

**ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA - EMESCAM
GRADUAÇÃO EM MEDICINA**

**JOANA DEGASPERI DINIZ
LETICIA MACEDO GIRELLI
MANUELA BASTOS MARCHESI**

**ESPOROTRICOSE DISSEMINADA EM PACIENTE COM SÍNDROME
DA IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA:**

Um relato de caso

VITÓRIA
2024

JOANA DEGASPERI DINIZ
LETICIA MACEDO GIRELLI
MANUELA BASTOS MARCHESI

**ESPOROTRICOSE DISSEMINADA EM PACIENTE COM SÍNDROME
DA IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA:**

Um relato de caso

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Coordenação do Curso de Graduação em
Medicina da Escola Superior de Ciências da Santa
Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM,
como requisito parcial para obtenção do título de
Bacharel em Medicina.

Orientador(a): Prof. Dr. Ricardo Tristão Sá

VITÓRIA
2024

JOANA DEGASPERI DINIZ
LETICIA MACEDO GIRELLI
MANUELA BASTOS MARCHESI

**ESPOROTRICOSE DISSEMINADA EM PACIENTE COM SÍNDROME DA
IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA:**


Um relato de caso

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à coordenação do curso de graduação em Medicina da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Medicina.

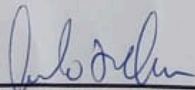
Aprovada em 06 de junho de 2024.

BANCA EXAMINADORA

Ricardo Tristão Sá – Doutor em Medicina Tropical
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM
Orientador

 Documento assinado digitalmente
CAROLINA ROCIO OLIVEIRA SANTOS
Data: 05/06/2024 21:58:24 -0300
Verifique em <https://validar.itl.gov.br>

Carolina Rocio Oliveira Santos – Doutora em Moléstias Infecciosas
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM
(Banca Interna)



Nilo Fernando Rezende Vieira – Mestre em Infectologia e Medicina Tropical
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM
(Banca Interna)



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO

PROTOCOLO DE ASSINATURA



O documento acima foi assinado digitalmente com senha eletrônica através do *Protocolo Web*, conforme Portaria UFES nº 1.269 de 30/08/2018, por
RICARDO TRISTAO SA - SIAPE 2232954
Departamento de Medicina Social - DMS/CCS
Em 07/06/2024 às 09:02

Para verificar as assinaturas e visualizar o documento original acesse o link:
<https://api.lepisma.ufes.br/arquivos-assinados/934761?tipoArquivo=O>

RESUMO

Introdução: A esporotricose é uma infecção fúngica que emerge como uma crescente preocupação de saúde pública no Brasil. Esse cenário evidencia a vulnerabilidade dos pacientes portadores do HIV a manifestações atípicas da doença, aumentando a morbimortalidade associada a essa micose. Até o presente momento, de acordo com nosso conhecimento, este é o primeiro caso documentado no estado do Espírito Santo com tal evolução desde o início da epidemia de esporotricose na região. Destacamos a importância de documentar tais casos para ampliar a visibilidade e contribuir para futuras pesquisas sobre abordagens e cuidados. **Objetivo:** Descrever uma evolução atípica de esporotricose disseminada em um paciente com Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA). **Método:** Este estudo consiste em um relato de caso. As informações foram coletadas a partir de prontuários médicos eletrônicos fornecidos pelo Hospital Santa Casa da Misericórdia de Vitória e pelo Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes, na cidade de Vitória, Espírito Santo, no ano de 2024. O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da EMESCAM. **Conclusão:** Com o aumento expressivo do número de casos de esporotricose no ES e no Brasil, haverá também uma maior incidência em pacientes imunodeprimidos, condição que favorece o aparecimento de formas mais graves. Nesse contexto se torna importante a suspeição da esporotricose nessas formas, para diagnóstico mais rápido e maior efetividade no tratamento reduzindo, conseqüentemente, a morbidade e mortalidade.

Palavras-chave: esporotricose; Síndrome da Imunodeficiência Adquirida; evolução clínica.

ABSTRACT

Introduction: Sporotrichosis is a fungal infection that is emerging as a growing public health concern in Brazil. This scenario highlights the vulnerability of HIV-positive patients to atypical manifestations of the disease, increasing the morbidity and mortality associated with this mycosis. To the best of our knowledge, this is the first documented case in the state of Espírito Santo with such progression since the beginning of the sporotrichosis epidemic in the region. We emphasize the importance of documenting such cases to increase visibility and contribute to future research on approaches and care. **Objective:** To describe an atypical progression of disseminated sporotrichosis in a patient with Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS). **Methods:** This study consists of a case report of a patient with disseminated sporotrichosis. The information was collected from electronic medical records provided by the Santa Casa de Misericórdia de Vitória Hospital and the Cassiano Antônio Moraes University Hospital, in the city of Vitória, Espírito Santo, in the year 2024. The project was submitted and approved by the Ethics Committee on Human Research of EMESCAM. **Conclusion:** With the substantial increase in the number of sporotrichosis cases in ES and across Brazil, there will also be a higher incidence among immunocompromised patients, a condition that predisposes to the development of more severe forms. In this context, it becomes crucial to suspect sporotrichosis in these cases to facilitate prompt diagnosis and enhance treatment efficacy, thereby reducing morbidity and mortality.

Keywords: sporotrichosis; Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS); clinical progression.

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1 - Cultura positiva para *Sporothrix sp.*.....12
- Figura 2 - Lesões de pele do paciente antes do tratamento. A e B: face. C e D: membros superiores. E: tórax e abdome. F e G: membros inferiores.....17
- Figura 3 - Avaliação histológica de linfonodo cervical em julho de 2022.....18
- Figura 4 - Lesões de pele do paciente em outubro de 2022. A: face. B e C: membros inferiores. D e E: membros superiores. F: tórax e abdome19
- Figura 5 - Lesões de pele do paciente após tratamento. A e B: face. C: membro superior. D: tórax e abdome21

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AIDS/SIDA	Síndrome da imunodeficiência adquirida (do inglês <i>Acquired immunodeficiency syndrome</i>)
BAAR	Bacilo Álcool-Ácido Resistente
CEP	Comitê de Ética Médica
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
CV	Carga viral
dl	decilitro
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
EMESCAM	Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória
ES	Espírito Santo
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HSCMV	Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória
HUCAM	Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes
LCR	Líquido cefalorraquidiano
mg	miligrama
ml	mililitro
mm ³	milímetro cúbico
mmHg	milímetros de mercúrio
PCM	Paracoccidiodomicose
RHZE	Rifampicina, Isoniazida, Pirazinamida e Etambutol
RNM	Ressonância nuclear magnética
SNC	Sistema Nervoso Central
sp.	espécie
TARV	Tratamento antirretroviral
TCD4	Linfócitos T auxiliares CD4+
TCD8	Linfócitos T auxiliares CD8+
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UI	Unidades internacionais
VDRL	Pesquisa Laboratorial de Doenças Venéreas (do inglês <i>Venereal Disease Research Laboratory</i>)

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	9
2	OBJETIVO	14
3	MÉTODO	15
4	RELATO DE CASO	16
5	DISCUSSÃO	22
6	CONCLUSÃO	27
	REFERÊNCIAS	29
	ANEXOS	32
	ANEXO A - CERTIFICADO DE APROVAÇÃO DO CEP	33

1 INTRODUÇÃO

A esporotricose é uma infecção fúngica dimórfica subcutânea, subaguda a crônica, causada pelo gênero *Sporothrix*, composto por 53 espécies, sendo que apenas algumas causam importantes impactos sobre a saúde humana ou animal, como *Sporothrix schenckii*, *Sporothrix brasiliensis*, *Sporothrix globosa*, *Sporothrix pallida* ou *Sporothrix mexicana* (Kauffman, 2023b; Rodrigues *et al.*, 2020). Os mecanismos de transmissão incluem a inoculação de elementos fúngicos do solo, plantas e matéria orgânica contaminados, mas vale ressaltar que em países hiperendêmicos a transmissão zoonótica (animal-humano) é comum, por meio de mordidas ou arranhaduras de ratos, tatus, esquilos, cães e, principalmente, gatos infectados (Moreira; Freitas; Lamas, 2015; Gonçalves *et al.*, 2023).

