

# Esporotricose transmitida por *felis catus*: relato de 4 casos

Sporotricosis transmitted by *felis catus*: report of 4 cases

Izabella Botti Vilaça Martins<sup>a</sup>, Amanda Brandão Venturi<sup>a</sup>, Fellipe Lorencini Dondoni<sup>a</sup>, Andrielly Denadai<sup>b</sup>, Gabriel Souza Lorenzoni<sup>c</sup>, Karina Demoner Sarmenghi<sup>d</sup>, Maria das Graças Silva Mattede<sup>e</sup>



<sup>a</sup>Acadêmicos de Medicina/ Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM).

<sup>b</sup>Biomédica formada pela Faculdade Pio XII. Laboratório de Análises Clínicas Tommasi Ltda.

<sup>c</sup>Médico formado pela EMESCAM

<sup>d</sup>Mestre. Professora da EMESCAM- Serviço de Dermatologista do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória (HSCMV).

<sup>e</sup>Doutora /Universidad Autónoma de Asunción (UAA) – Professora da EMESCAM/ Universidade Federal do Espírito Santo aposentada (UFES)- Microbiologista do Laboratório de Análises Clínicas Tommasi Ltda.

**Corresponding author**  
graça\_\_@hotmail.com

Manuscrito recebido: novembro 2022  
Manuscrito aceito: dezembro 2022  
Versão online: julho 2023

## Resumo

**Objetivo:** Relatar 4 casos de esporotricose de transmissão zoonótica por *Felis catus*.

**Método:** Qualitativo, descritivo, retrospectivo, transversal de dados obtidos em prontuário médico e resultados laboratoriais arquivados no sistema computadorizado. Aprovado pelo CEP/EMESCAM sob número 4.239.032.

**Resultado:** O primeiro caso refere-se a mulher de 29 anos, com lesão ulcerada em terço inferior da face acometida por arranhaduras de gato domiciliar. No segundo caso trata-se também de pessoa do sexo feminino de 21 anos que sofreu arranhadura por gato diagnosticado com esporotricose e após coleta do material da lesão do 3º quirodáctilo direito. No caso número três, uma mulher de 51 anos, cuidou de gato de rua com esporotricose e desenvolveu uma lesão ulcerada na perna. O quarto caso, ocorreu em mulher de 60 anos que ao conviver com gato de rua apresentou linfangite ascendente característica da doença e realizada cultura das secreções das lesões. Em todos os quatro casos, do diagnóstico laboratorial, o exame macroscópico e microscópico das colônias em Ágar Sabouraud-glicose confirmou *Sporothrix schenckii* complex. Três pacientes foram tratadas com iodeto de potássio e uma com fluconazol e todas obtiveram cura.

**Considerações finais:** Os profissionais de saúde devem estar atentos quanto a presença de lesões clássicas, e principalmente a forma de transmissão por felinos associada ao diagnóstico laboratorial precoce com tratamento adequado para evitar sua disseminação.

**Palavras-chave:** Esporotricose; *Sporothrix schenckii*; *Felis catus*; Transmissão

**Como citar:** Martins IBV, Venturi AB, Dondoni FL, Denadai A, Lorenzoni GS, Sarmenghi KD, Mattede MGS. Sporotricosis transmitted by *felis catus*: report of 4 cases. *Clinics Biopsychosocial*. 2023; 01(1):64-69.

## ● INTRODUÇÃO

A esporotricose é uma doença fúngica subcutânea negligenciada de humanos e animais. Causada por um fungo dimorfo,<sup>1</sup> geofílico e sapróbio,<sup>2</sup> denominado de *Sporothrix schenckii*, cujo complexo é composto de: *S. albicans*, *S. brasiliensis*, *S. globosa*, *S. luriei*, *S. mexicana*, *S. pallida*, *S. gossypina* e *S. inflata*. As espécies são amplamente distribuídas na natureza, principalmente em solos ricos em matéria orgânica em decomposição, folhas secas, espinhos de plantas, madeira e musgo. Ocorre em todo o mundo, considerado cosmopolita, principalmente em zonas tropicais e subtropicais, sendo na América latina, a micose subcutânea mais comum.<sup>3</sup> É considerada endêmica no Brasil, no estado do Rio de Janeiro, no qual houve um exponencial aumento de casos a partir dos anos 2000.<sup>1</sup>

