

Blastomicose Sul-Americana: descrição de um caso com lesões cutâneas, nasais e envolvimento do trato uveal posterior

Sônia Regina A. Alves Pinheiro *; Fernando Oréfice **; Eduardo Marques Mason ***

INTRODUÇÃO

A Blastomicose Sul-americana ou paracoccidioidomicose, é uma micose profunda produzida por um fungo dimorfo, o **Paracoccidioides brasiliensis**. Limita-se, geograficamente, à América do Sul, principalmente ao Brasil, com predominância na zona rural, entre adultos de 20-50 anos do sexo masculino, que desempenham profissão de lavrador ou correlata. Poucos casos são descritos nos países distantes das áreas endêmicas como na Alemanha, Itália e Estados Unidos.

Descrita primeiramente no Brasil por Adolfo Lutz em 1908, posteriormente em 1912, Afonso Splendore descreveu com precisão o quadro clínico desta micose e após minucioso estudo do parasita causador das lesões denominou-o **Zymonema brasiliense**. Em 1930, Floriano de Almeida deu o nome de Paracoccidioides ao gênero do parasita e revalidou a espécie brasiliense de Splendore denominando então o agente da Blastomicose Sul-americana de **Paracoccidioides brasiliensis**.

O **Paracoccidioides brasiliensis** varia sua morfologia de acordo com seu estado de parasitismo ou saprofitismo. No estado de parasitismo apresenta-se sob a forma de células esféricas, isoladas ou agrupadas, com membrana de duplo contorno, refringente; ou ainda, sob aspecto comparado a "roda de leme". No estado sarofítico encontra-se como filamento miceliano septado.

Não possui animal reservatório. Admite-se que as plantas e o solo sejam os reservatórios naturais.

Caracteriza-se por lesões do tipo granulomatoso, afetando a pele, mucosas, gânglios, vísceras e sistema nervoso.

Admite-se que a porta de entrada seja a mucosa bucofaringeana e ainda por analogia com outras micoses profundas, e pela existência da forma pulmonar da Blastomi-

cose Sul-americana deve-se admitir a via respiratória como importante e talvez a mais freqüente porta de entrada do fungo no organismo humano. A localização anorectal da paracoccidioidomicose tem sido considerada por muitos autores e em determinados casos, como porta de entrada. Se atribui o fato, ao costume das pessoas que moram no campo, de utilizar folhas vegetais para a limpeza anal. A contaminação pela pele é muito rara, com exceção nas formas cutâneas puras ou primárias da doença. Parece haver necessidade de solução de continuidade da pele para que haja penetração do agente etiológico. Além de produzir lesões na porta de entrada, apresenta tendência a disseminação que se faz por via linfática, por via sanguínea, por continuidade e canalicular. O agente tem predileção pelo sistema linfático.

O presente relato é de uma paciente portadora de Blastomicose Sul-americana com acometimento ocular.

DESCRIÇÃO DO CASO (BLASTOMICOSE)

N.F.C., 22 anos de idade, sexo feminino, solteira, falodérmica, doméstica, residente em Lavras (MG), procurou o Serviço de Oftalmologia da U.F.M.G., em 08 de julho de 1986, queixando de lacrimejamento no olho direito. Encontrava-se internada no Hospital das Clínicas para tratamento de Paracoccidioidomicose cutâneo mucosa e pulmonar. Apresentava lesões vegetantes na região periorbital e paranasal com invasão da pálpebra inferior direita e orelhas. O quadro havia iniciado aos 19 anos e já havia ficado internada 3 vezes na Santa Casa de Belo Horizonte e 2 vezes em Lavras para tratamento da mesma moléstia, com recidivas das lesões após aproximadamente 6 meses da alta. Relatava ser hipertensa desde os 17 anos, sob controle, usando Dihid-

* Assistente Voluntária do Serviço de Uveíte da Faculdade de Medicina da U.F.M.G.

** Chefe do Serviço de Uveíte da Faculdade de Medicina da U.F.M.G.

*** "Fellow" em Plástica Ocular do CRT-Ens. Pesq. Assist. Oftalm. "Dr. Américo Gasparini" — (Clínica de Olhos — Hospital Felício Rocho — Belo Horizonte).

