



Linha de Cuidados Esporotricose

Coordenação das Linhas de Cuidado das Doenças Crônicas Transmissíveis
Gerência da Área Técnica das Doenças Dermatológicas Prevalentes

SMSRJ

1

Sobre a Doença



1. Agente etiológico e transmissão

Infecção subaguda ou crônica causada por fungo dimórfico do complexo *Sporothrix*.

A espécie *S. brasiliensis* é a mais frequentemente identificada nos casos notificados no estado do Rio de Janeiro (RJ).

É transmitida principalmente pela implantação traumática.

A inoculação pode ocorrer na pele ou mucosa por meio de:

- material orgânico contaminado com o fungo como cascas de árvores, palhas, farpas, espinhos, lascas de madeira;
- arranhadura ou mordedura de animais doentes (ou não doentes, mas que abrigam o fungo), sendo o gato atualmente o principal transmissor da doença.

Não há transmissão inter-humana.



1. Agente etiológico e transmissão

Tem alto poder zoonótico, ou seja, de fácil transmissão entre animais, principalmente **gatos, doentes ou não, que abrigam o fungo.**





2. Quadro Clínico

- A doença pode se iniciar entre 1 a 4 semanas, após o acidente desencadeador podendo chegar a meses após a infecção.
- A doença se manifesta na forma de lesões na pele, que começam com uma lesão papulonodular eritematosa, que pode ulcerar e fistulizar drenando secreção purulenta.
- Localização mais frequente: membros superiores. Outras localizações: face, membros inferiores.





2. Quadro Clínico

Formas Clínicas:

Cutâneas:

- Linfocutânea
- Cutânea fixa
- Cutânea disseminada

Extracutânea:

- Mucosa
- Osteoarticular
- Pulmonar, neurológica, outros órgãos
- Imunorreativa - Eritema nodoso, eritema multiforme, Síndrome de Sweet, artrite reativa



2. Quadro Clínico

Esporotricose linfocutânea - a forma mais comum





2. Quadro Clínico

Esporotricose linfocutânea





2. Quadro Clínico

Esporotricose cutânea fixa





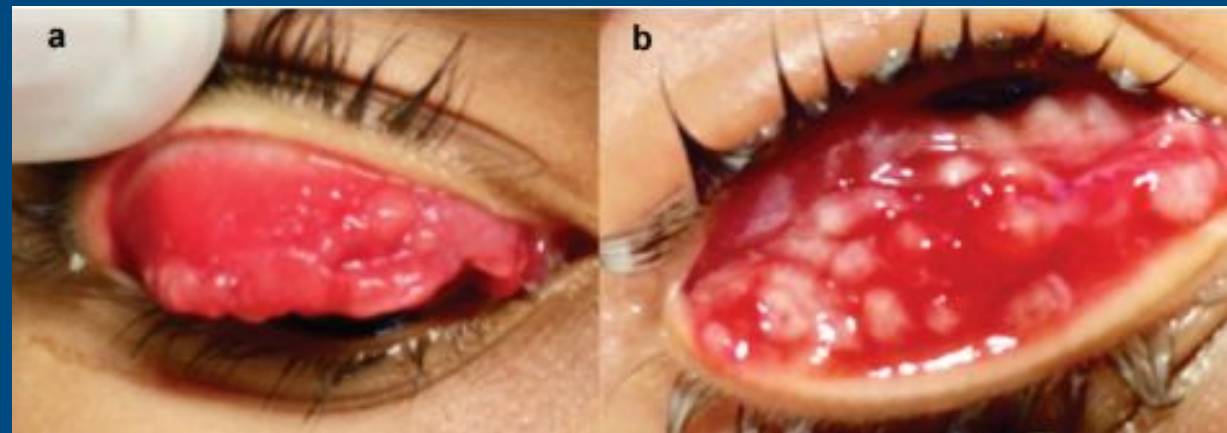
2. Quadro Clínico

Esporotricose mucosa - ocular



- Lesões granulomatosas na conjuntiva tarsal superior

An Bras Dermatol. 2017;92(5):606-20.



- Lesões granulomatosas na conjuntiva tarsal superior e inferior

A. ARINELLI ET AL., 2021



- Lesões granulomatosas na conjuntiva bulbar

A. ARINELLI ET AL., 2021



2. Quadro Clínico

Esporotricose imunorreativa



Esporotricose e Eritema multiforme

Gutierrez-Galhardo et al., 2002, 2005

Esporotricose e Eritema nodoso

Carvalho GSM, 2019

*Esporotricose e
Síndrome de Sweet*

Freitas et al., 2012b



3. Diagnósticos Diferenciais



An Bras Dermatol. 2012;87(2):281-8
Piodermite - Ectima



Carcinoma Espinocelular



Carcinoma Basocelular



Leishmaniose Tegumentar



Pioderma Gangrenoso



4 . Diagnóstico

- O diagnóstico da esporotricose humana pode ser realizado por meio de parâmetros clínicos, epidemiológicos e/ou laboratoriais.
- O contato com gatos com diagnóstico de esporotricose é uma informação epidemiológica importante.





4 . Diagnóstico

Diagnóstico laboratorial

Cultura - padrão ouro

Material: qualquer amostra clínica é adequada, embora o pus seja o melhor material para diagnóstico (punção com agulha ou expressão manual após remoção de crosta).



Cultura em meio de ágar Sabouraud modificado de secreção do olho, com crescimento de colônias filamentosas, de cor creme no anverso e reverso de cor castanho-negra central.

