr.^a. Marisa Simon Brezinski.

Dermatologista do Serviço de Dermatologia do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória. Assistente de Dermatologia da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM.

Co-orientadora



Dr.^a. Christine Chambo Pignaton.

Dermatologista do Serviço de Dermatologia do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória. Assistente de Dermatologia da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, por ser a base de tudo, dando nos força quando não éramos mais capazes de nos reerguer sozinhas.

Aos nossos pais, pelo amor incondicional, fazendo sempre o possível e impossível para que nossos sonhos fossem concretizados.

Aos nossos amigos, por estarem sempre presentes, apesar da correria da reta final.

A Dr^a Karina Demoner de Abreu Sarmenghi por ter aceitado ser nossa orientadora.

A Dr^a.Marisa Simon Brezinski, por toda paciência, ajuda e esforço para a realização do presente trabalho.

A Dr^a.Cristine Chambo Pignaton por ter aceitado fazer parte da nossa banca.

E, especialmente, ao paciente, por nos permitir relatar seu caso para que outros também possam ser ajudados.

RESUMO

A esporotricose é uma micose subcutânea subaguda ou crônica, causada pela inoculação de forma traumática do fungo dimorfo *Sporothrix schenckii*. A infecção manifesta-se como uma das seguintes formas clínicas: cutâneo linfática; cutâneo localizada; cutâneo disseminada e extracutânea ou sistêmica. Acomete ambos os sexos, qualquer faixa etária ou raça, independente de fatores individuais predisponentes. Faz diagnóstico diferencial com outras infecções que podem cursar com a formação de lesões ulcerovegetantes. O diagnóstico é feito principalmente pela cultura do fungo no meio de ágar Sabouraud. O tratamento nas formas cutâneas é feito especialmente com solução saturada de iodeto de potássio e nas formas extracutâneas com itraconazol ou anfotericina B lipossomal nos casos mais graves. Foi realizada uma revisão bibliográfica baseada na literatura nacional e internacional, e o estudo retrospectivo a seguir, baseado na análise do prontuário de um paciente com o diagnóstico de Esporotricose acompanhado no serviço de dermatologia do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória.

Palavras-chave: Esporotricose; micose subcutânea; esporotricose cutânea localizada.

ABSTRACT

Sporotrichosis is a subacute or chronic subcutaneous mycosis caused by traumatic inoculation of the dimorphic fungus *Sporothrix schenckii*. The infection manifests itself as one of the following clinical forms: cutaneous lymphatic; localized cutaneous, disseminated cutaneous and extracutaneous or systemic. It affects both sexes, any age or race, regardless of individual predisposing factors. Differential diagnosis with other infections that can occur with the formation of ulcerovegetative lesions. The diagnosis is made primarily by fungal culture on agar media Sabouraud. The treatment is done in cutaneous forms especially saturated solution of potassium iodide and forms itraconazole or extracutaneous with liposomal amphotericin B in severe cases. We performed a literature review based on the national and international literature, and retrospective below, based on analysis of the medical records of a patient with the diagnosis of sporotrichosis followed at the Dermatology of the Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitoria.

Keywords: Sporotrichosis; subcutaneous mycosis; localized cutaneous sporotrichosis

SUMÁRIO

APROVADO EM 04 DE JULHO DE 2013.....	8
COMISSÃO EXAMINADORA.....	8

1 INTRODUÇÃO

Esporotricose é uma doença subaguda ou crônica, que acomete homens e animais, causada pelo fungo dimorfo *Sporothrix schenckii* (YAMADA *et al.*, 2011).

Ocorre em quase todas as regiões do mundo, sendo a micose profunda de maior prevalência global. É mais comum em zonas temperadas e tropicais. A maior frequência ocorre no continente americano. O maior número de casos vêm do México e do Brasil. No Brasil ocupa o segundo lugar, após a paracoccidioidomicose, mas há variações conforme a região. Em São Paulo ocupa o segundo lugar, no Rio Grande do Sul é a micose subcutânea mais frequente e na Amazônia ocupa o quarto lugar (HEIDRICH *et al.* 2011).

A infecção geralmente ocorre pela inoculação traumática por solo, plantas e matéria orgânica contaminada com o fungo. Determinadas atividades de lazer e ocupacionais, tais como floricultura, agricultura, mineração e exploração de madeira, são tradicionalmente associados a tal micose (BARROS *et al.*, 2011).