No Brasil, a crescente incidência de esporotricose está associada ao surgimento do *Sporothrix brasiliensis*. Trata-se de uma transmissão zoonótica, por gatos, a qual atribui-se um surto contínuo da doença, iniciado em 1997, com epicentro no estado do Rio de Janeiro (Kauffman, 2023b). Posteriormente, foram descritos casos em outras regiões brasileiras, assim como em demais países da América Latina, como Paraguai, Argentina e Panamá (Kauffman, 2023a).

No Espírito Santo (ES), a doença tem obtido cada vez mais notoriedade, uma vez que o total de 202 casos notificados em 2020 (incidência de 4,97 casos por 100.000 habitantes) quase triplicou, alcançando 601 casos em 2021 (incidência de 14,63 casos por 100.000 habitantes) e com destaque para os municípios de Vila Velha, Cariacica, Serra, Vitória, Guarapari e Viana (Espírito Santo..., 2022). Assim como o Rio de Janeiro, o estado está localizado na região Sudeste do Brasil, considerada de alta endemicidade para a esporotricose humana, visto que predominam os climas semiáridos, tropicais, subtropicais, subtropicais úmidos e de altitude, condições que favorecem o desenvolvimento de espécies de *Sporothrix*. Em estudo realizado por Caus e outros autores (2019) observou-se que houve um maior número de casos no

estado durante as estações quentes (quente-seca e quente-úmida) quando comparado à estação fria e seca, tendo uma maior incidência em pacientes de áreas rurais e montanhosas, com altitudes entre 450 e 1.200 metros. Entretanto, observa-se uma rápida disseminação e expansão de *S. brasiliensis* por todo o Espírito Santo, no período entre 2015 e 2021, mostrando uma ampliação da área de ocorrência da doença para as regiões metropolitanas (Rocha *et al.*, 2021; Caus *et al.*, 2019; Gonçalves *et al.*, 2023).

De acordo com as manifestações clínicas, a esporotricose pode evoluir para formas cutâneas ou extracutâneas. As formas cutâneas são divididas em cutânea fixa, linfocutânea e cutânea disseminada. A apresentação típica e mais frequente da esporotricose cutânea é sob a forma linfocutânea. Desenvolve-se, no local da inoculação, uma pápula, a qual pode ulcerar, e é seguida de lesões ao longo dos canais linfáticos proximais ao sítio inicial. Sua drenagem é pouco purulenta, o odor ausente, a dor leve e em geral há ausência de sintomas sistêmicos (Bonifaz; Tirado-Sánchez, 2017; Kauffman, 2023b). Outra forma de apresentação dermatológica, menos comum que a linfangite nodular, é a lesão cutânea fixa, comum em face e extremidades, com aspecto em placa ou verrucoso e também passível de ulceração. Já a esporotricose cutânea disseminada, apesar da propagação por via hematogênica e de indicar maior gravidade, ainda se limita à pele, sendo caracterizada por lesões cutâneas em locais não contíguos (Kauffman, 2023b).

Para além das manifestações dermatológicas, formas extracutâneas da doença podem englobar envolvimento ocular, osteoarticular, pulmonar, neurológico, linfonodal, medular, sanguíneo, de mucosas, entre outros (Bonifaz; Tirado-Sánchez, 2017). O primeiro se dá após a inalação de conídios do *Sporothrix sp.* e os pacientes apresentam características semelhantes à tuberculose pulmonar, desde os sintomas respiratórios como dispneia, tosse, expectoração purulenta e hemoptise, as queixas constitucionais, como febre, sudorese noturna, perda de peso e fadiga, até os achados radiográficos, como cavidades unilaterais ou bilaterais no lobo superior com quantidades variáveis de fibrose e/ou lesões nodulares dispersas (Kauffman, 2023b). A doença pulmonar é relatada principalmente em homens de meia-idade com

Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) e/ou aqueles com uso excessivo de álcool e pode ou não estar associada a outras formas de apresentação da esporotricose, mas a disseminação da infecção para fora dos pulmões é incomum. Já a doença osteoarticular, também relatada em homens de meia-idade e uso excessivo de álcool, pode ocorrer pela disseminação hematogênica ou após inoculação local, envolver uma ou mais articulações, estar acompanhada ou não de lesões cutâneas e quando há acometimento ósseo, normalmente é contíguo a uma articulação infectada (Bonifaz; Tirado-Sánchez, 2017; Kauffman, 2023b). O envolvimento neurológico, por sua vez, é raro, ocorre principalmente em portadores da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA) e se apresenta sob a forma de meningite isolada ou consequente à doença disseminada (Kauffman, 2023b).

Já a esporotricose sistêmica disseminada, que envolve mais de um órgão, é muito incomum e ocorre, principalmente, em indivíduos imunocomprometidos, como portadores de diabetes *mellitus*, etilistas crônicos, pacientes oncológicos, imunossuprimidos por razões terapêuticas, e, principalmente, aqueles com SIDA, especialmente com contagem de linfócitos TCD4 menor que 200 células/mm³. Essa apresentação pode ou não estar associada a lesões cutâneas e o envolvimento pulmonar é incomum (Kauffman, 2023b; Orofino-Costa *et al.*, 2022).

Outras formas também descritas da esporotricose são a mucosa, que pode ocorrer por inoculação direta ou indireta e em geral é caracterizada por envolvimento nasal e ocular, e a apresentação imuno-alérgica, uma reação de hipersensibilidade ao patógeno, com expressão de artralguas/artrites, eritema nodoso e/ou multiforme e síndrome de Sweet (Orofino-Costa *et al.*, 2022).

O isolamento do fungo através da cultura é o método padrão-ouro e o mais sensível para o diagnóstico da Esporotricose. As amostras podem ser obtidas por aposição ou aspiração de materiais de lesões ou biópsia de tecido, escarro ou fluidos corporais (Kauffman, 2023b). São comumente utilizados meios de cultura como Ágar Sabouraud Dextrose e Ágar Mycosel, numa temperatura entre 25 e 28 °C, nos quais o fungo geralmente surge de 3 a 6 dias em amostras de lesões cutâneas, podendo esse tempo se estender para até 19 dias quando a partir de amostras de outros

materiais (Orofino-Costa *et al.*, 2022). As colônias iniciais são filamentosas, hialinas de cor creme e úmidas, mas com o tempo, se tornam escuras centrifugamente, como pode ser observado na Figura 1 (Mahajan, 2014).

Figura 1 - Cultura positiva para *Sporothrix sp.*



Fonte: Acervo pessoal (2024)

Algumas outras avaliações não são indicadas rotineiramente, principalmente pela baixa especificidade e sensibilidade, como a microscopia direta e o exame histopatológico, o qual apresenta apenas função auxiliar. A sorologia é uma ferramenta alternativa no diagnóstico, útil para formas atípicas, triagem e no seguimento, para controle de cura e detecção de recidivas (Orofino-Costa *et al.*, 2022; Zhang, 2015). Por fim, a detecção molecular é o método de referência para identificação da espécie do gênero *Sporothrix* em questão, entretanto, sua utilidade é mais restrita a fins de pesquisa e prevenção (Gonçalves *et al.*, 2023; Orofino-Costa *et al.*, 2022).