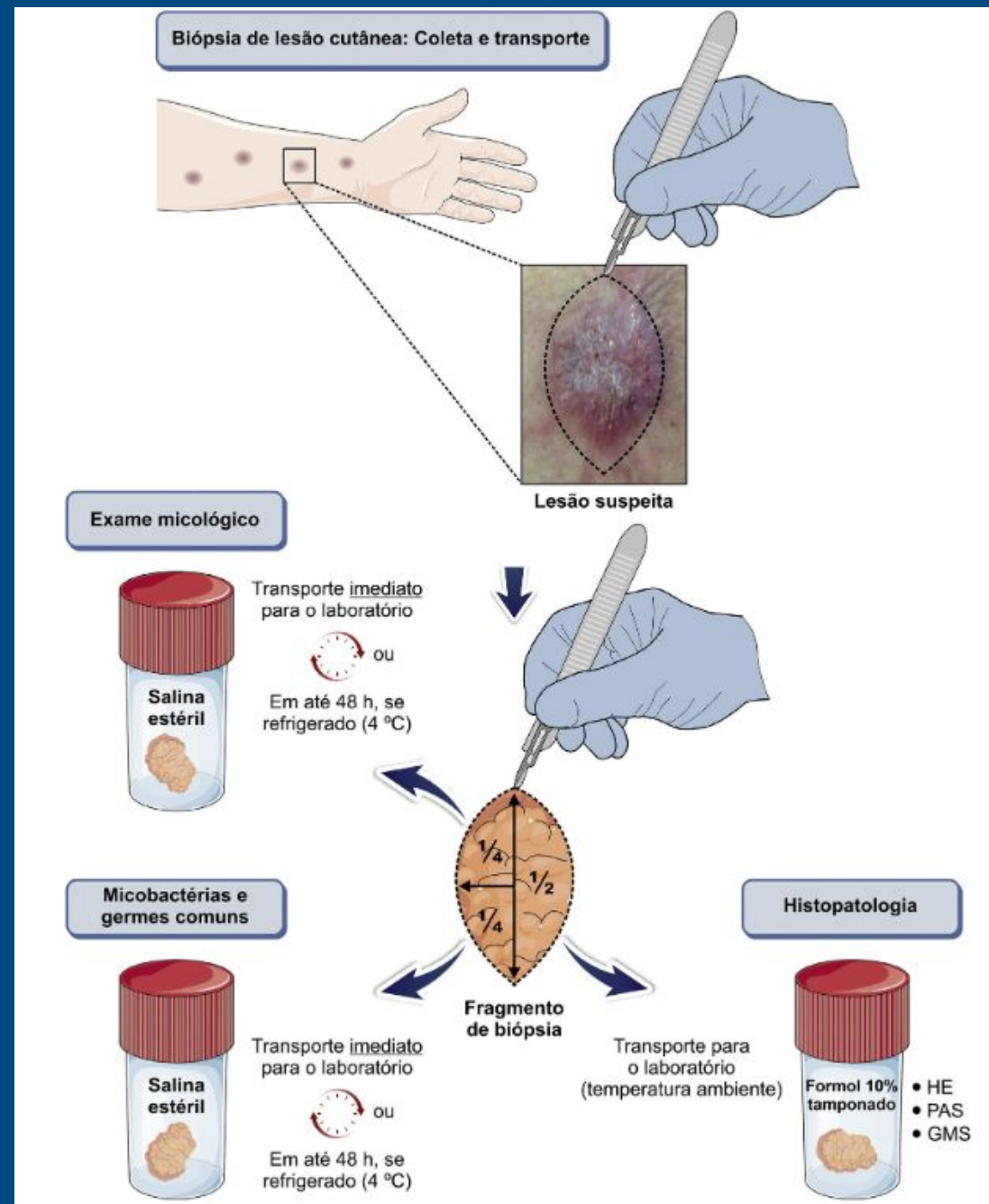


4 . Diagnóstico

Diagnóstico laboratorial

Em caso de dúvida quanto ao diagnóstico, a melhor técnica de biópsia é o **fuso** pois o histopatológico vai diferenciá-la de outras doenças de origem infecciosa ou não. Outra vantagem: parte da amostra pode ser enviada para a cultura para fungos e germes comuns ou micobactérias e parte para histopatológico.

Profundidade: em ambos os casos deve estender-se até o tecido subcutâneo





4 . Diagnóstico

Diagnóstico laboratorial

Exame micológico direto

Geralmente, o **exame micológico direto** oferece **pouca ajuda** no diagnóstico devido à escassez de elementos fúngicos no tecido. Tem pouca sensibilidade.



4 . Diagnóstico

Diagnóstico laboratorial

CULTURA (PADRÃO OURO)

exsudato purulento (aspirado de nódulo ou swab estéril) ou fragmento de pele



Exsudato colhido por swab estéril ou aspirado (pode ser enviado na própria seringa em que foi coletado)



Enviar em até 2 horas ou manter refrigerado, em geladeira (2 a 8°C) até o envio. Não ultrapassar 24 horas.



Fragmento de pele deve ser enviado em soro fisiológico, frasco estéril



O material deve ser enviado ao LACEN com a requisição de esporotricose, via **GAL**, ao setor de recepção de material

Resultado liberado em torno de 30 dias

OBS:
Para **exame histopatológico**:
colocar o material em frasco de boca larga , com formol 10%, em volume 20x maior que a peça – seguir fluxos e referências da área.



4 . Diagnóstico

Dúvida diagnóstica, dúvidas relacionadas a evolução do caso, solicitar parecer do especialista:

**Encaminhar para avaliação na Atenção secundária
via **SISREG - Consulta em Dermatologia****



5. Notificação

Para a notificação utilizar:

Ficha de Notificação/Conclusão (disponível na Plataforma Subpav)

Tornou-se um agravo de notificação compulsória estadual a partir da publicação da Resolução nº 674, de 12 de julho de 2013, da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (SES/RJ). :

Todos os casos suspeitos de ESPOROTRICOSE HUMANA
são de notificação compulsória estadual

CID-10: Preencher B42 sem suas pontuações de forma clínica.