As lesões são geralmente restritas a pele, tecido celular subcutâneo e vasos linfáticos adjacentes. Eventualmente, os fungos podem se disseminar para outros órgãos e, em raras ocasiões, a inalação de conídios pode levar a doença sistêmica. Diversos fatores, tais como a carga de inoculação, o estado imune do hospedeiro, a virulência do fungo e a profundidade da inoculação, influenciam nas diferentes formas de esporotricose (ZAITZ *et al.*, 2010).

A esporotricose é classificada nas formas cutâneas (cutâneo linfática, cutânea localizada), invasivas (cutânea disseminada) e extracutâneas (sistêmica). A forma cutâneo linfática é a forma mais comum, e juntamente com a forma cutâneo localizada constitui mais de 90% dos casos (SAMPAIO *et al.*, 2007).

O padrão ouro para o diagnóstico da esporotricose é a cultura, no entanto, sorologia, exame histopatológico e abordagens moleculares tem sido adotadas recentemente como ferramentas auxiliares para o diagnóstico dessa infecção fúngica (AZULAY *et al.*, 2011).

O tratamento de escolha da esporotricose enquanto lesão cutânea é a quimioterapia sistêmica com solução saturada de iodeto de potássio. Nas formas cutâneas disseminadas, linfocutâneas recidivantes e extracutâneas, a anfotericina B é o fármaco mais efetivo (HEIDRICH *et al.*, 2011).

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo geral

Relatar um caso de Esporotricose em um paciente assistido no Ambulatório de Dermatologia do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória.

1.1.2 Objetivos específicos

- Ampliar os conhecimentos referentes à doença em questão, facilitando o diagnóstico de outros pacientes com quadros semelhantes;
- Enfatizar a importância de técnicas adequadas de coleta e inoculação do material no meio de cultura, para que se consiga melhorar a positividade do cultivo.

1.2 JUSTIFICATIVA

Apresenta-se tal caso clínico por se tratar de um caso de esporotricose cutânea, em uma localização incomum. Como a transmissão da esporotricose geralmente é por inoculação direta do fungo na pele, é mais comum que as lesões ocorram em áreas descobertas da pele, e não em áreas cobertas por vestimentas, como no caso relatado.

Com o presente relato de caso pretende-se ainda descrever a clínica da esporotricose, as técnicas adequadas de coleta de material e cultura, além de enriquecer a literatura nacional.

2 METODOLOGIA

2.1 LOCAL DO ESTUDO

O presente estudo foi desenvolvido no Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória (HSCMV), localizado na Rua Doutor João dos Santos Neves, número 143, Vitória – ES.

2.2 APROVAÇÃO NO COMITÊ DE ÉTICA

Este trabalho teve seu projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da EMESCAM, antes de seu início.

2.3 REVISÃO DE PRONTUÁRIO

Para elaboração do projeto proposto foi realizado um estudo retrospectivo em que foram coletados e analisados os dados contidos no prontuário médico de um paciente portador de Esporotricose, que foi atendido no Ambulatório de dermatologia do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória em 2012.

2.4 PESQUISA BIBLIOGRÁFICA

Foi realizada pesquisa bibliográfica na literatura nacional e internacional, abrangendo relatos de casos, artigos de revisão e artigos originais, publicados nos últimos 5 anos (2007 - 2012) e escritos nos idiomas português, inglês e espanhol.

As bases de dados utilizadas foram Lilacs e Scielo, com os seguintes descritores: “esporotricose”, “micose subcutânea” e “esporotricose cutânea localizada, que foram cruzados nas mais diversas combinações.