Classicamente, sua transmissão se dá por inoculação traumática com plantas ou solos contaminados com o fungo na forma filamentosa. Cães, gatos, ratos e tatus também podem transmitir por arranhadura ou mordedura, sendo o gato a espécie mais associada à transmissão zoonótica, devido à grande quantidade de fungos filamentosos nas unhas e cavidade oral, pelos hábitos felinos.<sup>1</sup>

A ocorrência desta doença é predominantemente associada às pessoas que lidam com solos e plantas, principalmente em áreas rurais. Também tem sido relatada a infecção em profissionais que lidam com gatos, como veterinários e assistentes, sendo que o animal pode também apresentar a doença por inoculação e pode ocorrer, ainda, surtos familiares em mais de um dos componentes da residência. Não há fatores individuais predisponentes para a esporotricose, podendo acometer ambos os sexos e qualquer faixa etária.<sup>4</sup>

A apresentação clínica clássica é uma lesão eritematosa, próxima ao local de inoculação, com progressão para nódulos eritematosos, úlceras e aparecimento de novas lesões similares ascendendo nos vasos linfáticos. As lesões cutâneas necessitam ser diferenciadas de outros diagnósticos, como tuberculose cutânea, blastomicose, leishmaniose cutânea, nocardiose, cromoblastomicose e micobacterioses (infecções por *Mycobacterium spp.*) atípicas de crescimento rápido. Esporotricose osteoarticular, pode envolver uma ou várias articulações e causar tenossinovite e bursite granulomatosas, e esporotricose pulmonar, causada pela inalação de conídios, são formas raras de manifestações da doença.<sup>5</sup> A infecção sistêmica, pulmonar, síndrome de oculoglandular de Parinaud e a meningite por *Sporothrix spp.* também são apresentações raras e podem ocorrer, com maior frequência, pacientes imunossuprimidos.<sup>6</sup>

Para diagnosticar corretamente, é necessária a correlação clínica, epidemiológica e laboratorial.<sup>7</sup> O padrão-ouro para diagnóstico é a cultura e isolamento do fungo em meios Ágar Sabouraud - glicose e Mycosel, comprovando o dimorfismo.<sup>8</sup> Os materiais biológicos são obtidos por biópsia, pus gomoso ou secreção de lesões cutâneas e, no caso de esporotricose sistêmica, por outras secreções corporais como o líquido cefalorraquidiano (LCR) e escarro.<sup>5</sup>

A primeira linha de tratamento por anos foi a solução saturada de iodeto de potássio, entretanto, só é efetivo para as formas cutânea e linfocutânea.<sup>5</sup> Os derivados azólicos (itraconazol, cetoconazol, fluconazol), por atuarem nas diversas formas de esporotricose, são as drogas mais utilizadas, sendo o itraconazol o antifúngico de escolha<sup>6</sup> e a anfotericina B é utilizada em pacientes severamente acometidos.<sup>9</sup> A terbinafina pode ser empregada em casos de intolerância ou ausência de resposta ao itraconazol. O objetivo é relatar 4 casos de esporotricose envolvendo a transmissão zoonótica por gatos.

## ● MÉTODO

A análise foi qualitativa, retrospectiva, transversal de documentos arquivados sobre os 4 Relatos de Casos, no Serviço de Dermatologia do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória (HSCMV), situado na Rua Doutor João dos Santos das Neves, 143 – Vila Rubim, Vitória – ES, 29025-023, e no Laboratório de Análises Clínicas Tommasi, situado na Avenida Luciano das Neves, 1807 - Centro de Vila Velha, Vila Velha - ES, 29100-060. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Emescam com Parecer Consubstanciado N° 4.239.032.

## ● RELATOS DOS 4 CASOS

**Caso 1-** M.S.P, 29 anos, sexo feminino, sem comorbidades, compareceu ao ambulatório de dermatologia do Hospital da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (HSCMV) no dia 31 de agosto de 2020 com lesão devido à arranhadura de gato, na região mandibular esquerda há 40 dias. Relata que o gato foi diagnosticado com esporotricose. Procurou atendimento com dermatologista fazendo uso, sob prescrição médica, de cetoconazol por 14 dias e prednisona por 4 dias. Evoluiu com piora da hiperemia e prurido intenso após início da medicação. Ao exame físico apresentava lesão ulcerada no terço inferior da face, infiltrada, com bordas bem delimitadas, de aproximadamente 3 cm e com fundo limpo. Além disso, havia placa hiperemiada, descamativa que se estendia na face, região cervical e ombro esquerdo (Figura 1).