O aumento do número de casos de Esporotricose, relatado desde o fim da década de 80, pôs em destaque a vulnerabilidade de determinados grupos à doença, em especial os infectados pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV). Isso porque, além das populações desfavorecidas, mais suscetíveis à esporotricose, também serem mais propensas a adquirirem infecções transmissíveis como o HIV, os portadores desse vírus apresentam maior morbimortalidade pela micose em questão (Freitas *et al.*, 2014). Esse vírus é responsável por alterar o curso típico da esporotricose e, seu caráter oportunista é influenciado pelo estado do sistema imunológico do hospedeiro. O aumento da gravidade da doença nesses pacientes está associado à diminuição das defesas imunológicas e das respostas inflamatórias, à elevada carga fúngica, à disseminação extensa e às maiores taxas de mortalidade (Queiroz-Telles *et al.*, 2019).

O desenvolvimento de apresentações clínicas e histológicas atípicas de esporotricose foram relatadas em pacientes imunocomprometidos, principalmente com contagem baixa de linfócitos TCD4, o que pode atrasar o diagnóstico por meses e corroborar para um pior desfecho clínico. Dessa forma, é fundamental documentar os casos encontrados, para gerar maior visibilidade, aumento da suspeição de casos atípicos e eventualmente auxílio na fomentação de novas pesquisas a respeito de abordagens e cuidados (Pinto-Almazán *et al.*, 2023).

2 OBJETIVO

Descrever uma evolução atípica de esporotricose disseminada em paciente com SIDA.

3 MÉTODO

Este estudo consiste em um relato de caso de um paciente com SIDA e quadro de esporotricose cutânea disseminada, que se encontra em acompanhamento ambulatorial. Foi realizado de forma observacional e qualitativa, utilizando dados secundários coletados do período de internação do paciente, por meio de revisão de prontuários médicos eletrônicos fornecidos pelo Hospital Santa Casa da Misericórdia de Vitória (HSCMV) e pelo Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes (HUCAM), em Vitória - ES, em 2024. Não se aplica intervenção, cálculo amostral, critérios de inclusão e critérios de exclusão.

Por se tratar de um estudo em que os dados utilizados foram coletados a partir da análise de prontuários da base de dados dos hospitais, não há riscos físicos diretos relacionados à realização da pesquisa. Entretanto há o risco de quebra do sigilo das informações contidas nos prontuários. Para minimizar este risco, os pesquisadores se comprometem a não divulgar dados pessoais que possam identificar o participante da pesquisa, sem sua autorização. Desse modo, fotos e figuras que venham a ser utilizadas foram devidamente tratadas e censuradas para não identificar o participante. Assim, os dados clínicos serão utilizados somente com fins científicos e nos meios apropriados de divulgação, como congressos de saúde e revistas científicas especializadas.

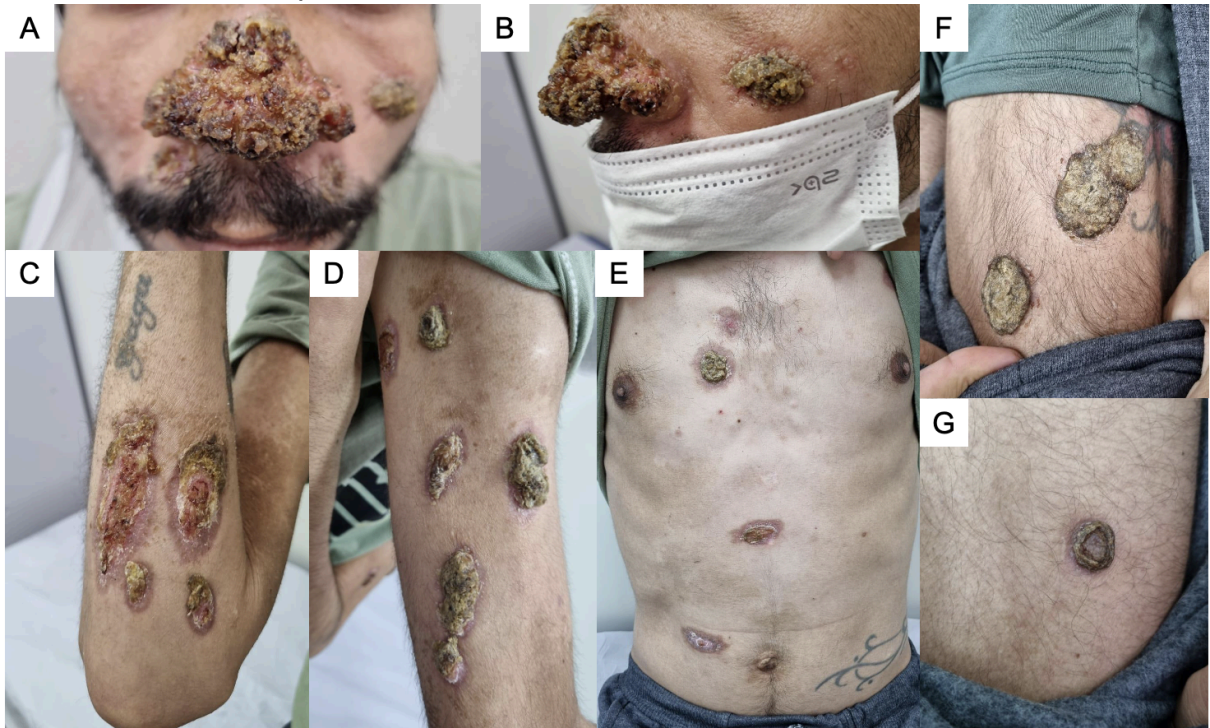
Este estudo foi submetido à aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da EMESCAM e da HUCAM, através da Plataforma Brasil do Ministério da Saúde, Sistema CEP/CONEP. O número do parecer de aceitação é 6.797.792 (Anexo A).

4 RELATO DE CASO

Paciente, sexo masculino, 31 anos, residente de Ibirajú - ES, natural de João Neiva - ES, solteiro, sem filhos, faxineiro em escola, regulado do Pronto Atendimento de Ibirajú, onde esteve internado, para leito de enfermaria do HSCMV em junho de 2022, devido a quadro de infecção por HIV recém diagnosticada em teste rápido positivo, ainda sem tratamento instituído, associado a linfonodomegalias dolorosas, lesões cutâneas friáveis e crostosas difusas pelo corpo, tosse secretiva, febre diária, calafrios, dor abdominal difusa e diarreia. Na história patológica pregressa, o paciente apresentava toxoplasmose ocular com perda da visão direita há 5 anos.