3 RELATO DE CASO

Paciente do sexo masculino, 52 anos, branco, comerciante, casado, residente em Cariacica- ES, previamente hígido. Apresentava há um ano e meio, placa eritematosa, infiltrada e com secreção purulenta na região periumbilical, que media cerca de 4cm . Relatava tratamentos prévios com antibióticos, apresentando melhora discreta e temporária. Feitas as hipóteses diagnósticas de carcinoma espinocelular, esporotricose, paracoccidiodomicose, metástase cutânea e fístula cutânea. Realizada biópsia da lesão e exame anatomopatológico que evidenciou ao nível da derme espessamento fibroso e infiltrado inflamatório predominantemente mononuclear, rico em linfócitos e plasmócitos, com reação macrofágica gigantocelular; as colorações de PAS, Prata, Ziehl- Nielsen e Giemsa estavam negativas e não havia alterações sugestivas de malignidade. Realizado ultrassom de abdome e parede abdominal que ajudou a excluir a presença de fístula. Após tal resultado associado ao aspecto clínico da lesão a hipótese diagnóstica de esporotricose se tornou a mais provável. Realizada então coleta de secreção e enviada para cultura geral e para fungo, sendo a cultura geral positiva para *Staphylococcus aureus* sensível a sulfametoxazol-trimetropim, o qual foi prescrito por 21 dias, com melhora parcial. Após tal tratamento a lesão apresentava-se menos infiltrada, com crosta melicérica e drenagem de pequena quantidade de secreção purulenta. Concluiu-se que era uma contaminação secundária. Ainda sem conclusão diagnóstica optou-se por realizar nova biópsia e enviar material para cultura e histopatológico. O anatomo-patológico demonstrou dermatite exsudativa com reação gigantocelular, não sendo observado parasita na amostra. Na cultura para fungo cresceu *Aspergillus spp* , indicando contaminação. Persistiu a hipótese diagnóstica de esporotricose e foi coletado novo material para cultura, após umidificação da crosta com solução fisiológica, remoção da mesma e coleta do material abaixo da crosta, o qual foi inoculado imediatamente em meio de cultura ágar Saboraud e Micosel; ao exame a lesão apresentava área cicatricial com pequena placa coberta por tecido de granulação e fibrose à direita. A cultura foi positiva para *Sporothrix schenckii*.

Iniciado o tratamento com solução saturada de iodeto de potássio (20 gotas-3 vezes ao dia). Paciente apresentou coriza como único efeito adverso. Um mês após o início do tratamento, apresentava melhora acentuada da lesão, restando apenas um ponto de crosta. Após quatro meses de tratamento apresentou melhora clínica completa de lesão, mantido o iodeto de potássio por mais 30 dias. Reavaliado após 60 dias, mantendo apenas lesão cicatricial.

4 DISCUSSÃO

Esporotricose é uma doença subaguda ou crônica de seres humanos e animais causada pelo fungo dimorfo *Sporothrix schenckii* (YAMADA *et al.*, 2011). Este é um fungo aeróbio dimórfico, de reprodução sexuada, que se desenvolve sob a forma leveduriforme a 37° C, *in vitro* ou nos tecidos de um organismo vivo; e sob a forma filamentosa a temperatura ambiente (STOPIGLIA *et al.*, 2012)

A infecção geralmente ocorre pela inoculação traumática do fungo. Acredita-se que no caso relatado a inoculação foi por meio de traumatismo na região do abdome com caixas de madeira usadas para transportar os legumes que eram vendidos no estabelecimento comercial do paciente.

Transmissão zoonótica, pela arranhadura ou mordedura de gatos, tem sido descrita em casos isolados ou em pequenos surtos. No momento, veterinários, auxiliares, cuidadores e donos de gatos com esporotricose são considerados uma nova categoria de aquisição da doença (SILVA *et al.*, 2012).

A forma cutânea linfática mostra lesão inicial no local de trauma prévio, constituindo cancro de inoculação. Na maioria das vezes, pode ser uma lesão ulcerada de base infiltrada e eritematosa, mas poderá ser pápula, nódulo, placa vegetante e mesmo uma lesão ulcerogomosa. A partir dessa lesão inicial, seguindo o trajeto ascendente nos membros, forma-se cadeia de nódulos indolores, ao longo dos vasos linfáticos, que podem amolecer e ulcerar ou não (ZAITZ *et al.*, 2010).

Na forma cutânea localizada encontra-se lesão única, situado no local de inoculação do fungo, não acompanhada de nódulos no trajeto linfático, só raramente observa-se adenopatia regional. Inúmeros tipos de lesão já foram descritos: pápulas, que pustulizam e ulceram, abscessos, placas achatadas e sarcoídicas, lesões eritematoescamosas e ainda outras mais raras, nas quais só o isolamento do fungo permite o diagnóstico (ZAITZ *et al.*, 2010). Apesar dessa forma não ser a mais comum, foi a apresentada pelo paciente que iniciou como uma placa infiltrada com drenagem de secreção

purulenta na região infraumbilical, evoluindo para uma lesão eritematocrostosa menos exudativa e com área cicatricial.

