

## ESPOROTRICOSIS FELINA: ASPECTOS CLÍNICOS E ZONÓTICOS (1)

Carlos Eduardo LARSSON (2), Marcia de Almeida GONÇALVES (2), Vera Cavalcanti ARAUJO (3), Maria Lucia Zaidan DAGLI (2), Benedito CORREA (4) & Celeste FAVA NETO (5)

---

### RESUMEN

La esporotricosis consiste en micosis profunda, de evolución subaguda o crónica decurrente de infección por el hongo dimorfo *Sporothrix schenckii*. Consiste en dermatopatía mucho frecuente en nuestro medio, resultante de la penetración de abrojos e de arañazos por espinos de plantas. El *S. schenckii* ha sido descrito, en S. Paulo, en perros, gatos, aseninos, bovinos, equinos y ratones. Todavía, el carácter de antropozoonosis de la enfermedad pocas veces ha sido descrito tanto en la literatura internacional como en la nacional, existiendo apenas una citación en lo Brasil, de probable transmisión gato/hombre. Se discrebió, en lo presente relato, caso clínico de esporotricosis felina con transmisión através de arañadura en propietario, tratador y médico veterinário. Un gato, sin raza definida, macho, con 3 años, mucho agresivo, con grave cuadro cutáneo (cefálico, torácico y de miembros torácicos) manifestado por lesiones ulceradas, exudativas de alopecia, deposición de crostas hemorrágicas, agravado por síntomas de lo complejo respiratório felino, donde por su temperamento agresivo había areñado en corto espacio de tiempo 5 individuos, donde 3 de los individuos manifestaron síntomas de evolución y gravedad distintas. El diagnóstico clínico presuntivo fue confirmado per lo examen histopatológico (H.E., PAS) de fragmentos de piel, linfonodos y amígdalas cogidos, "intra-vitam" y o "post mortem", per lo aislamiento de lo agente, per la inoculación en testículos de ratas adultas y posterior nuevo aislamiento.

Se confirmó la patología por pruebas suerológicas (F.C., anticuerpos precipitantes) y prueba de intradermoreación (esporotriquina) en los pacientes acometidos.

**UNITERMOS:** Esporotricosis felina; Zoonosis; Gato.

---

### INTRODUCCIÓN

La esporotricosis consiste en micosis profunda causada por el hongo dimorfo *Sporothrix schenckii*, descrito por la primera vez por

SCHENCK (1898)<sup>28</sup>, en los EUA, habiendo sido relatada en Brasil, por SPLENDRE & LUTZ (1907)<sup>30</sup> en ratas y en hombres.

- (1) Apresentado no I Congresso Brasileiro de Zoonoses, Rio de Janeiro, Brasil, 1987 e no XXIII Congresso Mundial de Veterinária, Montreal, Canada, 1987.
- (2) Departamento de Clínica Médica, Faculdade de Medicina Veterinária e Zootecnia da USP. Av. Prof. Lúcio Martins Rodrigues, Trav. 4, 399, CEP 05508 São Paulo, SP, Brasil.
- (3) Departamento de Estomatologia — Setor de Patologia Bucal — Faculdade de Odontologia da USP. Av. Prof. Lúcio Martins Rodrigues, Trav. 4, CEP 05508 São Paulo, SP, Brasil.
- (4) Departamento de Microbiologia e Imunologia - Instituto de Ciências Biomédicas da USP. Av. Prof. Lineu Prestes, 1374, CEP 05508 São Paulo, SP, Brasil.
- (5) Laboratório Bio Ciências Lavoisier, Av. Angélica, 1832, CEP 01228 São Paulo, SP, Brasil.

Según PUPO (1920)<sup>23</sup>, SAMPAIO et al. (1954)<sup>26</sup>, ALMEIDA et al. (1955)<sup>1</sup> el diagnóstico de la infección fúngica en los diferentes cuadros clínicos de ella resultantes es asaz frecuente en pacientes atendidos en los Servicios de Dermatología del Estado de São Paulo (Brasil). SAMPAIO et al. (1954)<sup>26</sup> la colocan en segundo lugar en ocurrencia entre las micosis profundas suplantada únicamente por la paracoccidioidomycosis sudamericana.