A Unidade de saúde deve enviar a ficha SINAN para a CAP/DVS.

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
FICHA DE NOTIFICAÇÃO/CONCLUSÃO

Nº

Notificação Individual

1 Tipo de Notificação 2 - Individual

2 Agravado(a) Código (CID-10) 3 Data de Notificação

4 UF 5 Município de Notificação Código (BGE)

6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora) Código

7 Data dos Primeiros Sintomas

8 Nome do Paciente

9 Data de Nascimento

10 (ou) Idade 11 Sexo M - Masculino 12 Gestante 13 Rapel/Coi

14 Escolaridade 15 Número do Cartão SUS 16 Nome da Mãe

17 UF 18 Município de Residência Código (BGE) 19 Distrito

20 Bairro 21 Logradouro (rua, avenida, ...) 22 Número 23 Complemento (apto., casa, ...) 24 Geo campo 1

25 Geo campo 2 26 Ponto de Referência 27 CEP

28 (DDD) Telefone 29 Zona 30 País (se residente fora do Brasil)

Conclusão

31 Data de Investigação 32 Classificação Final 33 Critério de Confirmação/Descarte

34 Local Provável da Fonte de Infecção 35 UF 36 País

37 Município 38 Código (BGE) 39 Distrito 40 Bairro

41 Doença Relacionada ao Trabalho 42 Evolução do Caso 43 Data do Encerramento

44 Data do Óbito 45 Data do Encerramento

Informações complementares e observações

Observações adicionais

Município/Unidade de Saúde

Nome Função

Assinatura

Notificação/Conclusão Sinan NET SVS 27/09/2005



5. Notificação

Ficha de Notificação Conclusão

É importante que os campos
32 - Classificação final
33 - Critério de confirmação/descarte
sejam preenchidos quando o caso for
confirmado ou descartado.

Ao final do tratamento ou em caso de óbito do
paciente seja pela esporotricose ou por outras
causas, o campo 41 Evolução do caso deve ser
preenchido.

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
FICHA DE NOTIFICAÇÃO/CONCLUSÃO

Nº

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação	2 - Individual	3 Data da Notificação
	2 Agravado/enferma	Código (CID10)	4 Código (BGE)
Notificação Individual	4 UF	5 Município de Notificação	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)
	6 Nome do Paciente	7 Data dos Primeiros Sintomas	8 Data de Nascimento
	9 (ou) Idade	10 Sexo M - Masculino	11 Estado
	12 Escolaridade	13 Raza/Cor	14 Número do Cartão SUS
Dados Residência	15 UF	16 Município de Residência	17 Código (BGE)
	18 Bairro	19 Logradouro (rua, avenida, ...)	20 Distrito
	21 Número	22 Complemento (apto., casa, ...)	23 Geo campo 1
	24 Geo campo 2	25 Ponto de Referência	26 CEP
Conclusão	27 (DDD) Telefone	28 Zona	29 País (se residente fora do Brasil)
	30 Data de Investigação	31 Classificação Final	32 Critério de Confirmação/Descarte
	33 Local Provável da Fonte de Infecção	34 O caso é autóctone do município de residência?	35 UF
	36 Município	37 Código (BGE)	38 Distrito
Informações complementares e observações	39 Doença Relacionada ao Trabalho	40 Evolução do Caso	41 Data do Óbito
	42 Data do Encerramento	43 Observações adicionais	44 Município/Unidade de Saúde
	45 Nome	46 Função	47 Assinatura
	48 Notificação/conclusão	49 Sinan NET	50 SVS 27/09/2005



6. Tratamento

- **Itraconazol (1ª escolha) – cápsula de 100 mg - Disponível nas unidades de saúde.**
- **Solução Saturada de Iodeto de Potássio**
Recomenda-se investigar história familiar e pessoal de doenças tireoidianas e avaliar a função da tireóide antes do tratamento.
Está contraindicado na insuficiência renal, alergia a iodo, doenças autoimunes, gravidez e lactação além de formas disseminadas da esporotricose como monoterapia.
- **Terbinafina - comprimido de 250 mg**
Indicada para as formas cutâneas de esporotricose, em pacientes com contraindicação absoluta ao itraconazol
Pouca interação com outros fármacos
Recomenda-se cautela em pacientes com alteração hepática
- **Anfotericina B**



6. Tratamento

MEDICAMENTO	DOSE	VIA	FREQUÊNCIA	TEMPO DE TRATAMENTO
Itraconazol ^{a,b}	Adultos 100 mg a 200 mg/dia Crianças 5 mg/kg/dia	Oral	1x/dia (após refeição)	Até 1 mês após desaparecimento dos sinais clínicos/lesões (ver critérios de cura).
Terbinafina	Adultos 250 mg 500 mg/dia Crianças <20 kg: 62,5 mg 20 kg a 40 kg: 125 mg >40 kg: 250 mg	Oral	1x/dia	Até 1 mês após desaparecimento dos sinais clínicos/lesões (ver critérios de cura).
Solução saturada de iodeto de potássio (manipular 50 g de iodeto de potássio em 35 mL de água destilada (com uso de conta-gotas))	Início: 5 gotas, aumentando 1 gota/dia (ambas as tomadas) até atingir: Adultos 20 a 25 gotas, 2x/dia Crianças <20 kg: 10 gotas 20 kg a 40 kg: 15 gotas >40 kg: 20 a 25 gotas	Oral	2x/dia (após refeições, com suco ou leite). Não tomar puro.	Até 1 mês após desaparecimento dos sinais clínicos/lesões (ver critérios de cura).
Posaconazol	400 mg (10 mL da solução oral)	Oral	2x/dia (após refeição)	Terapia de resgate para casos refratários graves.
Anfotericina B	1 mg/kg/dia (máx. 50 mg/dia) para anfotericina desoxicolato; 3 mg a 5mg/kg/dia, se formulação lipídica ^c	Intravenosa	1 x/dia	Até resposta clínica (em torno de 10 a 14 dias); substituir por itraconazol assim que possível.