**Figura 1:** lesão ulcerada em terço inferior da face, infiltrada, com bordas bem delimitadas, de aproximadamente 3 cm e com fundo limpo. Placa hiperemiada, descamativa que se estende na face, região cervical e ombro esquerdo. Fonte: Arquivo do Serviço de Dermatologia do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória. Dra<sup>a</sup> Karina Demuner Sarmenghi

Foi orientada a interromper o uso do cetoconazol e prednisona, iniciar hixizine e corticoide tópico na área hiperemiada, além de retornar em 14 dias. O exame laboratorial do pus gomoso por cultura em Ágar Sabouraud-glicose revelou características macroscópica e microscópica de *S. schenckii* complex, confirmando o diagnóstico de esporotricose.

Desta forma, a paciente retorna após 14 dias e inicia tratamento com iodeto de potássio cinco gotas, três vezes ao dia por 15 dias e, após, 10 gotas três vezes ao dia. Trinta dias depois, voltou ao ambulatório para seguimento e percebe-se que tanto a lesão, como a placa hiperemiada descamativa obtiveram grande melhora. Ao exame físico: lesão em cicatrização de aproximadamente 1,5 cm em terço inferior da face esquerda, eritema puntiforme convalescente na face, região cervical e ombro esquerdo, ausência de linfonodomegalias palpáveis. Orientada a manter tratamento e a retornar em 30 dias novamente, para acompanhamento.

**Caso 2-** M.O.S, 21 anos, sexo feminino, sem comorbidades, residente em Vila Velha, trabalha como autônoma, foi admitida no ambulatório de Dermatologia do HSCMV no dia 05 de setembro de 2019, referindo lesão na mão direita após arranhadura de gato de rua, em 11 de agosto de 2019.

Inicialmente, a lesão apresentava aspecto papuloso e evoluiu com ulceração. Além disso, apresentava nódulos avermelhados ascendentes em membro superior direito e dor em região axilar ipsilateral. Seu pai, que reside com a paciente, apresentou lesões semelhantes após mordedura de gato. Relata que o Centro de Zoonoses confirmou diagnóstico de Esporotricose no gato, o qual foi a óbito. O exame físico do primeiro contato com a paciente revelou úlcera de fundo limpo e bordas eritematosas na raiz de terceiro quirodáctilo direito e ausência de linfonodomegalias.

A biópsia incisional da lesão da mão direita, do dia 05 de setembro de 2019, evidenciou dermopaniculite granulomatosa ulcerada. As colorações especiais de Grocott e PAS resultaram negativas para fungos na amostra. Embora não detectados elementos fúngicos, os achados histopatológicos permitem real correlação para a hipótese clínica de Esporotricose. O material biológico da lesão foi semeado em Ágar Sabouraud-glicose, confirmando a presença de *S. schenckii* complex.

A paciente fez uso de iodeto de potássio 20g diluído em água destilada 20 ml, 10 gotas 1 vez ao dia por 15 dias, seguido de 20 gotas, uma vez ao dia, por um período de 3 semanas. Retornou no dia 04 de novembro de 2019 para reavaliação, referindo seguir corretamente o tratamento proposto e melhora significativa da lesão na mão direita. Ao exame físico, foi visualizada uma pequena mancha levemente eritematoviolácea com cicatriz central (local prévio de biópsia) na raiz de terceiro quirodáctilo direito, sem sinais de infiltração. Ausência de linfonodomegalias à palpação. Portanto, foi orientado retorno caso surgimento de alterações da lesão e suspenso iodeto de potássio.

**Caso 3-** I.N.E, 51 anos, sexo feminino, sem comorbidades e alergias, realizou a primeira consulta em 30 de abril de 2020, no ambulatório de Dermatologia do HSCMV, referindo aparecimento de uma lesão vesicular na região da perna direita há cerca de 1 mês. Relatou ainda que, após retirada manual da lesão, houve início de um prurido local com saída de secreção amarelada, além de aumento da ulceração.