En la Medicina Veterinaria, casos de esporotricosis animal, en Brasil, han sido diagnosticados en mulares (LEÃO et al., 1934<sup>11</sup>; PIRATINGA, 1943<sup>19</sup>; SALIBA et al., 1963<sup>25</sup>), en asininos (MELLO, 1935<sup>15</sup>; MOREIRA et al., 1967<sup>17</sup>), en perros (SOUZA, 1957<sup>29</sup>; MIGLIANO et al., 1963-64<sup>16</sup>; LONDERO et al., 1964<sup>12</sup>; FREITAS et al., 1956<sup>9</sup>), en chimpancés (SALIBA et al., 1968<sup>24</sup>), en bovinos (MACEDO & COSTA, 1978<sup>14</sup>) y en gatos (FREITAS et al., 1965<sup>9</sup>).

El *S. schenckii* comúnmente es identificado en el suelo, en vegetales, en el pelambre de animales, en vetores mecánicos, como hormigas y pulgas, y mismo en embutidos como salsicha. El acometimiento humano se hace por medio de heridas resultantes de la penetración de abrojos o de arañazos por espinos de plantas (ATLEBERGER, 1983<sup>2</sup>).

Por la compulsación de la literatura algunos autores han sugerido la posibilidad de transmisión de la enfermedad esporotricósica por medio del mordisco de ratas (FISCHMAN et al., 1973<sup>7</sup>), por arañazos, mordiscos o mismo por el contacto con felinos infectados (ALMEIDA et al., 1955<sup>1</sup>; READ & SPERLING, 1982<sup>21</sup>; NUSBAUM et al., 1983<sup>18</sup>). Tal modalidad de transmisión es aún así rechazada por otros investigadores (BAXTER, 1975<sup>3</sup>; RICHARD, 1975<sup>22</sup>). En Brasil, una única publicación describe la posible transmisión de la esporotricosis al hombre a partir de la arañadura del gato (ALMEIDA et al., 1955<sup>1</sup>), sin detenerse en mayores pormenores acerca de las manifestaciones clínicas en el animal transmisor y en el individuo contaminado.

En el presente relato se describe un caso de esporotricosis felina con el subsecuente involucramiento de individuos que tuvieron contacto.

## RELATO DE CASO

Se atendió junto al Servicio de Dermatología del Departamento de Clínica Médica de la Facultad de Medicina Veterinaria y Zootecnia de la Universidad de São Paulo un espécimen felino, macho, SRD con tres años de vida proveniente de Caraguatatuba (litoral norte de São Paulo), criado como animal querenciado, en contacto con otros dos gatos, entonces asintomáticos. Se relataba cuadro cutáneo de evolución de noventa días anteriormente sometido tratamiento por curiosos y en Clínica Veterinaria, donde, por su temperamento agresivo había arañado una médica veterinaria (M.C.A., veinte y siete años, soltera) y un tratador (J.P.S., veinte y cuatro años, soltero), hacían sesenta días.

Los dueños observaron, inicialmente, un cuadro dermatológico caracterizado por lesiones cefálicas (región periorbitaria) de alopecia, eritema, deposición de crostas hemorrágicas, acompañada por discreto prurito. Traído a la Capital, fue entonces, medicado, bajo orientación veterinaria, con cortisona, penicilina, vitamina A, ac. pantoténico, tetraciclina, pasta de agua, azufre y líquido de Dakin, visando la cura del supuesto cuadro de "sarna notodérmica infectada".

Después de los sesenta días de medicación se averiguó la peora del cuadro lesional observándose lesiones diseminadas por toda la región cefálica, torácica dorsal, coccigea y a lo largo de los miembros torácicos. Había alopecia y ulceración, mayormente en la región craneana con pérdida de identidad de la fisura de los párpados y con exudación suerosanguinolenta.

Al examen clínico se constataba, además, disnea inspiratoria, taquinea (cuarenta y ocho movimientos por minuto), normotermia (38,5°C), frecuencia de pulso dentro de los parámetros normales (noventa pulsaciones por minuto), infarto de ganglios linfáticos superficiales, secreción catarral naso ocular, bilateral y estornudos frecuentes. En la auscultación torácica se detectaron bullas normofonéticas eúrritmicas, con propagación de los ruidos cardíacos para la región pulmonar, habiendo, todavía, discreta exacerbación del murmullo vesicular y del laringotraqueal.

