

Esporotricose: uma doença em expansão no Brasil

Sporotrichosis: an emerging zoonotic disease in Brazil

Guilherme Gouveia Hollunder¹, Arthur Moreira de Freitas¹, Amanda Simonic¹, Tarcísio Veloso¹, Leonardo Coelho Gontijo¹

1. Departamento de Oftalmologia, Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte, Belo Horizonte, MG, Brasil.

DESCRIPTORES:

Conjuntivite; Esporotricose; Infecções oculares fúngicas; *Sporothrix schenckii*; Zoonoses.

RESUMO

Objetivo: Relatar um caso raro de esporotricose ocular e destacar sua relevância clínica e epidemiológica no contexto do aumento da incidência de transmissão zoonótica no Brasil. **Métodos:** Descrevemos a apresentação clínica, a propedêutica e o manejo terapêutico de uma mulher de 30 anos com conjuntivite granulomatosa por *Sporothrix schenckii*. **Resultados:** A paciente apresentou lesão granulomatosa no fórnice inferior do olho esquerdo, associada a hiperemia conjuntival e desconforto local. A cultura do raspado conjuntival confirmou *S. schenckii*. Foi iniciado Itraconazol oral 200mg/dia, com regressão gradual da lesão após um mês. A resolução completa, com cicatrização, ocorreu em 90 dias, sem recorrência durante o seguimento e com preservação da acuidade visual. **Conclusão:** A esporotricose ocular, embora incomum, tem emergido em regiões brasileiras hiperendêmicas devido à transmissão zoonótica. A suspeição diagnóstica frente a conjuntivites granulomatosas e o tratamento adequado são fundamentais.

KEYWORDS:

Conjunctivitis; Sporotrichosis; Ocular fungal infections; *Sporothrix schenckii*; Zoonoses.

ABSTRACT

Purpose: This report describes a case of ocular sporotrichosis and emphasizes its clinical and epidemiological importance in the context of the rising incidence of zoonotic transmission in Brazil. **Methods:** We present the clinical course, diagnostic evaluation, and treatment of a 30-year-old woman diagnosed with granulomatous conjunctivitis caused by *Sporothrix schenckii* (*S. schenckii*) infection. **Results:** The patient presented with a granulomatous lesion in the inferior conjunctival fornix of the left eye, accompanied by conjunctival hyperemia and localized discomfort. Microbiological examination of conjunctival scraping confirmed the presence of *S. schenckii*. Treatment with oral itraconazole (200mg/day) was initiated, resulting in progressive lesion regression within 1 month. Complete clinical resolution was achieved after 90 days, with no recurrence during follow-up and preservation of visual acuity. **Conclusion:** Although uncommon, ocular sporotrichosis is increasingly recognized in hyperendemic regions of Brazil due to zoonotic transmission. Early clinical suspicion in cases of granulomatous conjunctivitis and prompt antifungal therapy are essential for favorable outcomes.

Autor correspondente: Guilherme Gouveia Hollunder. E-mail: guilherme.hollunder@hotmail.com

Recebido em: 14 de Outubro de 2025. **Aceito em:** 15 de Junho de 2026.

Financiamento: Declaram não haver. **Conflitos de Interesse:** Declaram não haver.

Aprovado pelo seguinte comitê de ética em pesquisa: Dr. Francisco das Chagas Lima e Silva – Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte – SCMBH (CAAE: 865

Declaração de disponibilidade de dados: Os dados gerados e/ou analisados durante o presente estudo já estão disponíveis.

Como citar: Hollunder GG, Freitas AM, Simonic A, Veloso T, Gontijo LC. Esporotricose: uma doença em expansão no Brasil. eOftalmo. 2026;12(2):63-7.

DOI: 10.17545/eOftalmo/2026.v12.0013

 Esta obra está licenciada sob uma *Licença Creative Commons* Atribuição 4.0 Internacional.

INTRODUÇÃO

A esporotricose humana é causada por fungos do gênero *Sporothrix*, principalmente *S. schenckii*, e constitui a micose subcutânea mais comum no mundo¹. Ocorre com maior incidência em regiões tropicais e subtropicais, incluindo a América Latina, Ásia e África².

Classicamente, a infecção é estabelecida após inoculação traumática na pele por detritos vegetais, matéria orgânica ou solo contaminado. Entretanto, a partir do início dos anos 2000, essa infecção também passou a ser associada a arranhaduras e mordidas de animais, principalmente felinos, caracterizando a transmissão zoonótica, responsável por surtos em áreas endêmicas³.