A paciente relatou não se recordar de insetos que haviam picado e outros ferimentos semelhantes, porém cuidou de gatos de rua que vivem próximo a sua casa. Refere também ter feito uso de alguns medicamentos como cefalexina, ceftriaxona, benzetacil, itraconazol e mupirocina pomada no local. Ao exame físico da admissão, apresentava lesão ulcerada de 4 cm com bordas hiperocrômica, bem delimitadas e infiltradas, com tecido de granulação e saída de secreção amarelada na região posterior da perna direita. A mesma foi orientada a realizar cuidados locais com óleo de girassol e tratamento com amoxicilina e clavulanato, com retorno em 15 dias para avaliação.

No dia 21 de maio de 2020, retornou para realização de uma biópsia incisional da lesão na perna direita e o material foi enviado para o anatomopatológico. Além disso, foi contactado o laboratório para coleta de material de pesquisa para esporotricose. Após 2 meses, a paciente retornou para apresentar resultado do histopatológico e, também, referindo permanência da saída da secreção amarelada nas bordas da lesão. O resultado revelou dermatite mista granulomatosa supurativa, com sinais focais de exulceração. As colorações especiais de Grocott e PAS resultaram negativas. Os achados favorecem a hipótese clínica da doença. A cultura do material biológico em Ágar Sabouraud-glicose confirmou *S. schenckii*.

Ao exame físico do retorno, apresentava lesão verrucosa de cerca de 4 cm com bordas hiperocrômicas, bem delimitadas e infiltradas, além de pápulas com sinais centrais de esclerose na região posterior da perna direita. Nesse mesmo dia, foi prescrito o tratamento com iodeto de potássio como orientado para o Caso 2 e foram realizadas orientações sobre o diagnóstico, além de continuação do seguimento mensal da afecção.

**Caso 4-** M.L, 60 anos, sexo feminino, procurou a Unidade Básica de Saúde (UBS) no dia 06 de setembro de 2019 apresentando numerosos nódulos e linfangite ascendente no membro superior direito (Figura 2), alguns nódulos com drenagem espontânea de secreção purulenta, com início há dois meses, após ser mordida por gato de rua. Estava em uso de terceiro esquema antimicrobiano de sulfametoxazol-trimetoprim, devido a manutenção do quadro, após uso de cefalexina seguida de amoxicilina-clavulanato.

No exame físico admissional, não foram identificadas linfonodomegalias e febre. Em membro superior direito apresentava 4 lesões ulcerativas vegetantes por toda circunferência do antebraço. Lesão de maior diâmetro, localizada na mão direita, com 3 cm. Bordas das lesões elevadas e com fundo granuloso, sujo, de aspecto



**Figura 2:** Linfangite ascendente em membro superior direito. Fonte: Arquivo do Dr. Gabriel Souza Lorenzoni

purulento gomoso. Numerosos nódulos no antebraço, um com drenagem espontânea, outro com ponto de flutuação e os demais duros, sem aspectos flogísticos.

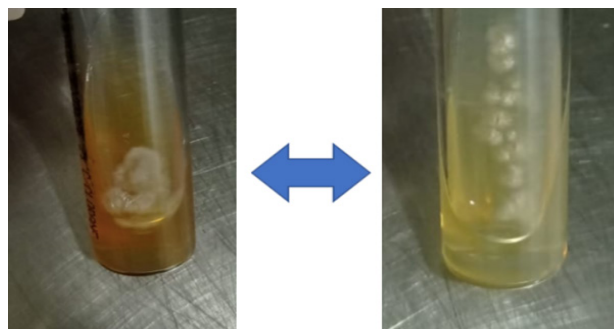
O exame laboratorial micológico de cultura para investigar a presença de *S. schenckii* confirmou o diagnóstico. Devido a falta do antifúngico de escolha (itraconazol) na UBS, foi iniciado tratamento com fluconazol apresentando melhora visível das lesões cutâneas com um mês do início da medicação. Apesar da boa resposta das lesões ao medicamento, a paciente apresentou aumento de creatinina de 1,2 para 1,7 e diminuição da taxa de filtração glomerular em aproximadamente dois meses, sendo necessário o cálculo da dosagem de fluconazol, diminuindo de 3 comprimidos para 2 comprimidos por dia e paciente foi encaminhada para ambulatório especializado em doenças infecciosas.