Después de coger la sangre (para hemograma y pesquisa de microfilárias) y fragmentos de piel para examen histológico, se prescribió terapia a base de cloranfenicol inyectable, solución glicofisiológica a 5% por vía parental, compresas húmedas con solución de Burow y utilización de vapor húmedo bajo la forma de inhalación en la tentativa de medicación del cuadro de complejo respiratorio felino y de la dermatopatía.

Después de diez días, cuando del retorno se había verificado flagrante mejora en el cuadro respiratorio pero pocas alteraciones en el aspecto cutáneo, habiendo la opción por parte de los dueños por el sacrificio del animal. Después de la electrocución se cogieron, cuando de la necropsia fragmentos de piel, pulmón, ganglios linfáticos y amígdalas para exámenes micológico y histopatológico.

En el transcurrir deste período contactándose con la médica veterinaria y el tratador, se verificó que los mismos después de haberen sido arañados en las manos y antebrazos, manifestaran, casi veinte días después del hecho cuadro febril recurrente, malestar, enfartamiento de ganglios linfáticos, cefalea, mialgia y proceso inflamatorio en el sitio del arañazo.

El tratador llegó a ser internado en hospital paulistano con cuadro agudo de artrite en la articulación de la rodilla izquierda con un diagnóstico de sospecha de linforeticulose benigna de inoculación o enfermedad de la arañadura del gato (cat scratch fever). La médica veterinaria presentó por meses dos heridas exudativas no cicatrizables de aspecto ulcerado en el antebrazo derecho quedándose, también bajo medicación específica para enfermedad de la arañadura del gato.

Investigando junto a los dueños y contactantes de la propiedad se verificó que tres personas habían sido arañadas en el transcurrir del tratamiento del animal. Una mujer (M.A., treinta años, soltera) y dos hombres (D.A., veinte y dos años, soltero y D.C., treinta y seis años, también soltero). La primera destos arañada en el pulgar de la mano derecha manifestó, cerca de siete días después enfartamiento del linfonodo axilar derecho, mialgia en el brazo derecho, edema localizado y cefalea intermitente, habiendo sido examinada por varios médicos y sometida a inu-

meros exámenes subsidiarios, estando desde entonces sin diagnóstico y bajo medicación con sulfonamídicos/trimetropim y complejo vitamínico B. El contactante D.A., arañado en el miembro torácico derecho manifesto "miosite" localizada, habiendo sido medicado con suceso con sulfonamídico/trimetropim. Finalmente, el tercer contactante, D.C., arañado en la mano izquierda presentó discreto enfartamiento de linfonodo axilar ipsilateral, mejorando sin cual quiera medicación.

## EXAMES SUBSIDIÁRIOS

### Hemograma y pesquisa de microfilárias

Después de coger la sangre, por venopuntura de la yugular del gato, usándose el EDTA como anticoagulante, se procedió al hemograma según BIRGEL (1982)<sup>9</sup> y a la pesquisa de *Dirofilaria immitis* por las técnicas de la gota espesa y por el método de Knott modificado (KNIGHT, 1983<sup>10</sup>).

### Examen histopatológico

Se hizo la histopatología de fragmentos de piel cogidos por biopsia por el punch de Keyes (4 y 6 mm), sometiendo al procesamiento habitual y a la coloración por las técnicas de HE, PAS. Cuando de la necropsia, fragmentos de piel, linfonodos, pulmón, amígdalas, lengua, cerebro, hígado, riñón, bazo, páncreas fueron, también, sometidos a las técnicas histopatológicas citadas.

### Examen micológico

Los exámenes micológicos realizados a partir de los fragmentos de piel cogidos por biopsia cutánea o de "pool" de órganos macerados, fueron ejecutados en Agar Sabouraud Dextrose acrecido de cloranfenicol (100 µg/ml) y en Mycobiotic Agar Difco (Mycosel), incubándose a 25°C por treinta días. La identificación de las colonias fue efectuada por medio del estudio macro e microscópico (RIEDEL, 1950<sup>23</sup>) y por sembradura en Corn Meal Agar (Difco).