No exame físico, constatava-se ruim estado geral, desidratado, com linfonodomegalias cervicais bilateral, lúcido e orientado, amaurose total bilateral, presença de placas eritemato-crostosas em ponta nasal, região malar bilateralmente e membros superiores e inferiores. Aparelho respiratório com roncos expiratórios bilaterais, eupneico em ar ambiente sem sinais de esforço respiratório. Avaliação cardiovascular com bulhas normofonéticas, ritmo cardíaco regular, pressão arterial 90 x 60 mmHg, taquicárdico, tempo enchimento capilar < 3 segundos. Abdome doloroso à palpação difusamente, sem sinais de peritonite. Presença de lesões verrucosas em ambas as bases do nariz e dorso medindo cerca de 5 cm em maior diâmetro; lesão verrucosa em região zigomática esquerda medindo cerca de 3 cm; 2 lesões verrucosas em região infranasal medindo cerca de 1,5 cm; lesões ulcerosas e verrucosas em braço e antebraço direitos, de diâmetros entre 2 e 7 cm; 3 lesões verrucosas de base eritematosa em braço esquerdo, de diâmetros entre 2 e 3 cm; 4 lesões verrucosas e ulceradas de base eritematosa em tórax e abdome, de diâmetros entre 2 e 7 cm; 3 lesões verrucosas e ulceradas em dorso, de diâmetros entre 2 e 3 cm; 2 lesões verrucosas de base eritematosa em região de coxa esquerda medindo cerca de 3 cm; 1 lesão verrucosa de base eritematosa em região de coxa direita, medindo 1,5 cm (Figura 2).

Figura 2 - Lesões de pele do paciente antes do tratamento. A e B: face. C e D: membros superiores. E: tórax e abdome. F e G: membros inferiores



Fonte: Acervo pessoal (2022)

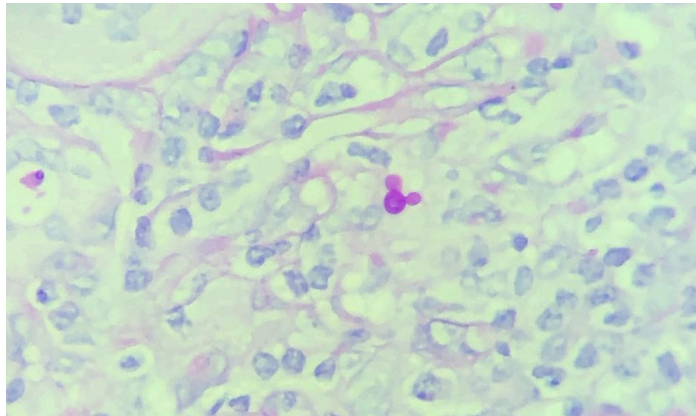
Prosseguiu-se com a investigação durante a internação. As lesões cutâneas foram avaliadas pelo serviço dermatológico do hospital, e foi coletada história de gato de estimação falecido por esporotricose logo antes do surgimento das lesões difusas, sendo o quadro sugestivo de esporotricose, com necessidade afastar possibilidade de criptococose e paracoccidioidomicose. Diante disso, foi orientado iniciar itraconazol 100mg a cada 12 horas.

Foram realizados exames laboratoriais, com resultados de carga viral (CV) de 1.490.456 cópias/ml, contagem de linfócitos CD4 de 64 células/mm³, linfócitos TCD8 de 1535 células/mm³ e VDRL 1/2. Diante dos resultados apresentados, em julho de 2022 foi iniciado tratamento com Tenofovir, Lamivudina e Dolutegravir, profilaxia com sulfametoxazol-trimetoprima e 1 dose 2,4 milhões UI penicilina benzatina (considerado sífilis primária).

Nos exames complementares, foram realizadas tomografias computadorizadas de tórax, abdome e crânio. A primeira apresentou sinais de acometimento inflamatório

agudo nos lobos inferiores, caracterizada pela presença de tênues focos de atenuação em vidro fosco, micronódulos centrolobulares e imagens de árvore em brotamento; As TCs de abdome e crânio não mostraram alterações dignas de nota. Também foi realizada a pesquisa de BAAR no escarro do paciente, com resultado negativo. Além disso, foi realizada broncoscopia com cultura de lavado broncoalveolar e biópsia das lesões cutâneas, ambas com diagnóstico de esporotricose. Foi ainda feita biópsia de linfonodomegalia cervical (Figura 3) que apresentou como resultado imagem sugestiva de paracoccidioidomicose. No entanto, posteriormente foi realizada a sorologia para *Paracoccidioides sp.*, sendo esta negativa.

Figura 3 - Avaliação histológica de linfonodo cervical em julho de 2022.

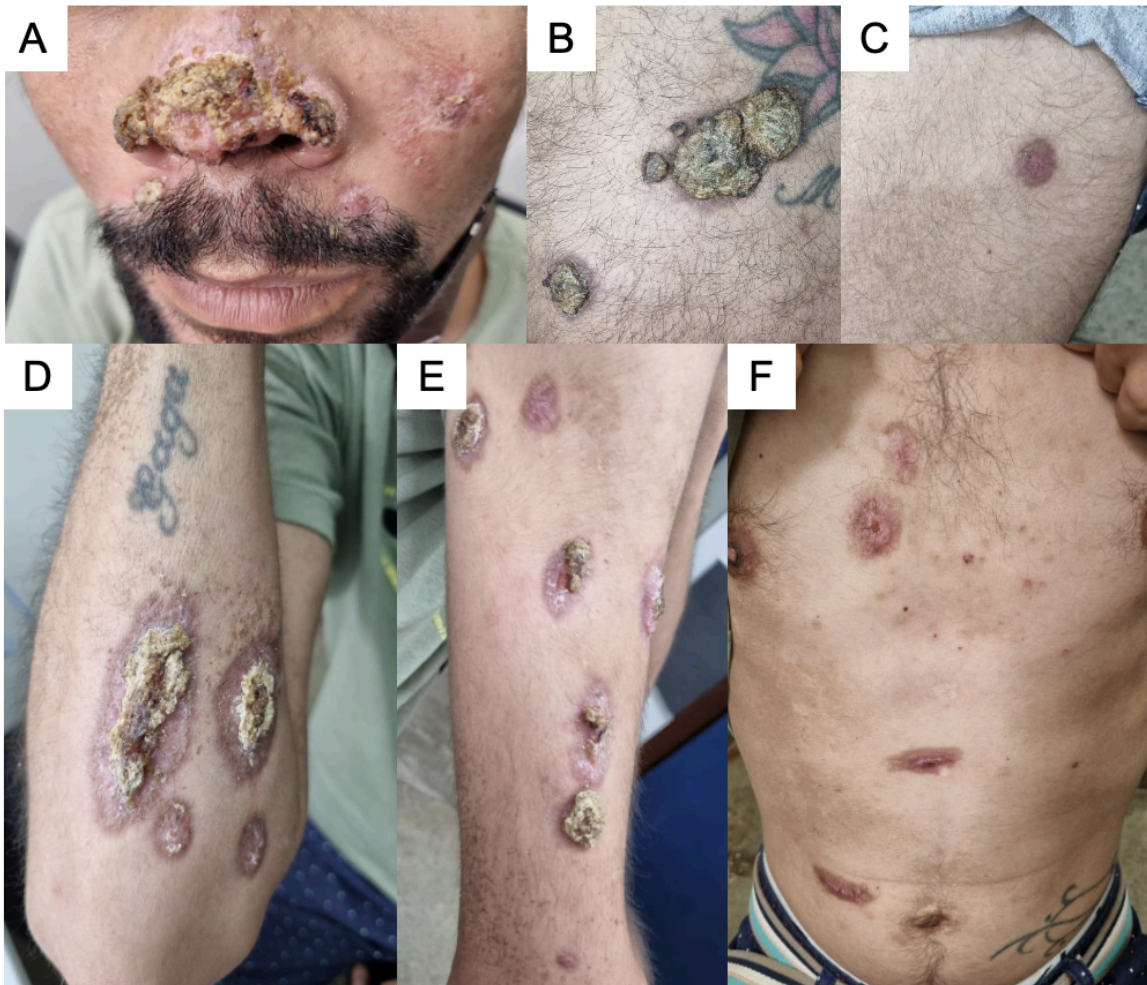


Fonte: Acervo pessoal (2022)

Com os tratamentos instituídos e orientado a manter em uso domiciliar, paciente recebeu alta da internação do HSCMV após 16 dias, com orientação de acompanhamento no ambulatório de infectologia do HUCAM. Em setembro de 2022, após 2 meses da alta, o paciente é internado no HUCAM devido à manutenção das lesões cutâneas, para realizar tratamento com Anfotericina B lipossomal por 10 dias, totalizando 2000mg.