### Diagnóstico laboratorial dos 4 casos de esporotricose

Recomenda-se fazer a coleta do material em ambiente desinfetado e confortável para o paciente, com instrumentos estéreis para coleta, meios de cultura para semeadura do fungo com teste de esterilidade comprovada, profissional micologista habilitado com experiência na coleta de material para esporotricose e procedimentos de assepsia que podem garantir o desenvolvimento das colônias de *Sporothrix* spp. com a ausência de fungos contaminantes ambientais.

A secreção purulenta do gânglio flutuante ou da lesão cancróide, após colhida, pode ser corada e visualizada em microscopia óptica 1000x e observa-se a célula leveduriforme discreta associada a corpúsculo asteróide (fenômeno de Splendore e Hoeppli), de formas alongadas que se confundem com leucócitos (navete ou cigar bodies) circundado de material eosinofílico. Porém, o exame de microscopia direta possui baixa sensibilidade e o diagnóstico somente é conclusivo com a cultura positiva para o gênero *Sporothrix*.

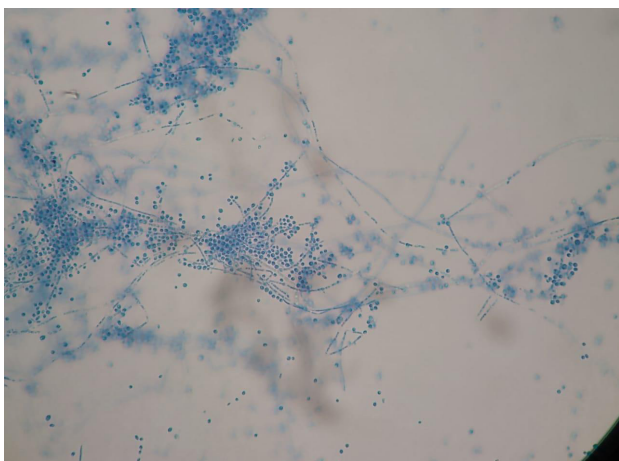
A forma parasitária é leveduriforme e a infectante é filamentososa. A forma filamentososa se diferencia com conidióforos em forma de pétalas, lembrando uma flor tipo margarida com hifas finas e septadas. Enquanto a forma leveduriforme apresenta uma colônia típica de aspecto butirosa e creme. O Meio de cultura Mycosel (evidencia a estrutura filamentososa) quando incubado à temperatura ambiente (TA) entre (25°C-30°C) e Ágar Sabouraud-glicose (evidencia a colônia leveduriforme) na temperatura de 37°C. O tempo deste desenvolvimento pode se estender entre quatro até 30 dias. Assim, ambos os meios de cultura após semeaduras da secreção purulenta dos respectivos pacientes foram incubados por quatro dias até quatro semanas, em observações periódicas. Pesquisas das espécies demonstram que as colônias podem possuir aspecto membranoso, de coloração branca a bege com halo enegrecido, ou totalmente pretas desde o início.<sup>11</sup> O *Sporothrix* spp. apresenta dimorfismo térmico entre 25 a 30° C e desenvolve aspecto macroscópico de forma filamentososa na TA com as colônias de cor variável do cinza claro ao cinza escuro até a negra. O pigmento poderá ser intensificado em culturas mais velhas como apresentado na Figura 3. Estas diferenças colaboram para a determinação de espécies. Porém, até o momento não influencia no tratamento.



**Figura 3:** Colônia à esquerda em ágar Mycosel de aspecto filamentososo entre 1 a 2 semanas de *Sporothrix* spp. Colônia à direita em ágar Sabouraud-glicose de aspecto leveduriforme apresentando dimorfismo na temperatura de 36,5°C. Fonte: Micoteca do Laboratório de Análises Clínicas Tommasi. Vila Velha. ES. Brasil- Biomédica Andrielly Zanque Denadai e Dra<sup>a</sup> Maria das Graças Silva Mattede.

Após a análise macroscópica das colônias sugestivas, é realizado o exame microscópico da estrutura fúngica de duas formas: o exame direto da cultura e o exame direto pela técnica de RIDDEL. Ambos devem confirmar a presença de hifas finas e conidióforos em forma de margarida, que se tornam mais evidentes com coloração à fresco com Azul de Poirier, de acordo com a figura 4.