El estudio de las características dimórficas de las colonias de *S. schenckii* fue realizada por medio del cultivo en ágar-infusión de cerebro/corazón (BHI ágar-Difco) con incubación a 37°C.

### Inoculación experimental

Después de ejecutar la suspensión de la fase leveduriforme en agua destilada estéril, se inoculó 0,5 ml de suspensión espesa en testículo de ratas adultas.

### Prueba de intradermoreacción

Se hicieron, además pruebas intradérmicas con histoplasmina, usándose el antígeno filtrado y con esporotriquina, usándose la suspensión de células leveduriforme muertas, preparada según la técnica preconizada por CASTRO (1960)<sup>5</sup>, inoculándose en diferentes momentos, intradérmicamente, 0,1 ml de cada uno de los antígenos en el antebrazo de los pacientes sospechosos, haciéndose la lectura después de veinte y cuatro, cuarenta y ocho, setenta y dos horas, a contar de la inoculación.

### Reacciones suerológicas

A partir del suero sanguíneo, cogido de 3 de los 5 pacientes expuestos al peligro de contagio (MCA, MA, DC), se hicieron las reacciones suerológicas de fijación de complemento y de anticuerpos precipitantes para *H. capsulatum* y *S. schenckii*, según la técnica de Wadsworth et al modificada por FAVA NETO (1955)<sup>6</sup>.

## RESULTADOS

### Hemograma y pesquisa de microfilárias

Por el eritrograma se ha verificado un cuadro de anemia regenerativa. En el leucograma se ha constatado leucocitosis por neutrofilia, eosinofilia y monocitosis, y presencia de corpúsculos de Döhle en neutrófilos segmentados.

No se ha podido encontrar ninguna microfilaría de *D. immitis* por las técnicas utilizadas.

### Histopatología

En la piel, las mayores alteraciones fueron observadas al nivel dérmico donde se visualizaba intensa infiltración de células mononucleares (macrófagos). En el interior de estas células al nivel citoplasmático se notaban corpúsculos ovalados, acidófilos, de aspecto leveduriforme, con pared colorándose intensamente por el PAS.

El aspecto morfométrico y tintorial ha permitido firmar el diagnóstico de parasitismo por *Sporothrix schenckii*.

En las amígdalas y ganglios linfáticos submandibulares y cervicales, se observaba en la región subcapsular y de los senos marginales grande cantidad de células mononucleares con citoplasma distendido por numerosas formaciones semejantes a las descritas en la piel.

En la lengua se notaron discontinuidad epitelial e intenso infiltrado en las capas submucosa y muscular de células mononucleares, con citoplasma distendido y relleno por los corpúsculos leveduriformes, ya mencionados.

En los otros órganos no se detectaron alteraciones histológicas dignas de nota.

### Examen Micológico

Las colonias de *S. schenckii* aisladas, se presentaron, inicialmente, de color blanco, morfológicamente pequeñas, sedosas y membranosas, haciéndose, después negras y con micélio aéreo.

El microcultivo ha demostrado hifas finas, septadas, con conidios piriformes o en forma de huevo, distribuyéndose a lo largo de las hifas, sesiles o pedunculados, disponiéndose en forma de "margarita".

En el BHI, a 37°C se observaron colonias de color crema, cerebriformes, y que microscópicamente tenían estructuras leveduriformes en la forma de naveta.

### Inoculación experimental

Después de veinte días de inoculación las ratas manifestaron cuadro de orquitis acentuada, obteniéndose el aislamiento de *S. schenckii* por el retrocultivo en agar-Sabouraud-dextrosas, después de 5 días (25°C).

### Prueba de intradermoreacción

La lectura de las intradermoreacciones con histoplasmina se mostraron negativas en todos los pacientes. Ya aquellas hechas con la esporotriquina se mostraron positivas en 3 de los indivi-

duos sometidos a las pruebas (MCA, DC e JPS), con eritema y formación papuliforme midiendo en sus diámetros, respectivamente, más de 2 cm (M.C.A.) y con 1,5 cm (D.C. y J.P.S.).

### Reacciones sorológicas

Los sueros de todos los individuos contactantes investigados estaban negativos frente al antígeno de *H. capsulatum*. Mientras que, la reacción de fijación del complemento para *S. schenckii*, hecha con el suero proveniente de la médica veterinaria MCA, se ha mostrado positiva, hasta la dilución 23.