Após a alta hospitalar a desejo do paciente, o mesmo manteve acompanhamento mensal no ambulatório de infectologia da HUCAM, com manutenção do uso de itraconazol para tratamento da esporotricose, sulfametoxazol-trimetoprima como profilaxia de infecções oportunistas e TARV. O paciente apresentou boa evolução das lesões, como mostradas na Figura 4.

Figura 4 - Lesões de pele do paciente em outubro de 2022. A: face. B e C: membros inferiores. D e E: membros superiores. F: tórax e abdome



Fonte: Acervo pessoal (2022)

Em janeiro de 2023, o paciente compareceu ao ambulatório apresentando piora do quadro, com recidiva das lesões cutâneas, alteração aguda do estado mental, desorientação temporo-espacial, relatos de episódios de agressividade e alucinação visual, anorexia, cefaleia intermitente de forte intensidade e referindo interrupção do uso dos medicamentos prescritos (TARV, sulfametoxazol-trimetoprima e itraconazol) por conta própria. Solicitada uma nova internação no HUCAM e interrogados os diagnósticos de infecção oportunista do SNC por *Cryptococcus sp.* e de meningite tuberculosa.

Durante a internação, foi realizada cultura de raspado de lesão ulcerada escapular com resultado compatível com *Sporothrix sp.*, RNM de crânio com sinais de comprometimento leptomeníngeo, caracterizado por tênue hipersinal flair e

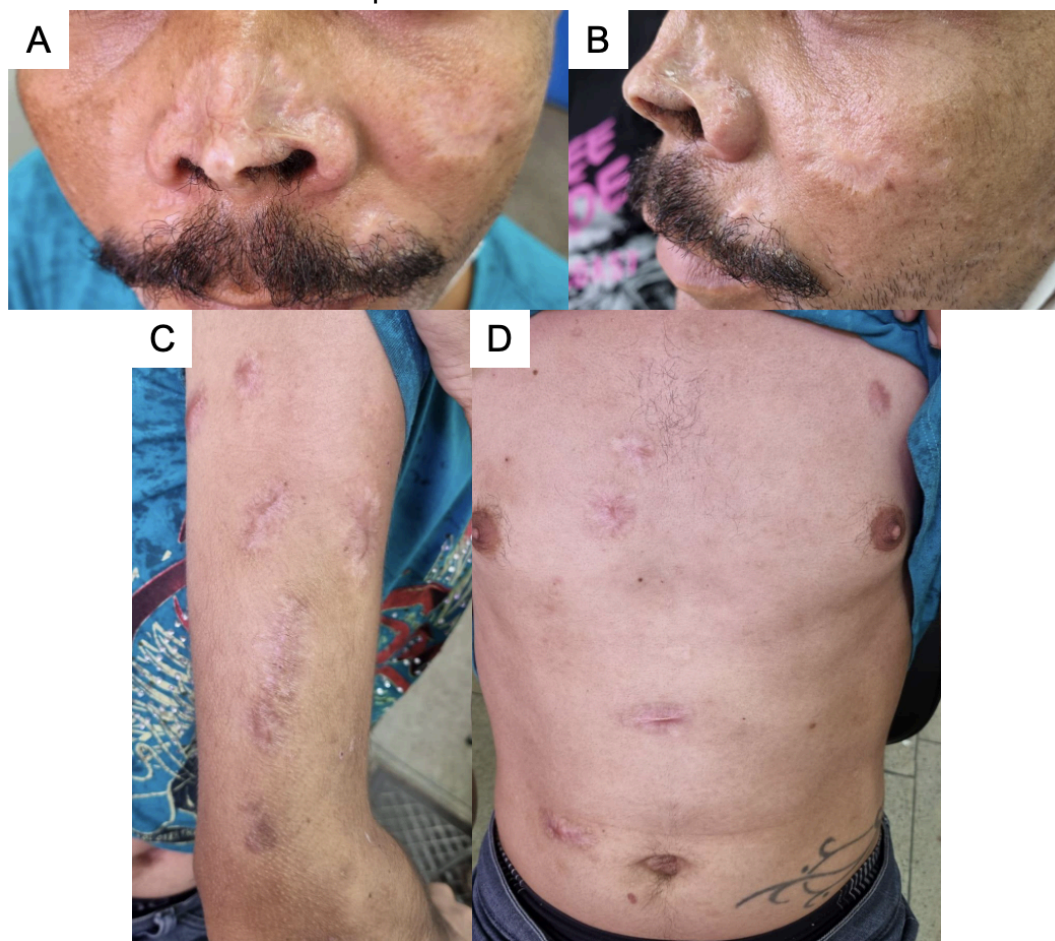
impregnação patológica pelo contraste em diversas localizações, que pode representar alteração de natureza inflamatória e/ou infecciosa. Também foi realizada punção lombar seguida de análise de líquido cefalorraquidiano (LCR) com aspecto turvo, pleocitose (90% de mononucleares), proteinorraquia 387 mg/dl, glicorraquia 8 mg/dl, culturas negativas para bactérias, fungos e inespecíficos, pesquisa de *Cryptococcus sp.* e tinta da China negativas.

Foi iniciado esquema RHZE, com proposta terapêutica de 12 meses, e dexametasona uma vez que a principal suspeita foi de meningite tuberculosa baseado no quadro clínico e alteração do líquido. Foi reiniciado o uso do itraconazol e, após sua suspensão, foi administrado anfotericina B complexo lipídico e, posteriormente, lipossomal, além de haloperidol e risperidona, conforme orientação psiquiátrica. Evoluiu com melhora progressiva do estado neurológico, ganho de peso gradual e lesões em resolução e em estado cicatricial.

Em fevereiro de 2023, recebeu alta hospitalar com orientação de acompanhamento ambulatorial regular e de continuação do tratamento a nível domiciliar, mantendo uso de RHZE, TARV, risperidona, sulfametoxazol-trimetoprima e itraconazol.

Até agosto de 2023, o paciente compareceu regularmente às consultas ambulatoriais, apresentando boa adesão medicamentosa e melhora completa do quadro das lesões cutâneas (Figura 5). Entretanto, a partir de setembro de 2023 até janeiro de 2024, o paciente não retornou às consultas, abandonou medicações de uso contínuo por conta própria e não realizou exames de segmento de CV e TCD4+ (oscilações são demonstradas na Tabela 1), referindo dificuldades no transporte. Compareceu ao ambulatório de infectologia em janeiro de 2024, onde foi prescrito novamente sulfametoxazol-trimetoprima, renovada receita do TARV, suspenso o tratamento com itraconazol e com RHZE para neurotuberculose.

Figura 5 - Lesões de pele do paciente após tratamento. A e B: face. C: membro superior. D: tórax e abdome



Fonte: Acervo pessoal (2023)

Tabela 1 - Relação entre carga viral, contagem de linfócitos TCD4 e irregularidade no segmento e tratamento

Data	Carga viral (cópias/ml)	TCD4 (células/mm ³)
06/07/2022	1.490.456	64
22/09/2022	263	177
05/01/2023	1.364	101
16/02/2023	105	*
12/04/2023	95	162
27/07/2023	207	389
22/01/2024	200.000	96

* Sem dados

Fonte: Autoria própria (2024)

5 DISCUSSÃO

Até o presente momento, de acordo com o nosso conhecimento, este é o primeiro relato de esporotricose cutânea disseminada com acometimento pulmonar no estado do ES.