Fonte: DCCI/SVS/MS.

^a O itraconazol pertence ao Componente Básico da Assistência Farmacêutica e deve ser fornecido pelo município.

^b Em casos especiais, de adultos ou crianças que não consigam deglutir o itraconazol em cápsulas, estas podem ser abertas e dissolvidas em sucos cítricos ou xarope para realização do tratamento.



6. Tratamento

Tratamento do adulto

Itraconazol (1ª escolha) – cápsula de 100mg

Dose: 100 a 200 mg/dia, em dose única diária; **preferencialmente após o almoço, com suco cítrico para melhor absorção do fármaco.**

Importante! Evitar: alimentos alcalinos, como laticínios, e medicamentos antiácidos, como inibidores de bomba de prótons e antagonistas dos receptores de histamina H2 pois interferem na absorção do itraconazol.

Atenção:

- Diminui o nível sérico de anticoncepcionais orais - recomendado associar método de barreira.
- Contraindicado em pacientes com hepatite, dislipidemia grave e insuficiência cardíaca, gestação.
- Interações medicamentosas - apresenta diversas interações medicamentosas com várias classes de medicamentos que devem ser cuidadosamente avaliadas antes do início do tratamento.

Recomenda-se monitoramento laboratorial com hemograma, bioquímica, lipidograma e provas da função hepática

- Antes e 30 dias após o início do tratamento.

Obs: Caso os resultados sejam normais, devem ser repetidos apenas após a suspensão do fármaco.



6. Tratamento

Principais Interações Medicamentosas com o Itraconazol

MEDICAMENTO	EFEITO DA INTERAÇÃO COM O ITRACONAZOL
Amitriptilina	Aumenta o intervalo QT ^a ; evitar associação
Varfarina	Aumenta níveis de varfarina; evitar associação
Bloqueador de canal de cálcio	Aumenta níveis de bloqueador de canal de cálcio
Antiácidos, sucralfato, antagonistas dos receptores de histamina H2	Diminuem a absorção do itraconazol
Inibidores de bomba de prótons	Diminuem a absorção do itraconazol
Carbamazepina	Aumenta níveis de carbamazepina e diminui níveis de itraconazol
Fenitoína	Diminui níveis de itraconazol
Sinvastatina e atorvastatina	Aumentam níveis da estatina, com risco de rabdomiólise
Antirretrovirais ^b	Diminuem nível sérico de itraconazol

Fonte: Dathi/SVSA/MS.

^aO aumento do intervalo QT ocorre quando o coração demora mais que o normal para recarregar entre os batimentos, resultado de um ritmo cardíaco anormal e potencialmente fatal.

^bPrincipalmente efavirenz, ritonavir e darunavir.



6. Tratamento

Tratamento não medicamentoso - isolado ou associado a tratamento sistêmico.

- **Termoterapia**

Promove a permeação de fármaco sistêmico, por meio da vasodilatação, se usados concomitantemente.

Fonte de calor pode ser: bolsa de água quente, fonte de infravermelho ou outro método.

Objetivo: atingir temperatura de 42°C - 43°C,

Durante 20 a 30 minutos, três vezes ao dia.





6. Tratamento

- **Crioterapia** - útil para terapêutica precoce das lesões verrucosas e vegetantes.
- **Eletrocirurgia** - para casos refratários mantendo-se o antifúngico sistêmico no perioperatório e no pós-operatório para evitar a disseminação. É um recurso de exceção.