### DISCUSIÓN

La infección micótica por el *S. schenckii* en humanos es frecuente, mayormente con enfermedad ocupacional acometiendo individuos que por fuerza de la actividad profesional, como floristas y trabajadores del medio rural, vienen amenudo contactando con esporos del hongo. Debido a la presencia de nodulos ulcerados o no y con involucramiento linfadenopático ascendente (READ & SPERLING, 1982<sup>21</sup>), afecta, en la mayoría de las veces los miembros superiores y el rostro, siendo considerada rara en el tronco. Por veces, ha sido diagnosticada la forma extracutánea, con localización osteo-articular pudiendo, esporadicamente, diseminarse hematogénicamente en el organismo (SAMPAIO et al., 1982<sup>27</sup>).

La esporotricosis felina, naturalmente adquirida, parece constituirse en una condición rara. Según READ & SPERLING, (1982)<sup>21</sup>, el artículo de los autores brasileños (FREITAS et al., 1965<sup>9</sup>), donde se describieron 8 gatos infectados por el *S. schenckii*, en periodo de dieciocho meses en el Estado de São Paulo (Brasil) es la mayor colección de casos de esporotricosis felina disuelta en la literatura mundial.

La diseminación de la infección hongica entre felinos parece estar bastante relacionada a sus hábitos, cuales sean, de penetrar por entre nichos y grietas de material descartado, por el revolcarse frecuente en el suelo o en cascáras de arboles y por la atávica predilección de arañar otros felinos en el decorrer de juegos o de riñas. La esporotricosis felina ha sido reproducida experimentalmente por medio de la supresión imu-

nitaria con corticosteróides (MACDONALD et al., 1980<sup>13</sup>), hecho este que permite aventar la posibilidad del gato del presente relato, proveniente de zona endémica como la de Caragatatuba, estar inmunosuprimido por la infección viral (rinotraqueite o calicivirose) manifestada por los síntomas clásicos de la síndrome del complejo respiratório felino.

El diagnóstico pudo ser establecido en lo que tañe al felino acometido, por los aspectos sintomáticos, lesionales y zoonóticos, asociados a los resultados revelados por el cuadro leucocitario (leucocitosis debida a las neutrofilia, eosinofilia y monocitosis).

Aunque no se tenga logrado éxito en coger el suero, face a las pésimas condiciones de hidratación animal y del estado de sus venas yugulares, para la ejecución de las pruebas sorológicas, los resultados obtenidos en la histopatología cutánea, lengual y de los organos linfáticos, asociados al éxito en el aislamiento y demostración del agente a partir de organos cogidos "intra vitam" y "post mortem", permitieron la confirmación diagnóstica. A estos ocurridos se soman el suceso obtenido en el reaislamiento del agente a partir del retrocultivo positivo obtenido a partir del crecimiento del *S. schenckii* de material proveniente de la orquitis, experimentalmente induzida.

Muy probablemente contribuyó para la grave evolución del cuadro clínico del gato acometido por la esporotricosis, la inmunosupresión acarreada por la superposición del complejo respiratório felino y por la inducción iatrogénica, por la aplicación de corticosteróides en el decurso morbido, tal como ya se ha demostrado experimentalmente por la publicación de MACDONALD et al. (1980)<sup>13</sup>.

Se resalte que el diagnóstico diferencial con la modalidad cutánea de la dirofilariosis con otras micosis sistémicas (histoplasmosis, blastomycosis, criptococosis, feohifomicosis), con neoplasias de revestimiento cutáneo pudo ser establecido por medio de los resultados histopatológicos y de las culturas micológicas ejecutadas en diferentes momentos del curso de la enfermedad.