Numa série de 21 casos de esporotricose relatados entre pacientes imunodeprimidos pelo HIV, no Rio de Janeiro, de 1999 a 2009, segundo Freitas e outros autores (2012, p. 172), “as formas clínicas mais frequentes da esporotricose nesses pacientes foram a forma linfocutânea e disseminada (7 pacientes cada, 33,3%), seguida pela forma cutânea disseminada em cinco (23,8%) e fixa nas duas demais (9,5%)”. De acordo com uma revisão sistemática por Moreira, Freitas e Lamas (2015), a maior parte dos pacientes coinfetados pelo HIV e pela esporotricose, apresenta a doença cutânea disseminada com contagem média de linfócitos TCD4 de 97 células/mm³, o que representa um quadro de pior prognóstico.

Sabe-se que a esporotricose apresenta-se mais frequentemente sob a forma cutâneo-linfática. Entretanto, também já é estabelecido que a infecção pelo vírus do HIV, e, especialmente, a imunossupressão por essa, alteram o curso da infecção fúngica em questão, gerando formas potencialmente disseminadas e graves da doença (Kauffman, 2023b).

Essa relação é evidente no caso relatado, em que o estado de imunodepressão do paciente, devido ao diagnóstico tardio de HIV já na fase da síndrome da imunodeficiência adquirida, com contagem de linfócitos TCD4 de 64 células/mm³, predispôs as infecções oportunistas e facilitou a disseminação hematogênica do fungo a partir de um foco inicial (Bonifaz; Tirado-Sánchez, 2017; Orofino-Costa *et al.*, 2017; Mahajan, 2014).

Apesar de não ter sido possível um detalhamento dos sinais e sintomas devido a coleta de dados ter sido realizada através de dados secundários, as manifestações

sistêmicas apresentadas no momento do diagnóstico, com acometimento pulmonar e lesões cutâneas disseminadas, representam o acometimento tardio da infecção fúngica (Orofino-Costa *et al.*, 2022).

Entre as doenças incluídas no diagnóstico diferencial da esporotricose disseminada, estão leishmaniose tegumentar, tuberculose, paracoccidiodomicose, histoplasmose cutânea (disseminada), nocardiose, infecções bacterianas profundas, neoplasias, doenças autoimunes, entre outras (Orofino-Costa *et al.*, 2017; Orofino-Costa *et al.*, 2022).

Considerando que nem sempre o vínculo epidemiológico da esporotricose é claro, e que as manifestações clínicas da doença são variáveis e amplas contemplando diversos diagnósticos diferenciais, o diagnóstico laboratorial, pela identificação do fungo, é de grande importância. Diante disso, vale ressaltar a necessidade da realização rotineira da testagem de HIV em pacientes com as formas extra-cutâneas da esporotricose, a fim de melhorar o prognóstico desses pacientes (Pinto-Almazán *et al.*, 2023).

Importante a se destacar no caso relatado é a possibilidade da co-infecção pela paracoccidiodomicose (PCM), uma vez que o paciente teve uma biópsia de linfonodo cervical sugestiva desta enfermidade, além de acometimento pulmonar bilateral demonstrado na TC de pulmão.

A PCM é uma micose sistêmica que, em sua forma aguda, inclui sinais e sintomas como perda ponderal, febre, anemia, linfonodomegalias (cervical, axilar e inguinal), hepatoesplenomegalias, disfunções da medula óssea e, menos comumente, envolvimento ósseo, cutâneo e pulmonar. Enquanto essa apresentação representa menos de 10% dos casos e acomete, mais comumente, crianças, adolescentes e adultos jovens com menos de 30 anos, (Nucci; Colombo, 2024a), a forma crônica é a mais comum e afeta preferencialmente homens agricultores de 30 a 60 anos, com progressão mais lenta e acometimento principalmente do pulmão, mais comumente

infiltrados ou consolidações pulmonares bilateralmente, opacidades em vidro fosco, aspecto em árvore em brotamento árvore, além de lesões ulceradas dolorosas em cavidade oral (Wanke; Aidê, 2009; Nucci; Colombo, 2024b).

Apesar de a paracoccidioidomicose ser mais comumente observada em indivíduos imunocompetentes e ter associação pouco evidente na literatura com a infecção pelo HIV (Freitas *et al.*, 2014), um estudo retrospectivo revelou que, ao afetar indivíduos com HIV, ela tende a se manifestar de forma disseminada, com achados clínicos mais exuberantes e uma taxa de mortalidade mais elevada, além de uma menor sensibilidade no exame de sorologia (Nucci; Colombo, 2024b; Morejón; Machado; Martinez, 2009). Os principais exames diagnósticos para a paracoccidioidomicose são os testes sorológicos, cultura e microscopia direta, sendo um exame direto positivo, tipicamente conhecido como sinal da "roda de leme" ou "cabeça do Mickey Mouse", altamente sugestivo do diagnóstico, mesmo que a cultura e a sorologia sejam negativas (Nucci; Colombo, 2024b).

Apesar do resultado negativo do exame sorológico para o fungo *Paracoccidioides brasiliensis*, com o resultado de biópsia de linfonodomegalia cervical sugestivo de paracoccidioidomicose e com os achados de acometimento pulmonar também podendo sugerir PCM, o diagnóstico desta micose não pode ser completamente descartado. Desse modo, mesmo com a confirmação diagnóstica de esporotricose, diante dessa possibilidade e considerando que ambas as doenças respondem ao itraconazol, com destaque para a duração maior do tratamento na PCM, optou-se por prolongar o tempo de tratamento com itraconazol do paciente relatado, visando abranger efetivamente o combate às duas doenças.

Vale também destacar que não foram encontrados relatos na literatura de co-infecção por esporotricose e paracoccidioidomicose ou descrições morfológicas do *Sporothrix brasiliensis* à microscopia direta que sejam também sugestivas de *Paracoccidioides brasiliensis*, uma vez que, além de esse método ter baixa sensibilidade e especificidade na esporotricose, quando o fungo é identificado, se

apresenta de forma semelhante a leveduras, comumente alongadas, em formato de “charuto” (Orofino-Costa *et al.*, 2017).

Em relação ao acometimento neurológico, sabendo-se que a esporotricose pode afetar o sistema nervoso central, resultando em manifestações de meningoencefalite crônica associada ou não a hidrocefalia, sintomas de confusão mental, cefaleia refratária e convulsões (Orofino-Costa *et al.*, 2022), é fundamental realizar punção lombar precoce em pacientes com AIDS e esporotricose disseminada, para a elucidação diagnóstica (Freitas *et al.* 2015). No caso do paciente relatado, não houve crescimento de formas fúngicas na cultura do LCR, o que corroborou o diagnóstico diferencial com tuberculose meníngea.

É importante destacar o impacto da vulnerabilidade social na evolução do caso relatado. O fato de residir em uma cidade do interior, com menos recursos na área da saúde, foi relatado pelo paciente como um dificultador do seu tratamento (no acesso à medicação) e do seu acompanhamento (necessidade de transporte à capital para internação e acompanhamento ambulatorial). Além disso, corrobora para a vulnerabilidade do paciente a presença de sequelas de comorbidades prévias, especificamente a amaurose bilateral por toxoplasmose, devido à qual ele se encontrava afastado do trabalho, fator que também contribui para seu isolamento.