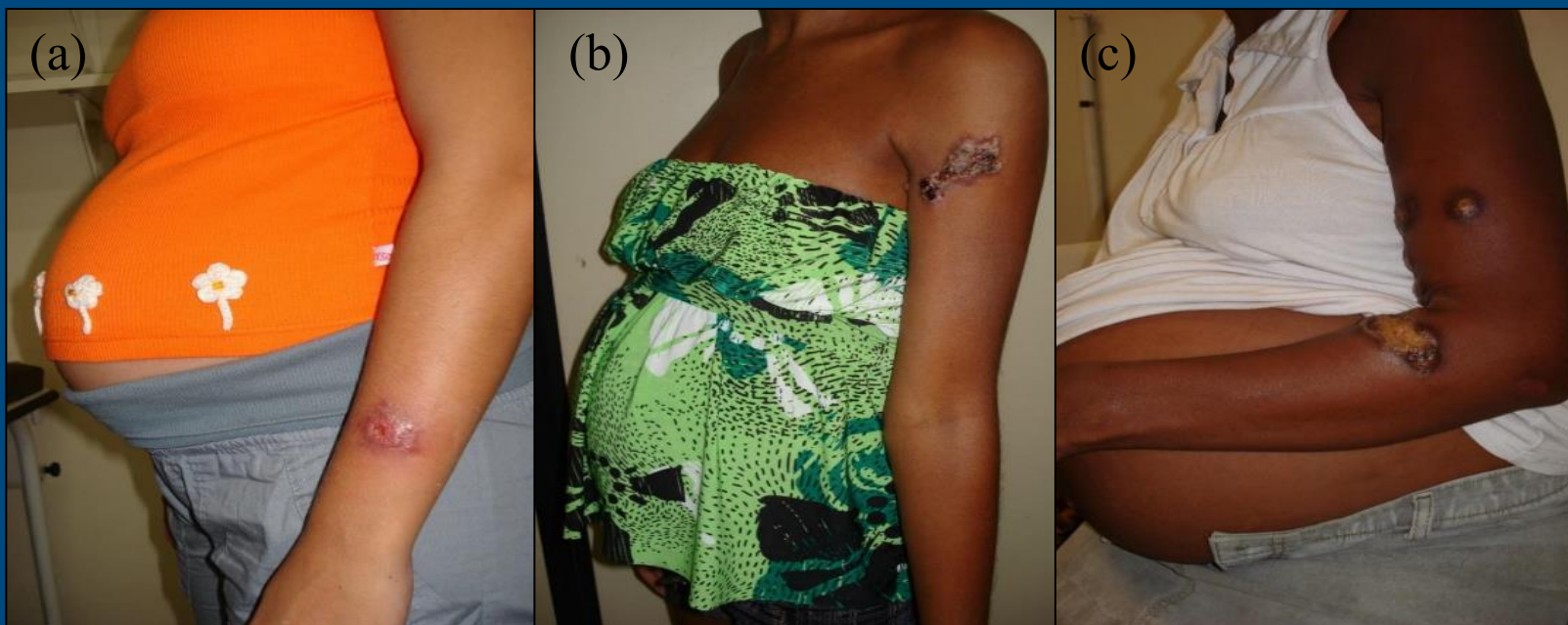
6. Tratamento

Tratamento da gestante

O tratamento de gestantes com esporotricose deve ser individualizado, **COM ATENÇÃO ÀS CONTRAINDICAÇÕES DE CADA FÁRMACO**, priorizando-se aplicação de calor local ou criocirurgia com nitrogênio líquido em jato, de acordo com o estado imunológico da paciente e a severidade da doença. Nas formas linfocutânea e cutânea fixa:

Termoterapia – Calor local 20 minutos/vez, 3 vezes/dia

Podendo ser associada à – Criocirurgia; Punção/drenagem; Curetagem





6. Tratamento

IMPORTANTE

- Iniciar tratamento das formas clínicas localizadas em pacientes imunocompetentes com a **menor dose de cada fármaco e aguardar, pelo menos um mês**, para avaliar a evolução clínica.
- Raramente, doses maiores de itraconazol ou de terbinafina são necessárias.
- Doses iniciais maiores aumentam a toxicidade e não são garantia de rapidez da resposta terapêutica.



6. Tratamento

IMPORTANTE

Em casos clássicos de esporotricose com **baixa resposta terapêutica**:

- questionar sobre uso de medicações que reduzem a absorção de itraconazol.
como inibidores de bomba de prótons
- verificar as possíveis interações medicamentosas
- avaliar adesão ao tratamento.



6. Tratamento

Tratamento tópico?

- evitar medicações tópicas porque além de não terem efeito, podem causar dermatite de contato.
- lavar a ferida com água e sabão, sem muito atrito, é suficiente.
- não é necessário o uso de antissépticos tópicos.
- ocluir as lesões abertas para evitar miíase, de preferência trocando o curativo duas vezes ao dia.
- óleo mineral ou vaselina líquida podem ser utilizados no curativo para que a gaze não fique aderida à ferida.
- se houver sinais de infecção bacteriana secundária, dar preferência ao uso de antibiótico sistêmico.
- **corticosteróide tópico é contraindicado nas lesões de esporotricose.**



6. Tratamento

Duração do tratamento:

A duração do tratamento é **em média de três meses**, podendo ser reduzida ou prolongada conforme a resposta clínica e a situação imunológica do indivíduo.

Em geral, recomenda-se que o tratamento seja mantido por até um mês após a cura clínica das lesões das formas cutâneas de esporotricose, entendida como reepitelização, com ausência de crostas e resolução do eritema e da infiltração inicial.



6. Tratamento

Acompanhamento do paciente:

- Seguir com consultas mensais até cura.
- Repetir exames de sangue conforme necessidade.
- Situações especiais: utilização de outras drogas ou de doses maiores deverão ser avaliadas por especialistas.
- Rever 1 a 2 meses após suspensão do tratamento para avaliar alta por cura.
- Sinalizar a vigilância sobre a evolução do caso para que seja atualizado o campo 41 da notificação



6. Tratamento

Critério de cura: **é clínico**

Depende da completa cicatrização/ reepitelização da(s) lesão(ões), desaparecimento da exsudação, infiltração, eritema e das crostas, resolução da linfangite e dos nódulos ao longo do trajeto linfático.

OBS: Fibrose, cicatriz hipertrófica, eritema discreto, prurido e sensibilidade local não indicam atividade de doença.



7. Encaminhamento do paciente para o especialista

SISREG - Consulta em Dermatologia

- Dúvida diagnóstica
- Consultoria no acompanhamento



7- Quando encaminhar para referência de maior complexidade? (INI/FIOCRUZ)

INSTITUTO NACIONAL DE INFECTOLOGIA (INI):

Critérios de encaminhamento:

Encaminhar apenas **adultos**, sendo:

- Gestantes – formas cutânea disseminada e extracutânea*; formas cutânea fixa e cutâneo-linfática a critério
- Esporotricose ocular (preferencialmente casos virgens de tratamento antifúngico)
- Esporotricose com lesões cutâneas na face e/ou mucosas das vias aerodigestivas superiores
- Esporotricose em pessoas com diagnóstico de HIV a critério
- Esporotricose em pacientes em uso de imunossupressores
- Esporotricose cutâneo-disseminada e disseminada
- Contraindicação aos medicamentos usualmente utilizados
- Falha terapêutica com o tratamento empregado**
- Reação de hipersensibilidade associada à esporotricose

*Gestantes com indicação de internação ou medicação parenteral em hospital-dia, serão encaminhadas pois o INI não dispõe de obstetrícia.