A esporotricose apresenta, tradicionalmente, uma manifestação clínica cutânea conhecida como linfangite nodular ascendente, caracterizada por lesões gomosas palpáveis que podem ulcerar e fistulizar, drenando secreção purulenta⁴⁻⁶. No entanto, a doença também pode apresentar formas extracutâneas, incluindo acometimento osteoarticular, pulmonar, meningeo e ocular⁴⁻⁶.

Os casos de esporotricose ocular são raros, mas têm sido relatados em áreas hiperendêmicas dessa

micose, frequentemente associados ao aumento do número de infecções por transmissão zoonótica²⁻³.

Relata-se, a seguir, um raro caso de conjuntivite granulomatosa causada por *Sporothrix* em um hospital terciário de Belo Horizonte, destacando seu diagnóstico e manejo no contexto da tendência de aumento dos casos de esporotricose no Brasil.

RELATO DE CASO

Paciente do sexo feminino, 30 anos de idade, foi encaminhada para a urgência da Clínica de Olhos devido a uma lesão granulomatosa no fórnice conjuntival inferior do olho esquerdo. A paciente relatou que a lesão havia surgido há 45 dias, com piora progressiva, sem dor significativa, apenas prurido local. Negou outros sintomas, comorbidades e histórico oftalmológico prévio, mas mencionou ter tido contato com felinos anteriormente. Ao exame, a paciente apresentava acuidade visual com pinhole de 20/20 em ambos os olhos. À biomicroscopia, não foram observadas alterações no olho direito, enquanto o olho esquerdo exibiu leve hiperemia, córnea transparente e uma lesão hiperemiada medindo 2 x 11 mm, com centro brancacento, localizada no fórnice inferior esquerdo (Figura 1).

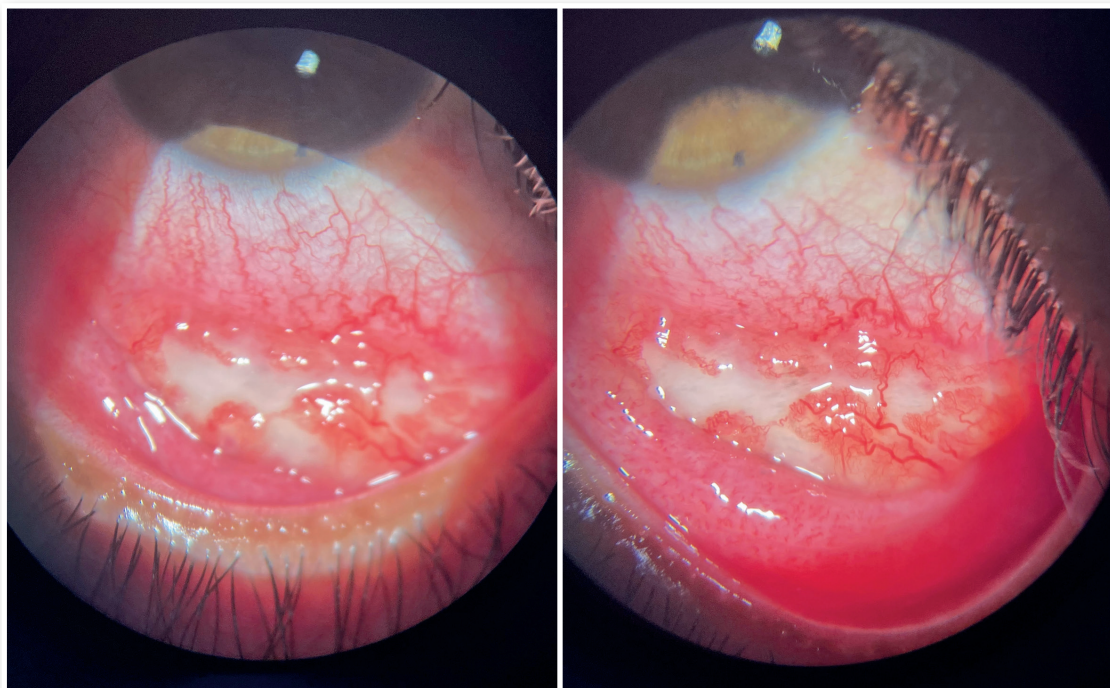


Figura 1. Biomicroscopia do olho esquerdo mostrando lesão hiperemiada, de centro esbranquiçado, medindo 2 x 11mm, localizada no fórnice inferior.

Diante da suspeita de esporotricose ocular, foi realizada cultura de raspado conjuntival e iniciar a medicação após obtenção dos resultados. Após 1 mês, a cultura revelou a presença de fungos, identificados como *S. schenckii*. O tratamento foi iniciado com itraconazol na dose de 200 mg/dia por 90 dias com monitoramento mensal da função hepática. Após 1 mês de tratamento, foi observado redução significativa da lesão e, ao final do tratamento, a lesão cicatrizou completamente (Figura 2).