Quando se trata da população infectada por HIV, sabe-se que, historicamente, os determinantes sociais têm grande impacto no momento do diagnóstico e, portanto, no estágio de evolução da doença no qual se encontra o paciente, assim como no prognóstico desse. Esse cenário contribui para a sobreposição dessa comorbidade com outras infecções, entre elas a esporotricose, o que torna a população exposta a piores condições sócio-demográficas, alvo de preocupação no que tange aos danos causados por essas doenças, especialmente quando o diagnóstico é simultâneo, o que normalmente indica a detecção tardia do HIV e maior risco de morte por SIDA (Freitas *et al.*, 2014).

Por fim, a epidemia de esporotricose é um fenômeno relativamente recente no Espírito Santo, com aumento gradual e exponencial do número de casos. Nesse contexto, a possibilidade do surgimento das formas atípicas dessa enfermidade é cada vez maior sendo importante colocá-la como diagnóstico diferencial, possibilitando um diagnóstico precoce e tratamento efetivo.

6 CONCLUSÃO

Levando em consideração os dados epidemiológicos do Espírito Santo e Brasil, onde casos de esporotricose foram identificados tanto em humanos quanto em animais, a importância da vigilância e dos protocolos de manejo clínico não pode ser subestimada. O estabelecimento do 1º Protocolo de Vigilância e Manejo Clínico da Esporotricose no Estado do Espírito Santo reflete o crescente reconhecimento da importância da doença para a saúde pública. A inclusão da esporotricose como doença de notificação obrigatória no estado ressalta a necessidade de medidas proativas para controlar sua disseminação, especialmente considerando seu potencial zoonótico.

Casos semelhantes de esporotricose disseminada em pacientes imunossuprimidos foram relatados na literatura, porém a suspeição clínica e o manejo correto ainda representam um desafio, principalmente nos pacientes HIV/AIDS com contagem de linfócitos TCD4 menor que 200 células/mm³ (Kauffman, 2023b), considerando a diversidade de apresentações clínicas e a possibilidade de manifestações mais severas da doença.

Este relato de caso de um paciente imunossuprimido com esporotricose disseminada sistêmica não apenas contribui para o conhecimento clínico e epidemiológico da doença, mas também ressalta a necessidade de estratégias de prevenção, diagnóstico precoce e tratamento individualizado adequado, especialmente em populações vulneráveis. A disseminação da esporotricose e a sua complexidade clínica exigem uma abordagem abrangente e integrada, considerando a potencial gravidade da infecção e a fragilidade imunológica dos indivíduos afetados, a fim de garantir a recuperação e o controle da doença nesse grupo de pacientes vulneráveis, além de reduzir a morbidade e mortalidade associadas.

Por fim, a avaliação da condição clínica em questão e sua evolução possibilitará um melhor entendimento da evolução atípica da esporotricose e a possibilidade de coinfeções nos pacientes com SIDA. Como aumento expressivo do número de casos de esporotricose no ES e no Brasil, é plausível supor que haverá progressivamente um maior número de casos também em pacientes imunodeprimidos, sendo importante a suspeição nas formas atípicas para diagnóstico mais rápido e maior efetividade no tratamento.

REFERÊNCIAS

BONIFAZ, Alexandre; TIRADO-SÁNCHEZ, Andrés. Cutaneous Disseminated and Extracutaneous Sporotrichosis: Current Status of a Complex Disease. **Journal of Fungi** (Basel), v. 3, 10 fev. 2017. DOI: <https://doi.org/10.3390/jof3010006>

CAUS, Antonio L. O. *et al.* Epidemiological and Clinical Aspects of Sporotrichosis in Espírito Santo State, Southeast Brazil: A Study of Three Decades (1982-2012). **The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene**, v. 100, ed. 3, p. 706-713, mar. 2019. DOI: <https://doi.org/10.4269/ajtmh.18-0667>

ESPÍRITO SANTO (Estado). SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO ESPÍRITO SANTO. Núcleo Especial de Vigilância Epidemiológica - NEVE. **1º Protocolo de Vigilância e Manejo Clínico da Esporotricose Humana e Animal no Estado do Espírito Santo**. Vitória: NEVE, mar. 2022. Disponível em: <https://farmaciacidade.es.gov.br/Media/farmaciacidade/Componente-Estrategico/Esporotricose/1%C2%BA%20PROTOCOLO%20DE%20VIGIL%C3%82NCIA%20E%20MANEJO%20CL%C3%8DNICO%20DA%20ESPOROTRICOSE%20HUMANA%20E%20ANIMAL%20NO%20ESTADO%20DO%20ESP%C3%8DRITO%20SANTO.pdf>. Acesso em: nov. 2023.

FREITAS, Dayvison F. S. *et al.* Sporotrichosis: An Emerging Neglected Opportunistic Infection in HIV-Infected Patients in Rio de Janeiro, Brazil. **PLoS Neglected Tropical Diseases**, v. 8, ed. 8, 28 ago. 2014. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0003110>

FREITAS, Dayvison F. S. *et al.* Sporotrichosis in the central nervous system caused by *Sporothrix brasiliensis*. **Clinical Infectious Diseases**, v. 61, ed. 4, p. 663–664, 15 ago 2015. DOI: <https://doi.org/10.1093/cid/civ361>

GONÇALVES, Sarah S. *et al.* Human and Feline Sporotrichosis in a Reference Center of Southeastern Brazil: Genetic Differentiation, Diversity, and Antifungal Susceptibility of *Sporothrix* Species. **Journal of Fungi** (Basel), v. 9, n. 8:831, 07 ago. 2023. DOI: <https://doi.org/10.3390/jof9080831>

KAUFFMAN, Carol A. Basic biology and epidemiology of sporotrichosis. **UpToDate**, 2023a. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/basic-biology-and-epidemiology-of-sporotrichosis?search=Basic%20biology%20and%20epidemiology%20of%20sporotrichosis.&source=search_result&selectedTitle=1%7E150&usage_type=default&display_rank=1. Acesso em: nov. 2023.

KAUFFMAN, Carol A. Clinical features and diagnosis of sporotrichosis. **UpToDate**, 2023b. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/clinical-features-and-diagnosis-of-sporotrichosis?search=Clinical%20features%20and%20diagnosis%20of%20sporotrichosis.&source=search_result&selectedTitle=1%7E40&usage_type=default&display_rank=1. Acesso em: nov. 2023.

MAHAJAN, Vikram K. Sporotrichosis: An Overview and Therapeutic Options. **Dermatology Research and Practice**, v. 2014, dez. 2014. DOI: <https://doi.org/10.1155/2014/272376>

MOREIRA, José A. S.; FREITAS, Deyvison F. S.; LAMAS, Cristiane C. The impact of sporotrichosis in HIV-infected patients: a systematic review. **Infection**, v. 43, p. 267-276, 21 fev. 2015. DOI: <https://doi.org/10.1007/s15010-015-0746-1>.

MOREJÓN, Karen M. L.; MACHADO, Alcyone A.; MARTINEZ, Roberto. Paracoccidioidomycosis in patients infected with and not infected with human immunodeficiency virus: a case-control study. **The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene**. v. 80, ed. 3, p. 359-366, mar. 2009. DOI: <https://doi.org/10.4269/ajtmh.2009.80.359>

NUCCI, Marcio; COLOMBO, Arnaldo L. Clinical manifestations and diagnosis of acute/subacute paracoccidioidomycosis. **UpToDate**, 2024a. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-and-diagnosis-of-acute-subacute-paracoccidioidomycosis?search=Clinical%20manifestations%20and%20diagnosis%20of%20acute%2Fsubacute%20paracoccidioidomycosis.&source=search_result&selectedTitle=1%7E150&usage_type=default&display_rank=1. Acesso em: mar. 2024.