Endereço para correspondência: Prof. Dr. Fernando Oréfice — R. Espírito Santo 1634/102 — CEP 30.160 — Belo Horizonte, MG.

droclorotiazida. Teve derrame pleural em 1983 com recidiva em 1985.

História familiar: mãe hipertensa. Ao exame físico a paciente apresentava-se lúcida, deprimida, mucosas coradas, hidratada. Presença de lesões crostosas com odor fétido e secreção amarelo-sangüinolenta em toda a região nasal, paranasal e pálpebra inferior direita e lobos de ambas as orelhas. Aparelho respiratório com murmúrio vesicular diminuído globalmente, diminuição bilateral da expansibilidade, frequência respiratória de 24 i.r./min, crepitações no 1/3 médio do hemitórax direito. Aparelho cardiovascular, aparelho digestivo e gênito-uritário aparentemente normais.

Ao exame otorrinolaringológico foi encontrado: lesões na região nasal, vestíbulo e lóbulos das orelhas. A rinoscopia: mucosa dos cornetos e septos normais. Foi colhido secreção de pústula nasal com pesquisa positiva para paracoccidioidomicose.

O exame oftalmológico mostrou acuidade visual de 20/200 no olho direito melhorando para 20/30 com lentes corretoras e 20/20 no olho esquerdo. Reflexos pupilares, motilidade ocular e pressão intra-ocular normais.

A ectoscopia apresentava ectrópio cicatricial da 1/2 interna da pálpebra inferior direita com formação de epicanto. Lagofalmo de mais ou menos 1mm no olho direito. Lesão cicatricial na região nasal e maxilar direito e esquerdo (Fig. 1).



Fig. 1 — Lesões cicatriciais na pálpebra inferior direita, região nasal e maxilar direito e esquerdo.

O exame biomicroscópico estava normal em ambos os olhos e à oftalmoscopia encontrou-se no olho direito uma lesão de coriorretinite, grande, ocupando o quadrante temporal inferior, tipo granulomatosa (Fig. 2). Não foi encontrada nenhuma lesão no olho esquerdo.



Fig. 2 — Retinografia "montagem" mostrando lesão de coriorretinite grande, granulomatosa, como mostra a seta.

Exames complementares:

Hemograma: hemácias: 4.600.000/mm³; hemoglobina: 13.4g%; hematócrito: 42%; Leucócitos: 12.000/mm³; Bastonetes: 1%; Segmentados: 83%; Linfócitos: 16%; Monócitos: 0%; Eosinófilos: 0%; Basófilos: 0%.

Exames bioquímicos:

Uréia: 54mg%; creatinina: 1.85mg%; Cloretos: 105meg/L; Sódio: 136 meg/L; Potássio: 52meg/L.

Exame de urina:

Volume: 10ml; densidade: 1012; reação pH 5,0; elementos anormais: proteínas: traços; hemoglobina; traços.

Segimentoscopia: epitélios: 4 p/c; hemácias: 2p/c; leucócitos: 2p/c; cristais 0; cilindros hialinos simples; flora ++.

Reação de PPD: não reator.

Sorologia para Paracoccidioidomicose: reação de imunofluorescência: negativa; reação de fixação de complemento: positiva 1/32.

Rx de tórax: apresentava uma baixa transparência pulmonar do lóbo superior esquerdo e redução do seio costofrênico esquerdo em PA.

Laudo anatomopatológico e citológico: natureza do material: granuloma de vestibulo nasal.

Microscopia: cortes histológicos de pele acantótica mostrando na derme intenso e difuso infiltrado inflamatório granulomonuclear, com numerosos plasmócitos associado a congestão, hemorragia recente e necrose. Observa-se também, exsudato granulocítico e colônias bacterianas do tipo cocóide. Presença no interior de histiócitos de fungos arredondados com parede espessa e refringente. **Conclusão:** Paracoccidioidomycose (Fig. 3).