CUADRO 1

Cuadro sinóptico de los casos felino y humano de la esporotricosis según los aspectos clínicos y laboratoriais

Caso	Aspecto Clínico	Aspecto Micológico	Intradermo reacción	Sorología*	Inoculación Experimental
Felino, SRD Macho, 3 años	Evolución de 90 días, con lesiones cefálicas, torácica dorsal, coccigea y de miembros torácicos con alopecia, eritema, crosta hemorrágica, prurito discreto, úlceras serosanguinolentas, pérdida de identidad de la abertura palpebral. Examen Físico: disnea inspiratoria, taquinea, normotermia, normoesfigmia, linfadenomegalia, secreción nasocular catarral bilateral estornudos frecuentes bulla normofonética se propagando para los campos pulmonares exacerbación de los ruidos respiratorios.	Examen micológico de la piel y de "pool" de órganos: <b>Sporothrix schenckii</b>	●●●	●●●	Cobayas: orquite por <b>Sporothrix schenckii</b>
M.C.A., 27 años soltera, médica veterinaria	Evolución de cuadro por arañadura en mano y en antebrazo derecho hace 60 días con lesión ulcerada, no cicatrizable exudativa, con fiebre recurrente, linfadenopatía satélite ipsilateral, cefalea, mialgia, inflamación local.	●●●	Esporotriquina: Positiva (2 cm) Histoplasmina: Negativa	<b>H. capsulatum:</b> Negativa <b>S. schenckii:</b> 1 23	●●●
J.P.S., 24 años soltero, tratador	Evolución del cuadro por arañadura en las manos y antebrazos hace 60 días con artralgia de la rodilla izquierda, claudicación, mal estar, cuadro febril recurrente, cefalea, mialgia generalizada.	●●●	Esporotriquina: Positiva (1,5 cm) Histoplasmina: Negativa	<b>H. capsulatum:</b> Negativa <b>S. schenckii:</b> Negativa	●●●
M.A., 30 años soltera, propietaria	Evolución del cuadro por arañadura en el pulgar derecho hace 7 días, con linfadenopatía axilar ipsilateral, mialgia del miembro superior ipsilateral, inflamación local y cefalea.	●●●	●●●	<b>H. capsulatum:</b> Negativa <b>S. schenckii:</b> Negativa	●●●
D.C., 36 años soltero, propietario	Evolución del cuadro por arañadura en el miembro superior derecho con miositis localizada.	●●●	Esporotriquina: Positiva (1,5 cm) Histoplasmina: Negativa	<b>H. capsulatum:</b> Negativa <b>S. schenckii:</b> Negativa	●●●
D.A., 22 años soltero, propietario	Evolución del cuadro por arañadura en la mano izquierda, con discreto infarcte del linfonodo axilar ipsilateral.	●●●	Esporotriquina: Negativa Histoplasmina: Negativa	<b>H. capsulatum:</b> Negativa <b>S. schenckii:</b> Negativa	●●●

\* Agar Sabouraud dextrose con cloranfenicol, Mycobiotic Agar Difco, corn meal ágar, BHI Agar Difco.

\*\* Fijación del complemento, anticuerpos precipitantes (FAVA NETO, 1955).

●●● no realizado.

Infelizmente no nos fue posible instituir una conduta terapéutica más adecuada a la esporotricosis frente a la gravedad del cuadro y a la relutância de los propietarios en tratarlo, debido al peligro continuo de acometimiento humano, llevándolos entonces a optar por el sacrificio del gato.

Las formas clínicas observadas en los contactos variaron entre la linfangítica (MA, DC, DA), la ulcerosa (MCA) y la extracutánea (JPS), siendo que en esta última el asentamiento al nivel articular es considerada como de ocurrencia bastante rara (SAMPAIO et al., 1982<sup>27</sup>). La evolución clínica en los pacientes acometidos osciló entre decurso benigno (MA, DC, DA) y crónico (MCA, JPS). La aplicación intradérmica de la esporotriquina probablemente contribuyó en los casos de evolución benigna, desde que SAMPAIO et al. (1982)<sup>27</sup> creditan gran éxito a esta forma de vacinoterapia.

Los resultados obtenidos por las reacciones intradérmicas positivas, en 3 de los 5 individuos sintomáticos, expuestos al peligro de la infección fúngica y por el título sorológico — 23 de la reacción de fijación del complemento con antígeno de *S. schenckii* en la médica veterinaria (MCA), nos permitieron apartar una sospecha de acometimiento por la "cat-scratch-fever" y presumir por un diagnóstico de esporotricosis.