O gênero *Sporothrix*, possui a espécie específica *S. schenckii* complex com suas espécies e subespécies que, normalmente são identificadas por técnica de biologia molecular ou em aparelhos de automação. Em todos os casos de transmissão felina a pesquisa no material biológico do paciente com cultura específica para esporotricose revelou fungo dimorfo com característica microscópica e macroscópica de *Sporothrix schenckii*.



**Figura 4:** Microscopia óptica 400x da forma filamentosa clássica do *Sporothrix schenckii* cultivado à T. A. no Ágar Mycosel. Fonte: Microscopia 400x do *Sporothrix schenckii* complex do resultado realizado no Laboratório de Análises Clínicas Tommasi. Vila Velha. ES. Brasil. Imagens cedidas do Farmacêutico Rodrigo de Oliveira Neves

## ● DISCUSSÃO

A doença é uma micose de apresentação cutânea, subcutânea ou sistêmica, podendo evoluir da forma subaguda a crônica, e as clínicas mais frequentes são a cutânea localizada e a cutânea-linfática. Pode ser classificada como doença de cunho ocupacional, em que floristas, agricultores e jardineiros assumem o risco de contágio da doença. Entretanto, estão mais propensos os profissionais que lidam com animais contaminados, como os veterinários e técnicos. A respeito da transmissão em condições não ocupacionais, tornam-se relevantes na epidemiologia, tanto o trauma após contato com plantas e areia quanto o contato direto com as lesões do felino enfermo, o que proporciona a contaminação.

Os pacientes presentes neste estudo foram infectados por mordedura ou arranhadura de gatos contaminados. Tais animais possuem um papel importante na transmissão da doença, principalmente os não castrados e de livre acesso à rua, uma vez que suas lesões cutâneas possuem uma grande quantidade de células fúngicas infectantes, caracterizando-os como notável fonte de infecção.<sup>12</sup>

## ● REFERÊNCIAS

1. Falcão EMM, de LFJ, Berilo J, Campos DP, do Valle ACF, Bastos FI, Gutierrez-Galhardo MC et al. Hospitalizações e óbitos relacionados à esporotricose no Brasil (1992-2015). *Cad. Saúde Pública*. 2019; 35 (4): e00109218.
2. Bazzi T, Melo SMP, Figueira RA, Kommers GD. Características clínico-epidemiológicas, histomorfológicas e histoquímicas da esporotricose felina. *Pesquisa Veterinária Brasileira*. 2016 . 36 (4): 303-311.
3. Montenegro H, Rodrigues AM, Dias MAG, da Silva EA, Bernardi F, de Camargo ZP. Feline sporotrichosis due to *Sporothrix brasiliensis*: an emerging animal infection in São Paulo, Brazil. *BMC Veterinary Research*. 2014. 10 (269)
4. da Silva MBT, Costa MMM, Torres CCS, Galhardo MCG, do Valle ACF, et al. Esporotricose urbana: epidemia negligenciada no Rio de Janeiro, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*. 2012. 28 (10): 1868-1880.
5. Kauffman CA, Bustamante B, Chapman SW, Pappas PG, Infectious Diseases Society of America. Clinical Practice Guidelines for the Management of Sporotrichosis: 2007 Update by the Infectious Diseases Society of America. *Clinical Infectious Diseases*. 2017. 45 (10): 1255-1265.

Conforme relatado no caso 4, a paciente foi acometida pela forma cutânea/linfática da esporotricose, a apresentação mais comum, correspondendo 70% a 80% dos casos. A clínica é caracterizada por uma lesão primária ulcerada que dá origem a outras lesões gomosas, seguindo o caminho linfático; os gânglios proximais às lesões secundárias vão se ulcerando à medida que a infecção evolui para cronicidade, dando aspecto de linfangite nodular ascendente ou descendente em 80% dos casos não tratados. Inicialmente, pode ocorrer a ausência de linfangite e depois de uma semana a 15 dias ter seu aparecimento em outro local, devido a disseminação hematogênica.<sup>11</sup>

Os esquemas de tratamento devem ser avaliados paralelamente a situações como o custo, facilidade de administração, perfil de segurança e se a infecção é local ou disseminada.<sup>1</sup> Apesar de seu alto custo, o itraconazol tornou-se a droga de escolha para variedades cutâneas (fixa e linfocutânea) e osteoarticulares da doença, com taxas de sucesso variando entre 90 e 100%.<sup>10</sup>