DISCUSSÃO

Clinicamente, a conjuntivite granulomatosa por esporotricose é caracterizada pelo aparecimento de lesões nodulares ou tumorais na conjuntiva, frequentemente de coloração salmão e com aspecto granulomatoso, podendo ser acompanhadas de hiperemia conjuntival, edema e, em alguns casos, linfadenopatia pré-auricular ipsilateral (síndrome oculoglandular de Parinaud)⁴⁻⁶. O diagnóstico é frequentemente desafiador, pois a apresentação clínica pode simular outras causas de conjuntivite granulomatosa, como tuberculose, sarcoidose ou infecções bacterianas e virais. O exame histopatológico geralmente revela inflamação granulomatosa, muitas vezes com microabscessos e presença de leveduras esféricas, sendo a confirmação obtida por cultura ou detecção molecular do fungo em amostras conjuntivais^{1,4-6}.

A conjuntivite granulomatosa por esporotricose pode ocorrer tanto em pacientes imunocompetentes

quanto imunossuprimidos, sendo que o uso de corticosteroides tópicos ou sistêmicos pode predispor ao desenvolvimento da infecção ou agravar o quadro clínico⁴. O tratamento de escolha é o itraconazol oral, que pode ser associado a antifúngicos tópicos ou subconjuntivais em casos graves ou refratários. A resposta terapêutica costuma ser favorável, com resolução das lesões após semanas a meses de tratamento adequado^{1,4-6}.

Embora rara, a esporotricose ocular tem sido relatada em áreas hiperendêmicas associadas ao aumento do número de casos de transmissão zoonótica³.

Nos últimos anos, o Brasil tem apresentado aumento dos casos de esporotricose em diversas regiões do país²⁻³. Um estudo conduzido na Região Metropolitana do Rio de Janeiro analisou 9.552 casos humanos suspeitos e 12.532 animais, evidenciando expansão espacial e hiperendemicidade urbana entre 2013 e 2020⁷. Outro estudo realizado no estado do Amazonas registrou 950 casos humanos e 2.823 animais, com aumento de 304% nos casos humanos de 2021 para 2022 e de 249% de 2022 para 2023⁸. No estado do Paraná, localizado na região Sul do país, onde a doença passou a integrar a lista de notificação compulsória desde 2020, o número de casos humanos aumentou de 253 em 2022 para 853 em 2023; entre felinos, os registros subiram de 1.412 em 2022 para 3.290 em 2023⁹.

No Brasil, a notificação compulsória da esporotricose ainda não é obrigatória em nível nacional, sendo

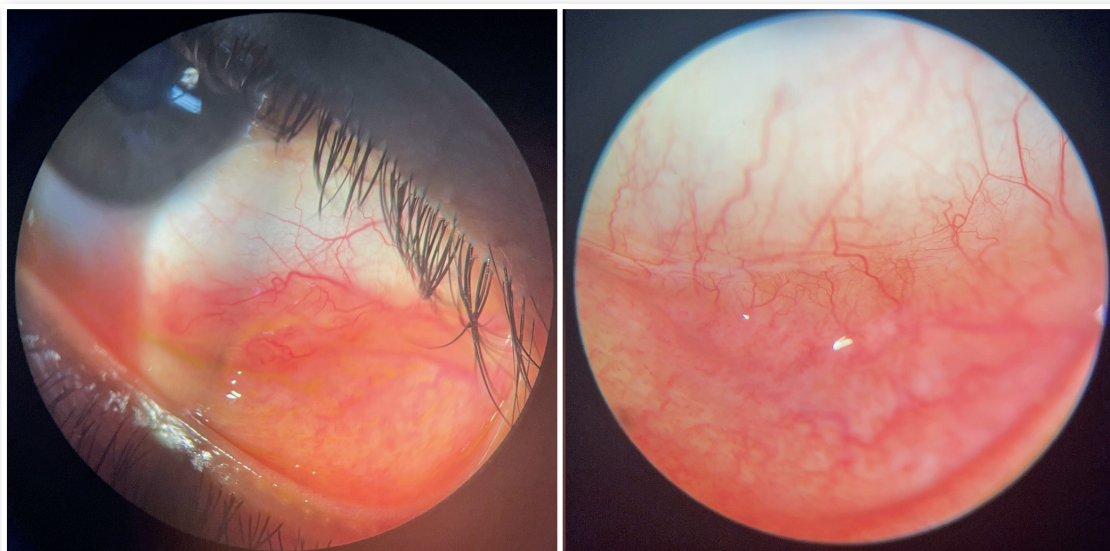


Figura 2. Aspecto biomicroscópico do olho esquerdo após 30 e 90 dias de tratamento.

exigida apenas em alguns estados e municípios. Esse fato contribui para subnotificação, dificultando o conhecimento em tempo real da situação epidemiológica e atrasando a implementação de medidas de controle, o que favorece a manutenção da prevalência e da incidência em determinadas regiões²⁻³.