La escasez de casos similares dispuestos en la literatura brasileña y extranjera nos llevaron a describir este surto esporotricótico de caracteres profesional y familiar, sirviendo para evidenciar el peligro en potencial, de la manipulación de animales, mayormente de la especie felina, acometidos por lesiones úlcero-linfangíticas.

## SUMMARY

### FELINE SPOROTRICHOSIS: CLINICAL AND ZOONOTIC ASPECTS

The sporotrichosis is a deep mycosis, its course is subacute or chronic, and is caused by the *Sporothrix schenckii*. It's a very common dermatopathy, generally arising from thorn wounds, insects stings as well as from splinters. The *S. schenckii* has been described in São Paulo, Brazil, in canines, felines, asinines, bovines,

equines and murines. However, its antropozoonotic feature has seldom been mentioned in the international literature, and, in Brazil, there is only one report about a possible transmission cat-human being.

The current approach describes a clinical case of feline sporotrichosis transmitted by cat scratch to the owner, the career and the veterinarian. A very offensive three-year-old male mongrel cat showed severe cutaneous lesions in cephalic, thoracic regions and forelimbs. These lesions were ulcerations, exsudation, crusts, alopecia worsened by the symptoms of the feline respiratory complex. This cat wounded, in a short time, 5 persons. Three of them had shown symptoms of distinct severity and development. The presumptive clinical diagnosis was corroborated by histopathology (HE, PAS) of skin, lymphonodes, and tonsils fragments obtained "intra-vitam" and "post-mortem". This was true by the isolation of the agent. Finally, this was confirmed as a result of serological (FC, precipitation antibodies) and immunocutaneous (sporotrichina, histoplasmina) tests made in affected patients.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ALMEIDA, F.; SAMPAIO, S. A. P.; LACAZ, C. S. & FER NANDES, J. C. — Dados estatísticos sobre a esporotricose — análise de 344 casos. *An bras. Derm. Sif.*, 1: 9-12, 1955.
2. ATTLEBERGER, M. H. — Subcutaneous and opportunistic mycoses. In: KIRK, R. W., ed. — *Current veterinary therapy*, 7. ed. Philadelphia, Saunders, 1983. p. 1177-1178.
3. BAXTER, D. L. — Superficial and deep mycotic infections. In: MOSCHELLA, S. L.; PILLSBURY, D. M. & HURLEY Jr., H. J., ed. — *Dermatology*. Philadelphia, Saunders, 1975. p. 692-695.
4. BIRGEL, E. H. — Hematologia clínica veterinária. In: BIRGEL, E. H. & BENESI, F. J., coord. *Patologia clínica veterinária*. São Paulo, Sociedade Paulista de Medicina Veterinária, 1982. p. 2-50.
5. CASTRO, R. M. — Prova da esporotriquina: contribuição para o seu estudo. *Rev. Inst. A. Lutz (S. Paulo)*, 20: 5-82, 1960.
6. FAVA NETO, C. — Estudos quantitativos sobre a fixação do complemento na blastomicose Sulamericana com antígenos polissacarídicos. *Arq. Cirurg. clin. exp.*, 18: 197-254, 1955.
7. FISCHMAN, O.; ALCHORNE, M. M. A. & PORTUGAL, M. A. S. C. — Human sporotrichosis following rat bite. *Rev. Inst. Med. trop. S. Paulo*, 15: 99-102, 1973.