** Avaliar com critério a resposta ao tratamento (quando não houver qualquer melhora após 2 meses de terapêutica antifúngica adequada).



7. Como encaminhar para referência de maior complexidade? (INI/FIOCRUZ)

- Guia de Referência e Contrarreferência : descrever os dados do paciente e história clínica detalhada.
- O paciente deve levar a guia no Setor da Triagem do Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas (INI), localizado na FIOCRUZ de segunda a sexta feira de 8h às 12h.

2

Esporotricose nos animais

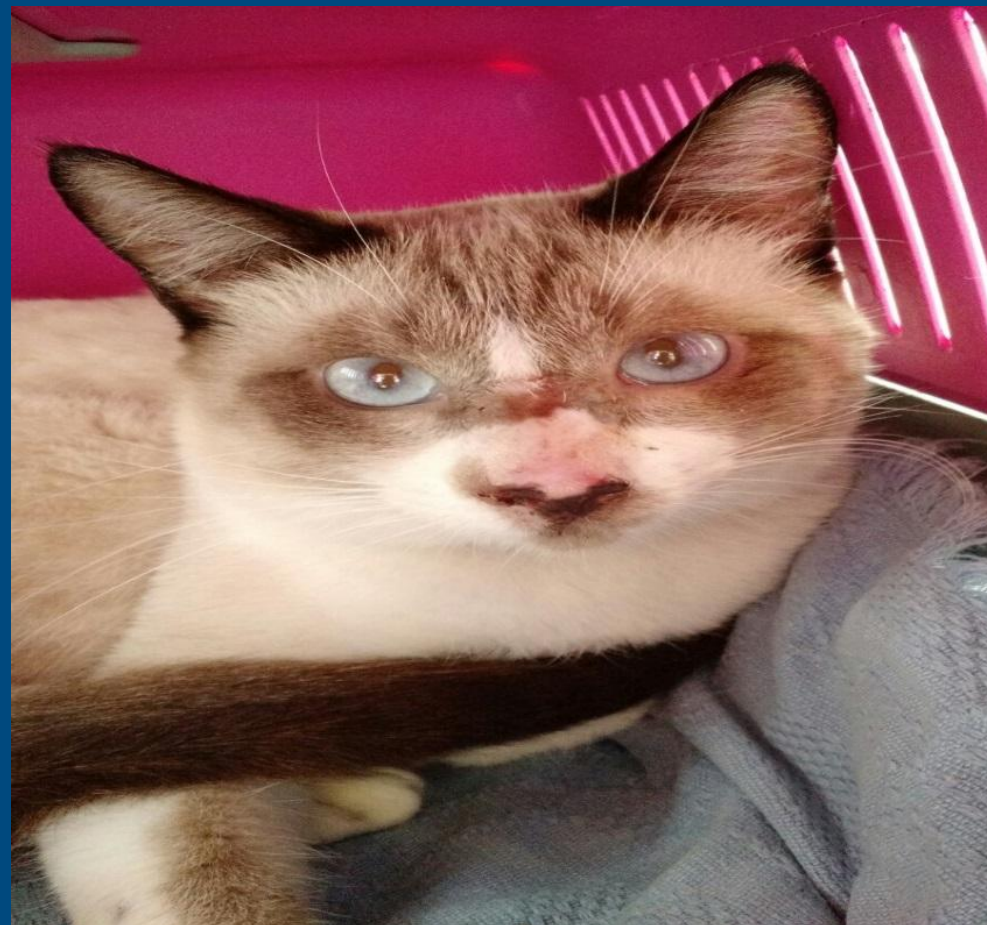


1. Esporotricose nos Animais

Esporotricose nos animais também tem tratamento e bons resultados na maioria dos casos.



CCZ- Rio de Janeiro



CCZ- Rio de Janeiro



1. Esporotricose nos Animais

Esporotricose nos animais também tem tratamento e bons resultados na maioria dos casos.



CCZ- Rio de Janeiro



CCZ- Rio de Janeiro



1. Esporotricose nos Animais

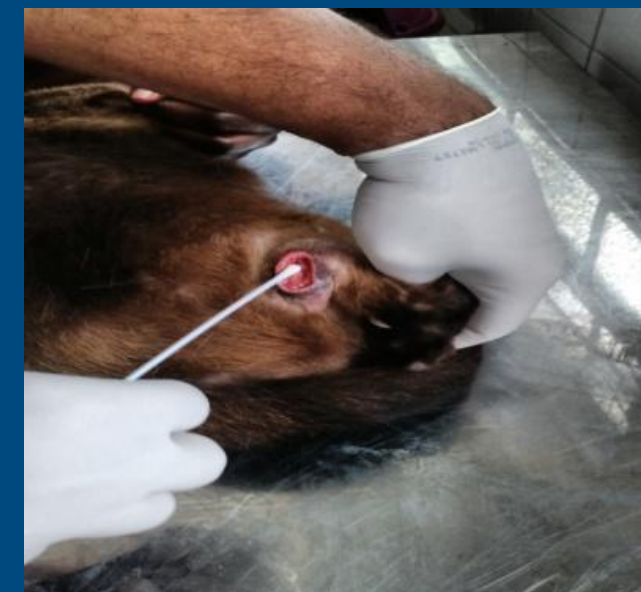
Informações: Central de Atendimento ao Cidadão - 1746 e
rio.rj.gov.br/web/vigilanciasanitaria