Na forma cutânea localizada, a esporotricose passa a fazer parte da síndrome verrucosa, que apresenta aspectos clínicos comuns e clinicamente indistinguíveis de outras doenças: leishmaniose, cromomicose, tuberculose verrucosa e paracoccidiodomicose. Caracterizando-se por uma ou várias lesões localizadas em áreas expostas da pele, geralmente unilaterais. Além de síndrome verrucosa, vários tumores como: carcinoma epidermóide, ceratoacantoma e carcinoma basocelular são importantes diagnósticos diferenciais principalmente nas lesões ulcerovegetantes (ZAITZ *et al.*, 2010). Inicialmente foram aventadas a hipótese de paracoccidiodomicose, leishmaniose, esporotricose, cromomicose, tuberculose verrucosa, carcinoma espinocelular, foi realizada biópsia da lesão para exame anatomopatológico e cultura para ajudar no diagnóstico diferencial

A forma cutânea disseminada é observada principalmente em indivíduos imunocomprometidos, especialmente em HIV positivos. A disseminação pela pele se faz por via hematogênica, com lesões inicialmente subcutâneas e amolecidas que se ulceram após semanas ou meses. As lesões podem lembrar a tuberculose cutânea, com depressão central e bordas elevadas. As formas ulcerosas e crateriformes, podem lembrar lues terciária e, quando ulcerocrostosa, sugerem ectima. De modo geral, as lesões são assintomáticas, não afetando o estado geral do paciente. Dentre as formas invasivas extracutâneas, o envolvimento osteoarticular e pulmonar são os mais comuns (ZAITZ *et al.*, 2010).

Para o diagnóstico da Esporotricose o material a ser examinado deve ser obtido por meio de curetagem da base lesão, após a remoção da crosta superficial, ou aspirado com seringa de nódulos cutâneos. (STOPIGLIA *et al.*, 2012).

O *S. schenckii* quando cultivado a temperatura ambiente (25°C) se desenvolve na forma miceliana, apresentando colônias enrugadas e de coloração acastanhada a enegrecida, e a 37°C se desenvolve na forma parasitária de levedura, com colônias que lembram bactérias: úmidas, cremosas e de coloração amarelada (ZAITZ *et al.*, 2010). Pela microscopia, a primeira forma é caracterizada por hifas septadas hialinas ramificadas, contendo conidióforos com extremidades com conídios que se

arranjam na forma de uma margarida. A forma leveduriforme é pleomórfica, apresentando células fusiformes e ovais, lembrando um charuto (LOPES-BEZERRA *et al.*, 2006).

Apesar da presença do fungo nos tecidos ou exsudatos por exame direto já ser um indicativo da esporotricose, o diagnóstico definitivo da mesma se dá após isolamento do *S. schenckii* na cultura incubada a 25°C e sua conversão a forma leveduriforme a 37°C (BARROS *et al.*, 2001).

Com o resultado do primeiro histopatológico, foi possível descartar as causas malignas (carcinoma epidermóide, ceratoacantoma e carcinoma basocelular), sendo mais sugestivo de infecção específica. Foi realizado também ultrassom de abdome e parede abdominal para descartar a presença de fístula. Persistiu na investigação de um agente infeccioso com as culturas, e o diagnóstico microbiológico só foi alcançado na terceira tentativa de cultura, quando foram usadas técnicas mais adequadas de coleta e inoculação.

As formas cutâneas podem ser tratadas fundamentalmente de duas formas: solução saturada de iodeto de potássio via oral, que geralmente se inicia com 3 tomadas diárias de 5 gotas, devendo aumentar diariamente a dose em uma gota por tomada, conforme a tolerância do paciente, até dose máxima de 20 gotas por tomada, e pelo itraconazol na dose de 100-200 mg/dia . Alguns dos possíveis efeitos colaterais do iodeto de potássio são: aumento da salivagem, sabor metálico na boca, lesão dos dentes e gengivas, problemas na boca e glândulas salivares, sendo contra-indicado para as gestantes e mulheres em fase de amamentação (ANTUNES *et al.*, 2009). Para o paciente descrito foi escolhido o tratamento com solução saturada de iodeto de potássio, que ainda é a primeira escolha para o tratamento dessa forma de esporotricose.