Este caso ilustra a importância da suspeição diagnóstica frente a conjuntivites granulomatosas em áreas endêmicas. Ademais, é necessário avaliar a inclusão da esporotricose na lista nacional de doenças de notificação compulsória, a fim de possibilitar melhor manejo em áreas de risco epidemiológico.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES:

Contribuição significativa para concepção e design: Guilherme Gouveia Hollunder; Arthur Moreira de Freitas.

Obtenção dos dados: Guilherme Gouveia Hollunder; Arthur Moreira de Freitas; Amanda Simonick; Tarcísio Veloso.

Análise e interpretação dos dados: Guilherme Gouveia Hollunder; Arthur Moreira de Freitas; Amanda Simonick; Tarcísio Veloso.

Elaboração do manuscrito: Guilherme Gouveia Hollunder; Arthur Moreira de Freitas.

Revisão significativa do conteúdo intelectual do manuscrito: Leonardo Coelho Gontijo.

Aprovação final ao manuscrito submetido: Guilherme Gouveia Hollunder; Arthur Moreira de Freitas; Amanda Simonick; Tarcísio Veloso; Leonardo Coelho Gontijo.

Análise estatística: Guilherme Gouveia Hollunder; Arthur Moreira de Freitas; Amanda Simonick; Tarcísio Veloso.

Obtenção de financiamento: não se aplica.

Supervisão de apoio administrativo, técnico ou material: Leonardo Coelho Gontijo.

Líder do grupo de pesquisa: Leonardo Coelho Gontijo.

REFERÊNCIAS

1. Silva NF, Gadelha C, Silva L, Pazos N, Silva A, Silva M, et al. Case report: ocular sporotrichosis – a seven-case series. *Am J Trop Med Hyg.* 2023;108(6):1109-1114.
2. Alvarez CM, Oliveira MME, Pires RH. Sporotrichosis: a review of a neglected disease in the last 50 years in Brazil. *Microorganisms.* 2022;10(11):2152.
3. Freire CECA, Reis RM. Reemergence of zoonotic sporotrichosis in Brazil as a public health threat. *Discover Public Health.* 2025;22:187.
4. Su Q, Dong H, Cui L, Zhang L. Atypical conjunctival sporotrichosis secondary to Mooren's ulcer: a case report. *BMC Infect Dis.* 2025;25(1):71.
5. Hampton DE, Adesina A, Chodosh J. Conjunctival sporotrichosis in the absence of antecedent trauma. *Cornea.* 2002;21(8):831-3.
6. Kashima T, Honma R, Kishi S, Hirato J. Bulbar conjunctival sporotrichosis presenting as a salmon-pink tumor. *Cornea.* 2010;29(5):573-6.
7. Ferreira VCD, Figueiredo ABF, Magalhães MAFM, Pereira AS, Tassinari W. Temporal and spatial distribution of sporotrichosis in the Rio de Janeiro Metropolitan Area, Brazil: a comparison between human and animal cases (2013–2020). *Cad Saúde Pública.* 2025;41(2):e00133024.
8. Mesquita VA, Talhari S, Leturiondo AL, Souza GC, Brito EM, Andrade SL, et al. Zoonotic Sporotrichosis outbreak: Emerging public health threat in the Amazon State, Brazil. *PLoS Negl Trop Dis.* 2024;18(7):e0012328.
9. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Esporotricose no Paraná: situação epidemiológica e medidas de controle. Curitiba: SESA-PR; 2024. Available from: <https://www.saude.pr.gov.br/Pagina/Esporotricose>

INFORMAÇÃO DOS AUTORES



» **Guilherme Gouveia Hollunder**
orcid.org/0000-0002-4948-2472
lattes.cnpq.br/7357322782551551



» **Tarcísio Veloso Rabelo**
orcid.org/0009-0009-5203-7319
lattes.cnpq.br/0911799108595422



» **Arthur Moreira de Freitas**
orcid.org/0009-0002-2740-3865
lattes.cnpq.br/2721707151901421



» **Leonardo Coelho Gontijo**
orcid.org/0009-0000-8520-5010
lattes.cnpq.br/3690478000038886



» **Amanda Simonic**
orcid.org/0009-0001-4920-8377
lattes.cnpq.br/7357322782552223