Segundo o estudo “Hospitalizações e óbitos relacionados à esporotricose no Brasil (1992-2005)”, os estados com maior número de hospitalizações por esporotricose foram Rio de Janeiro, São Paulo e Goiás, com 250, 128 e 69 casos, respectivamente,<sup>1</sup> apesar dos poucos relatos sobre a doença, atualmente, no estado do Espírito Santo, relatou-se 171 casos de 1982 a 2012.<sup>13</sup>

## ● CONSIDERAÇÕES FINAIS

Atualmente, não há medidas tão específicas para o controle desta micose, o número de profissionais de saúde capacitados é insuficiente e a indisponibilidade de exames na rede pública de saúde resulta em retardo de diagnóstico e a cultura do fungo é o padrão de diagnóstico definitivo de esporotricose. O gato pode ser considerado um animal de potencial característica para estudos zoonóticos. Fatores ocupacionais geram prejuízos sociais, reclusão e afastamento das atividades no trabalho, além de predispor à esporotricose extra cutânea. Desta forma, torna-se necessário um trabalho multidisciplinar que tenha como objetivo alocar conhecimento e investimento para relacionar as condições socioambientais na transmissão do fungo *S. schenckii*.

6. Heidrich D, Senter L, Valente P, Stopiglia CDO, Vetoratto G, Scroferneker ML. Sucesso terapêutico da terbinafina em um caso de esporotricose. *Anais Brasileiros de Dermatologia*. 2011. 86 (4): 182-185.
7. Barros MBL, Paes RA, Schubach AO. *Sporothrix schenckii* and Sporotrichosis. *Clinical Microbiology Reviews*. 2011. 24 (4): 633-654.
8. Furtado LO, Biancardi AL, Cravo LMS, Anjo RPP, Junior HVM. Esporotricose ocular: manifestações atípicas. *Revista Brasileira de Oftalmologia*. 2019. 78 (1): 60-61 Rio de Janeiro, v. 78, n. 1, p. 60-61, fev./2019.
9. Kauffman CA, Marr KA, Kaplan SL, Mitty J. Treatment of sporotrichosis. *Uptodate*. 2019.
10. Mahajan, VK. Sporotrichosis: An Overview and Therapeutic Options. *Dermatology Research and Practice*. 2014. 2014 (27237): 2-13.
11. Mattede, MGS. *Micologia Clínica e Laboratorial*. 1ª ed. Vitória, ES: Grafitusa; 2018.
12. Almeida AJ, Reis NF, Lourenço CS, Costa NQ, Bernardino MLA, Vieira-da-Motta O. Esporotricose em felinos domésticos (*Felis catus domesticus*) em Campos dos Goytacazes. 2018. 38 (7): 1438-1443.
13. Caus, ALO. Esporotricose no estado do Espírito Santo: um estudo de três décadas. Vitória: Universidade Federal do Espírito Santo, 2013. Dissertação de mestrado em Doenças Infecciosas.

### Abstract

**Objective:** To report 4 cases of sporotrichosis with zoonotic transmission by *Felis catus*.

**Method:** Qualitative, descriptive, retrospective, cross-sectional data obtained from medical records and laboratory results filed in the computerized system. Approved by CEP/EMESCAM under number 4.239.032.

**Result:** The first case refers to a 29-year-old woman, with an ulcerated lesion in the lower third of the face affected by scratches from a domestic cat. In the second case, it is a 21-year-old female who was scratched by a cat diagnosed with sporotrichosis and after collection of material from the lesion on the 3rd right finger. In the third case, a 51-year-old woman took care of a stray cat with sporotrichosis and developed an ulcerated lesion on her leg. The fourth case occurred in a 60-year-old woman who, when living with a stray cat, presented ascending lymphangitis characteristic of the disease and a culture of the secretions from the lesions was performed. In all four cases, from laboratory diagnosis, macroscopic and microscopic examination of colonies on Sabouraud-glucose Agar confirmed *Sporothrix schenckii* complex. Three patients were treated with potassium iodide and one with fluconazole and all were cured.

**Final considerations:** Health professionals should be aware of the presence of classic lesions, and especially the form of transmission by felines associated with early laboratory diagnosis with adequate treatment to prevent its dissemination.

**Keywords:** Sporotricosis; *Sporothrix schenckii*; *Felis catus*; Transmission