As formas extracutâneas devem ser tratadas preferencialmente com itraconazol na dose de 200-400 mg/dia ou, nos casos mais graves, com anfotericina B lipossomal (infusão venosa lenta de 3-5 mg/kg/dia, com dose máxima de 800- 2950 mg) (YAMADA *et al.*, 2011).

Tanto na forma cutânea quanto na extracutânea, o tratamento medicamentoso deve ser mantido até um mês após a cura clínica da doença, sempre que necessário, devem ser realizadas culturas das lesões para confirmar sua negatização (ANTUNES *et al.*, 2009).

O paciente apresentou uma boa evolução com um tratamento de baixo custo, tendo obtido cura clínica com poucos efeitos colaterais. O mesmo continua em acompanhamento no serviço, apresentando no momento apenas uma lesão cicatricial, caso haja necessidade novas biópsias e culturas poderão ser realizadas.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Esporotricose, por ser a micose profunda de maior prevalência global e por apresentar um amplo espectro de manifestações clínicas, deve sempre ser considerada nos diagnósticos diferenciais das lesões ulcerovegetantes. Enfatizando a importância de persistir na procura do diagnóstico microbiológico, com técnicas adequadas de coleta e inoculação em meios de cultura, quando o diagnóstico é sugestivo de tal afecção.

REFERÊNCIAS

- SAMPAIO, S. A. P.; RIVITTI, E. A. **Dermatologia**. 3. ed. São Paulo: Artes Médicas, 2007.
- AZULAY, R.D.; AZULAY, D.R. **Dermatologia**. 5.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.
- ZAITS , C. **Compêndio de Micologia Médica**. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010
- HEIDRICH, D. et al. Sucesso terapêutico da terbinafina em um caso de esporotricose. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, Rio de Janeiro, v. 86, n. 4, jul/ago. 2011.
- SILVA, M.B.T. et al. Esporotricose urbana: epidemia negligenciada no Rio de Janeiro, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 10, out. 2012.
- BARROS, M.B.L. et al. *Sporothrix schenckii* and Sporotrichosis. **Clinical Microbiology Review**, 2011 October; 24(4): 633–654.
- YAMADA, K. et al. Cutaneous sporotrichosis treatment with potassium iodide. a 24 year experience in São Paulo state, Brazil. **Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo** , São Paulo, v. 53, n. 2, mar/apr. 2011.
- BARROS, M.B.L. et al. Esporotricose: a evolução e os desafios de uma epidemia. **Revista Panamericana de Salud Pública** , Washigton, v. 27, n. 6, june. 2010.
- LOPES, J.O. et al. Epidemiologia da esporotricose na região central do Rio Grande do Sul. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, Uberaba, v. 32, n. 5, sept./oct. 2009.
- STOPIGLIA, C.D.O.et al. Comparação entre dois meios de cultura para avaliação in vitro de suscetibilidade a antifúngicos do complexo *Sporothrix schenckii*. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, Rio de Janeiro, v. 87, n. 4, jul/ago. 2012.
- ANTUNES, T.A. et al. Experimental cutaneous sporotrichosis: *in vivo* evaluation of itraconazole and terbinafina. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, Uberaba, v.42, n.6, dec. 2009.

APÊNDICE

ESCOLA SUPERIOR DE
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA –

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Eporitricose: Relato de caso

Pesquisador: Karina Demoner de Abreu Sarmenghi

Área Temática:

Versão:2

CAAE:14654213.2.0000.506

Instituição Proponente: Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória –

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 317.025

Data da Relatoria: 25/06/2013

Apresentação do Projeto:

Projeto de TCC do curso de medicina que visa relatar um caso de esporotricose atendido no ambulatório de dermatologia da Santa Casa.

Objetivo da Pesquisa:

relatar o caso de um paciente com esporotricose atendido no ambulatório de dermatologia.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

risco mínimo, estudo retrospectivo de análise de prontuário.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto bem escrito com boa justificativa para descrição do caso.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O cronograma apresentado foi corrigido e está adequado.