8. FREITAS, D. C.; MIGLIANO, M. F. & ZANI NETO, L. — Esporotricose. Observação de caso espontâneo em gato doméstico. (*F. catus*, L.) **Rev. Fac. Med. vet. Univ. S. Paulo**, 5: 601-604, 1956.
9. FREITAS, D. C.; MORENO, G.; SALIBA, A. M.; BOTTINO, J. A. & MOS, E. N. — Esporotricose em cães e gatos. **Rev. Fac. Med. vet. Univ. S. Paulo**, 7: 381-387, 1965.
10. KNIGHT, D. H. — Heartworm disease. In: ETTINGER, S. J. — **Textbook of veterinary internal medicine: diseases of dogs and cats**. 2. ed. Philadelphia, W. B. Saunders, 1983. p. 1097-1124.
11. LEÃO, A. E. de A.; SILVA Jr., O. & PROENÇA, M. — Sur un cas de sporotricose à *Sporotrichum beurmanni* observé par la première fois chez un mulet à Rio de Janeiro. **C. R. Soc. Biol. (Paris)**, 116: 1157-1158, 1934.
12. LONDERO, A. T.; CASTRO, R. M. & FISCHMAN, O. — Two cases of sporotrichosis in dogs in Brazil. **Sabouraudia**, 3: 273-274, 1964.
13. MACDONALD, E.; EWERT, A. & REITMEYER, J. C. — Reappearance of *Sporothrix schenckii* lesions after administration of Solu Medrol<sup>®</sup> to infected cats. **Sabouraudia**, 18: 295-300, 1980.
14. MACEDO, M. M. & COSTA, E. O. — Ocorrência da esporotricose — infecção em animais da espécie bovina. **Rev. Fac. Med. vet. Zootec. Univ. S. Paulo**, 15: 59-68, 1978.
15. MELLO, A. — Um caso de esporotricose verrucosa por *Sporotrichum beurmanni*. **Rev. Indust. anim.**, 2: 305-314, 1935.
16. MIGLIANO, M. F.; FREITAS, D. C. & MORENO, G. — Esporotricose em cães. **Rev. Fac. Med. vet. Univ. S. Paulo**, 7: 225-235, 1963-64.
17. MOREIRA, E. C.; KASSAY, Y. & BARBOSA, M. — Esporotricose em asinino no Estado de Minas Gerais. **Arq. Esc. vet. Univ. Fed. M. Gerais**, 19: 189-191, 1967.
18. NUSBAUM, B. P.; GULBAS, N. & HORWITZ, S. N. — Sporotrichosis acquired from a cat. **J. Amer. Acad. Derm.**, 8: 386-391, 1983.
19. PIRATININGA, S. N. — Esporotricose em muar. **Rev. Fac. Med. vet. Univ. S. Paulo**, 2: 219-222, 1943.
20. PUPO, J. A. — Sporotricose no Brasil. **An paul. Med. Cirurg.**, 11: 200, 207, 1920.
21. READ, S. I. & SPERLING, L. C. — Feline sporotrichosis transmission to man. **Arch. Derm.**, 118: 429-431, 1982.
22. RICHARD, J. L. — Sporotrichosis. In: HUBERT, W. T.; McCULLOCH, W. F. & SCHNURENBERGER, P. R. — **Diseases transmitted from animals to man**. 6. ed. Springfield. Charles C. Thomas, 1975. p. 488-489.
23. RIEDDEL, R. W. — Permanent stained mycological preparation obtained by slide culture. **Mycologia**, 42: 265, 1950.
24. SALIBA, A. M.; MATERA, E. A. & MORENO, G. — Sporotrichosis in a chimpanzee. **Mod. vet. Pract.**, 49: 74, 1968.
25. SALIBA, A. M.; SOERENSEN, B. & MARCONDES VEGA, J. S. — Esporotricose em muar. **Biológico (S. Paulo)**, 29: 209-212, 1963.
26. SAMPAIO, S. A.; LACAZ, C. da S. & ALMEIDA, F. P. — Aspectos clínicos da esporotricose em São Paulo. Análise de 235 casos. **Rev. Hosp. Clin. Fac. Med. S. Paulo**, 9: 391-402, 1954.
27. SAMPAIO, S. A. P.; CASTRO, R. M. & RIVITTI, E. A. — **Dermatologia básica**. 2. ed. São Paulo. Artes Médicas, 1982.
28. SCHENCK, F. — On refractory sub-cutaneous abscesses caused by fungus, possibly related to the Sporotrichia. **Johns Hopk. Hosp. Bull.**, 9: 286, 1898.
29. SOUZA, J. J. — Esporotricose em cães. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE MEDICINA VETERINÁRIA. 7. Recife, 1957. **Anais**. p. 367-371.
30. SPLENDORE, A. & LUTZ, A. — Sobre uma micose observada em homens e ratos. (Contribuição para o conhecimento das assim chamadas esporotricoses). **Rev. med. S. Paulo**, 10: 433-450, 1907.
31. WADSWORTH, A. B. — **Standard methods of the Division of Laboratories and Research of the New York Department of Health**. Baltimore. Williams & Wilkins, 1947.

Recebido para publicação em 20/2/1989.