NUCCI, Marcio; COLOMBO, Arnaldo L. Clinical manifestations and diagnosis of chronic paracoccidioidomycosis. **UpToDate**, 2024b. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-and-diagnosis-of-chronic-paracoccidioidomycosis?search=Clinical%20manifestations%20and%20diagnosis%20of%20chronic%20paracoccidioidomycosis.&source=search_result&selectedTitle=1%7E150&usage_type=default&display_rank=1. Acesso em: mar. 2024.

OROFINO-COSTA, Rosane *et al.* Artritis infecciosa como única manifestación de la esporotricosis: serología de muestras de suero y líquido de la sinovia como recurso del diagnóstico. **Revista Iberoamericana de Micología**, v. 25, p. 54-56, mar. 2008. DOI: [https://doi.org/10.1016/S1130-1406\(08\)70014-7](https://doi.org/10.1016/S1130-1406(08)70014-7)

OROFINO-COSTA, Rosane *et al.* Human sporotrichosis: Recommendations from the Brazilian Society of Dermatology for the clinical, diagnostic and therapeutic management. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, v. 97, p. 757-777, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.abd.2022.07.001>

OROFINO-COSTA, Rosane *et al.* Sporotrichosis: an update on epidemiology, etiopathogenesis, laboratory and clinical therapeutics. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, v. 92, n. 5, p. 606–620, set. 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/abd1806-4841.2017279>

PINTO-ALMAZÁN, Rodolfo *et al.* Relationship of Sporotrichosis and Infected Patients with HIV-AIDS: An Actual Systematic Review. **Journal of Fungi** (Basel), v. 9, n. 4:396, 23 mar. 2023. DOI: <https://doi.org/10.3390/jof9040396>

QUEIROZ-TELLES, Flavio; BUCCHERI, Renata; BENARD, Gil. Sporotrichosis In Immunocompromised Hosts. **Journal of Fungi**, v. 5, n. 1:8, 11 jan. 2019. DOI: <https://doi.org/10.3390/jof5010008>

ROCHA, Isabela C. B. *et al.* Molecular-based assessment of diversity and population structure of *Sporothrix* spp. clinical isolates from Espírito Santo-Brazil. **Mycoses**, v. 64, ed. 4, p. 420-427, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1111/myc.13230>

RODRIGUES, Anderson M. *et al.* The threat of emerging and re-emerging pathogenic *Sporothrix* species. **Mycopathologia**, v. 185, p. 813-842, 12 fev. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11046-020-00425-0>

WANKE, Bodo; AIDÊ, Miguel A. Capítulo 6 - Paracoccidioidomicose. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 35, ed. 12, p.1245-1249, dez. 2009. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1806-37132009001200013>

ZHANG, Yu *et al.* Phylogeography and evolutionary patterns in *Sporothrix* spanning more than 14 000 human and animal case reports. **Persoonia: Molecular Phylogeny and Evolution of Fungi**, v. 35, p. 1-20, dez. 2015. DOI: <https://doi.org/10.3767/003158515X687416>

ANEXOS

ANEXO A - CERTIFICADO DE APROVAÇÃO DO CEP

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



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ESPOROTRICOSE DISSEMINADA EM PACIENTE COM SÍNDROME DA IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA: UM RELATO DE CASO

Pesquisador: RICARDO TRISTÃO SÁ

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 78031124.3.0000.5065

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

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.797.792

Apresentação do Projeto:

Este estudo consiste em um relato de caso, ou seja, um estudo do tipo observacional, descritivo e qualitativo. Será realizado com base em dados

obtidos em prontuários médicos eletrônicos fornecidos pelo Hospital Santa Casa da Misericórdia de Vitória (HSCMV) e pelo Hospital Universitário

Cassiano Antônio Moraes (HUCAM), na cidade de Vitória, Espírito Santo, em 2024.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Descrever uma evolução atípica de esporotricose disseminada em paciente com SIDA.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Por se tratar de um estudo em que os dados utilizados serão coletados a partir da análise de prontuários da base de dados dos hospitais, não

haverá riscos físicos diretos relacionados à realização da pesquisa. Entretanto haverá o risco de quebra do sigilo das informações contidas nos

prontuários. Para minimizar este risco, os pesquisadores se comprometem a não divulgar dados pessoais que possam identificar o participante da

pesquisa, sem sua autorização. Desse modo, fotos e figuras que venham a ser utilizadas serão

Endereço: EMESCAM, Av.N.S.da Penha, nº 2190, prédio Central, térreo, próxima à sala dos professores e módulos de
Bairro: Bairro Santa Luiza **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 -
EMESCAM**



Continuação do Parecer: 6.797.792

devidamente tratadas e censuradas para não identificar o participante. Assim, os dados clínicos serão utilizados somente com fins científicos e nos meios apropriados de divulgação, como congressos de saúde e revistas científicas especializadas.

Benefícios:

A avaliação da condição clínica em questão e sua evolução possibilitará um melhor entendimento da evolução atípica da esporotricose, especificamente em pacientes com SIDA. Com o aumento expressivo do número de casos de esporotricose no ES e no Brasil, é plausível supor que haverá progressivamente um maior número de casos também em pacientes imunodeprimidos, sendo importante a suspeição nas formas atípicas para diagnóstico mais rápido e maior efetividade no tratamento.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um relato de caso cuja questão é uma evidência clínica de uma situação de esporotricose.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os documentos apresentados e adequados.

Recomendações:

O pesquisador atendeu as orientações do CEP.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado por atender as pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto aprovado por decisão do CEP. Conforme a norma operacional 001/2013:

- riscos ao participante da pesquisa deverão ser comunicados ao CEP por meio de notificação via Plataforma Brasil;
- ao final de cada semestre e ao término do projeto deverá ser enviado relatório ao CEP por meio de notificação via Plataforma Brasil;
- mudanças metodológicas durante o desenvolvimento do projeto deverão ser comunicadas ao CEP por meio de emenda via Plataforma Brasil.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Endereço: EMESCAM, Av.N.S.da Penha, nº 2190, prédio Central, térreo, próxima à sala dos professores e módulos de			
Bairro: Bairro Santa Luiza	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 -
EMESCAM**



Continuação do Parecer: 6.797.792

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2255157.pdf	10/04/2024 19:24:43		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	carta_anuencia_HUCAM_assinada.pdf	10/04/2024 19:23:01	JOANA DEGASPERI DINIZ	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_certo.pdf	10/04/2024 12:58:49	LETICIA MACEDO GIRELLI	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_DETALHADO.pdf	10/04/2024 12:58:14	LETICIA MACEDO GIRELLI	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto_assinada.pdf	17/02/2024 16:49:30	JOANA DEGASPERI DINIZ	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	carta_de_anuencia_HSCMV_assinada.pdf	17/02/2024 16:49:24	JOANA DEGASPERI DINIZ	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

VITORIA, 30 de Abril de 2024

**Assinado por:
rubens José loureiro
(Coordenador(a))**

Endereço: EMESCAM, Av.N.S.da Penha, nº 2190, prédio Central, térreo, próxima à sala dos professores e módulos de
Bairro: Bairro Santa Luiza **CEP:** 29.045-402
UF: ES **Município:** VITORIA
Telefone: (27)3334-3586 **Fax:** (27)3334-3586 **E-mail:** comite.etica@emescam.br