Embora o projeto seja retrospectivo foi incluído o TCLE que está adequado

Recomendações:

aprovar pois todas as pendências anteriores foram corrigidas

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

aprovar

Endereço: EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190 Prédio da Fisio.

Bairro: Bairro Santa Luzia **CEP:** 29.045-402

UF: ES **Município:** VITORIA

Telefone: (27)3334-3586 **Fax:** (27)3334-3586

E-mail: comite.etica@emescam.br

ESCOLA SUPERIOR DE
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA –

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Continuação do Parecer: 317.025

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Parecer do relator aprovado pelo CEP, aprovado.

VITORIA, 26 de Junho de 2013

Assinador por:
Paulo Augusto Sessa
(Coordenador)

Endereço: EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190 Prédio da Fisiote.
Bairro: Bairro Santa Luzia **CEP:** 29.045-402
UF: ES **Município:** VITORIA
Telefone: (27)3334-3586 **Fax:** (27)3334-3586

E-mail: comite.etica@emescam.br

ANEXOS

ANEXO A - Fotografia digital 1. Placa eritematosa, infiltrada, com tecido de granulação e drenagem de secreção purulenta na região periumbilical. Antes da realização da segunda biópsia.



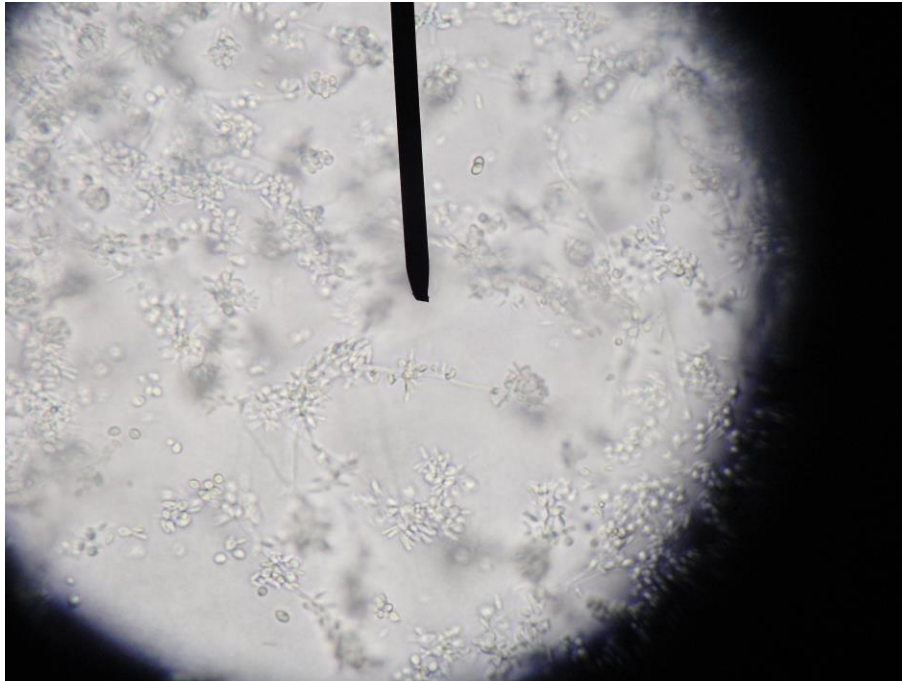
ANEXO B - Fotografia digital 2. Placa eritemato-crostosa sem drenagem de secreção purulenta. No dia da coleta de material para a terceira cultura.



ANEXO C - Fotografia digital 3. Cultura na temperatura ambiente mostrando colônias enrugadas e de cor castanho-enegrecida.



ANEXO D - Fotografia digital 4. Microscopia óptica da cultura: hifas hialinas e septadas com conídios piriformes dispostos de forma que lembra uma margarida na extremidade do conidióforo.



ANEXO E - Fotografia digital 5. Após início do tratamento, lesão mantendo aspecto crostoso, e com aumento da área cicatricial.



ANEXO F - Fotografia digital 6. Com a progressão do tratamento houve redução do eritema e também da infiltração da lesão.



ANEXO G - Fotografia digital 7. Dois meses antes do término do tratamento, apenas com pequena pápula descamativa na extremidade superior direita.