Atendimento Clínico nas unidades veterinárias: ordem de chegada
de 2ª a 6ª feira das 9h às 16h:

- Centro de Controle de Zoonoses Paulo Dacorso Filho – CCZ
Largo do Bodegão, 150 – Santa Cruz

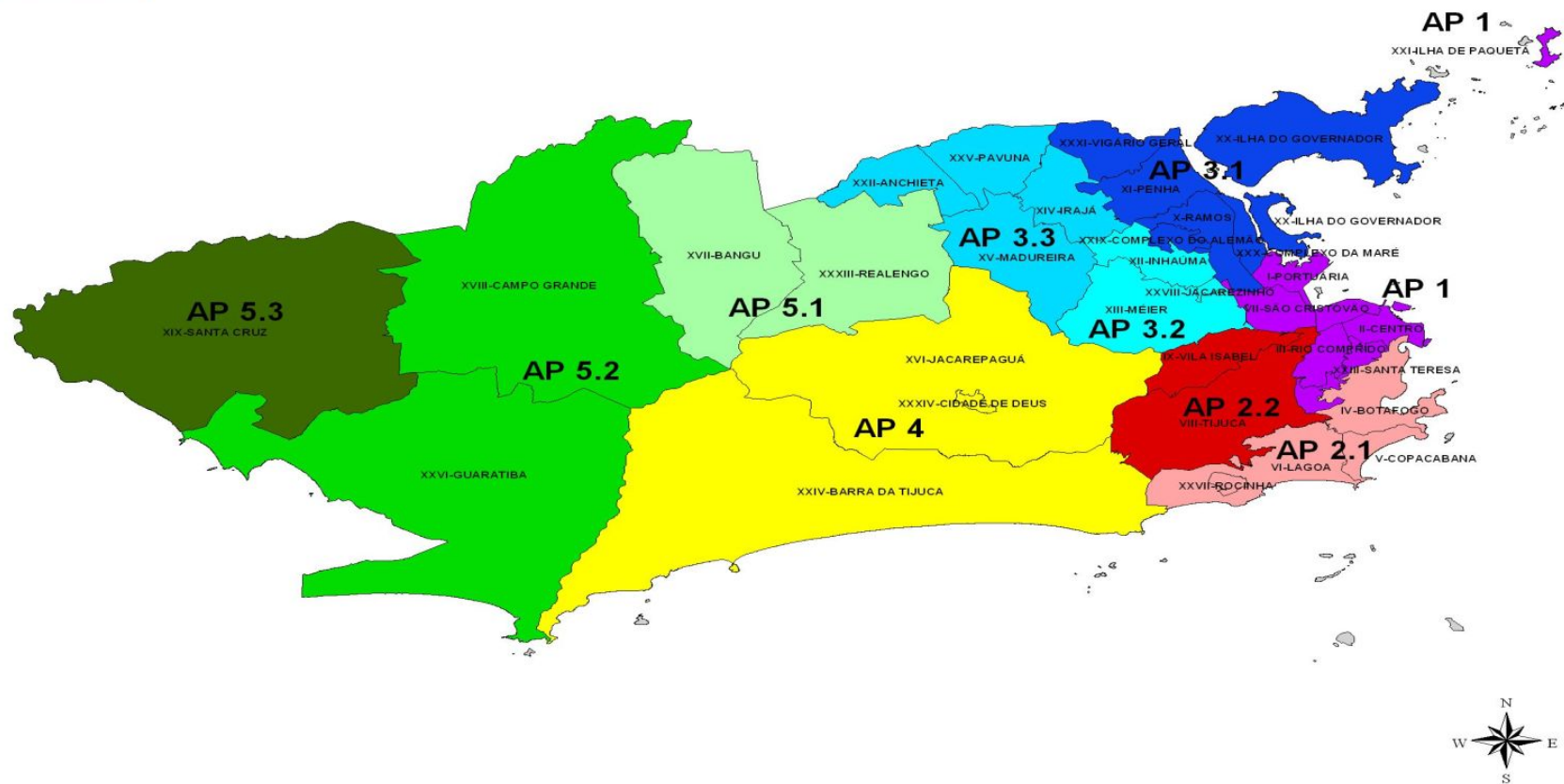
- Centro Municipal de Medicina Veterinária Jorge Vaitsman – CJV
Av. Bartholomeu de Gusmão, 1120 – São Cristóvão

Os casos podem ser notificados diretamente no site da Vigilância Sanitária:
rio.rj.gov.br/web/vigilanciasanitaria





1. Esporotricose nos Animais



Serviços:

- Atendimento clínico e exame laboratorial;
- Fornecimento de medicamento;
- Castração cirúrgica;
- Cremação de cadáver;
- Atendimento domiciliar quando há muitos animais;
- Inspeção sanitária em criações de animais;
- Orientação técnica.



2. Saúde animal

- Observar se existe algum gato lesionado e, em caso positivo encaminhar ao veterinário para tratamento;
- Isolar os animais doentes;
- Usar luvas ao manipular gatos doentes;
- Controle da reprodução (castração): minimiza o instinto de caça, acasalamento e ronda na vizinhança;
- No caso de morte de animais doentes entrar em contato com 1746 para conduta mais adequada;





2. Saúde ambiental - cuidados com o ambiente

- Remoção de restos de materiais de construção e detritos de matéria orgânica em decomposição;
- Limpar o ambiente com água sanitária;
- Mapear reservatórios no meio ambiente;
- Posse responsável de animais (assistência veterinária, castração, não abandono de animais em via pública);



Bibliografia

AZULAY, RD; AZULAY, DR; AZULAY-ABULAFIA, L. *Dermatologia*. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017. il

BARROS MBL e cols. *Sporothrix schenckii and Sporotrichosis*. Clin Microbiol Rev. 2011 Oct;24(4):633-54.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde. Guia de Vigilância em Saúde [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde. – 5. ed. rev. e atual. – Brasília : Ministério da Saúde, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde e Ambiente. *Guia de vigilância em saúde : volume 2 [recurso eletrônico]* / Ministério da Saúde, Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde e Ambiente. – 6. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2023. 3 v. : il.

Empinotti JC, Uyeda H, Ruaro RT, Galhardo AP, Bonatto DC. Piodermítes. An Bras Dermatol. 2012;87(2):277-84.

FRANCESCONI et al. *Terbinafine (250 mg/day): an effective and safe treatment of cutaneous sporotrichosis* JEADV 2009, 23, 1273–1276
Treatment of Cutaneous Sporotrichosis With Itraconazole—Study of 645 Patients. Bastos et al. Clinical Infectious Diseases 2011;52(12):e200–e206

FRANCESCONI et al. *Comparative Study of 250 mg/day Terbinafine and 100 mg/day Itraconazole for the Treatment of Cutaneous Sporotrichosis*. Mycopathologia (2011) 171:349–354.

KAUFFMAN et al. *Clinical Practice Guidelines for the Management of Sporotrichosis: 2007 Update by the Infectious Diseases Society of America*. *IDSAGuidelinesforManagementofSporotrichosis* • CID2007:45:1255–65

LIMA RB. *Esporotricose*. Dermatologia.net. Disponível em: <<https://www.dermatologia.net/cat-doencas-da-pele/esporotricose/>> Acesso: out.2023

MACEDO PM, LOPES-BEZERRA LM, BERNARDES-ENGEMANN AR, OROFINO-COSTA R. *New posology of potassium iodide for the treatment of cutaneous sporotrichosis: study of efficacy and safety in 102 patients*. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2015; 29(4): 719-24.

MEDEIROS, KB; LANDEIRO, LG; DINIZ, LM; FALQUETO, A. Esporotricose disseminada cutânea associada à lesão ocular em paciente imunocompetente. An Bras Dermatol. 2016;91(4):537-9.

OROFINO-COSTA R; BERNARDES-ENGEMANN AR, AZULAY-ABULAFIA L; BENEVENUTO F; NEVES MLP; LOPES-BEZERRA LM. *Esporotricose na gestação: relato de cinco casos numa epidemia zoonótica no Rio de Janeiro*. An Bras Dermatol. 2011;86(5):995-8.

QUEIROZ-TELLES, F. et al. Sporotrichosis in Children: Case series and Narrative Review. Current Fungal Infection Reports, v. 16, p. 33-46, 2022.



Bibliografia

OROFINO-COSTA R; FREITAS DF; 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.

OROFINO-COSTA R; MACEDO PM; RODRIGUES AM, BERNARDES-ENGEMANN AR. *Sporotrichosis: an update on epidemiology, etiopathogenesis, laboratory and clinical therapeutics*. An Bras Dermatol. 2017;92(5):606-20.

RIBEIRO ASA; BISOL T; MENEZES MS_ *Síndrome oculoglandular de Parinaud causada por esporotricose*. Rev.bras.ofthalmol. vol.69 no.5 Rio de Janeiro Sept./Oct. 2010.

RIO DE JANEIRO. riocomsaude.rj.gov [Internet]. Secretaria Estadual de saúde. Subsecretaria de Vigilância em Saúde. BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO ESPOROTRICOSE N° 001/2021. Informe Técnico no 001/2021 da SES/RJ, *Cenário epidemiológico da esporotricose no estado do Rio de Janeiro - Anos de 2019 e 2020*. Disponível em: <<http://www.riocomsaude.rj.gov.br>>. Acesso 21 out 2023.

RIO DE JANEIRO. Secretaria de Estado de Saúde. Nota Técnica nº3 conjunta entre Gerência de Doenças Transmitidas por Vetores e Zoonoses/GDTVZ (SES/RJ) e Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas/IPEC (FIOCRUZ/RJ). *Orientações sobre Vigilância da Esporotricose no Estado do Rio de Janeiro*. 5 de outubro de 2011.

SCHECHTMAN RC; FALCÃO EMM; CARARD M; GARCIA MSC; MERCADO DS; HAY RJ. *Sporotrichosis: hyperendemic by zoonotic transmission, with atypical presentations, hypersensitivity reactions and greater severity*. An Bras Dermatol. 2022; vol.97:1---13. Trabalho realizado no Instituto de Dermatologia Professor Rubem David Azulay, Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil

SILVA, FS et cols. *Atlas Dermatológico*. Disponível em: <<https://www.atlasdermatologico.com.br/disease.jsf?diseaseId=429>>. Acesso em: nov.2023



Equipe Técnica

- Coordenador de Doenças Crônicas Transmissíveis:
Luiz Cláudio Pereira Ribeiro**
- Gerente das Doenças Dermatológicas Prevalentes
Cristina Monteiro Bernardes**
- Técnicas :**
 - Denise Alves Silva**
 - Gabriela T. de Oliveira Cardoso**
 - Lia Raquel Araujo**
 - Tatiana Siqueira**
 - Viviani Christini Lima**



SAÚDE



**Gerência da Área Técnica das Doenças
Dermatológicas Prevalentes**

Email: dermatologiario.rj@gmail.com

Contato: 21 3971-1639 / 21 3971-3035