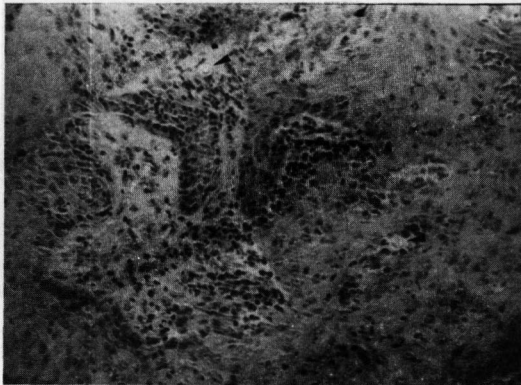


Fig. 3 — Corte histológico evidenciando fungos arredondados com parede espessa e refringente, como mostra a seta.

Foi instituído tratamento com Anfoterina-B na dose total de 3150 mg, Rifampicina e Sulfametoxazol-Trimetropim, com evolução satisfatória do quadro, recebendo alta com regressão das lesões faciais.

COMENTÁRIOS

Nossa paciente sofria de uma forma grave, disseminada e recorrente de Blastomycose Sul-americana com lesões cutâneas, mucosas e pulmonares.

As manifestações clínicas podem ser divididas em tegumentares ou cutâneo-mucosas e extra-tegumentares. A forma tegumentar é caracterizada pela presença de úlceras rasas, granulosas, de cor vermelho vivo, denominadas "estomatite moriforme" de Pupo (1936) podendo também ser encontrados outros tipos de lesões tegumentares como o lábio trombiforme, a escrofulodermatite e lesões cutâneas secundárias. A forma extra-tegumentar caracteriza-se pelo acometimento ganglionar, do aparelho digestivo, do aparelho respiratório, do aparelho circulatório, das glândulas de secreção interna do sistema nervoso central

e do esqueleto. Os gânglios geralmente atingidos são os cervicais e submandibulares; além desses, os supraclaviculares, axilares e inguinais. No aparelho digestivo tem sido relatados casos de lesões no fígado, baço e intestinos. Pode haver hepato-esplenomegalia, fígado de consistência aumentada e com lesões nodulares ou difusas. A incidência de lesões pulmonares é elevada, mais de 50% (Azulay, 1950), variando de acordo com o tempo de evolução da doença. O acometimento pulmonar se caracteriza por escassos sintomas funcionais, passando às vezes despercebidos, obrigando a realização de um Rx de tórax sistemicamente. Aloísio de Paula (1962) leva em consideração o fato de que a ausência de alteração radiológica não significa ausência de lesão pulmonar. Geralmente, o acometimento é bilateral, com topografia basal e para-hilar com lesões micronodulares, fibróticas, geralmente simétricas. Trabalhos experimentais de MacKinnon (1959), apoiam uma porta de entrada pulmonar com eventual disseminação por via hemática. As manifestações cardíacas são extremamente raras, entretanto, é relatado embolia parasitária e lesão granulomatosa do miocárdio (Fialho, 1962).

Segundo Del Negro (1961), a Blastomycose deve ser admitida, entre nós, como causa importante e não rara de síndrome de Addison; outras formas de acometimento endócrino incluem a hipófise e a tireóide. Lesões nodulares foram encontradas nos núcleos da base, no cérebro e cerebelo (Penna de Azevedo, 1949); o Sistema Nervoso Central pode ser envolvido, também por meningite, meningoencefalite e meningoradiculite crônica.

O acometimento ocular é raro, mas pode produzir lesões palpebrais, conjuntivite, úlceras corneanas e uveíte. Segundo Lee Vida (1974), cerca de 25% dos casos têm lesões palpebrais secundárias. Apresentam-se como lesões granulosas ulceradas com pontilhado hemorrágico, que podem acometer e destruir os ductos lacrimais. Há um aspecto carcinomatoso, com enfartamento do linfonodo pré-auricular. A conjuntiva bulbar apresenta-se hiperêmica, com secreção mucopurulenta devido a contaminação bacteriana secundária, hipertrofia folicular assemelhando-se ao tracoma. Yalour et al (1935) relata uma úlcera corneana do tipo serpinginoso com hipópio e infiltração marginal.

O nosso interesse é correlacionar as alterações uveais do nosso caso com os da literatura. Em nosso caso, a alteração uveal passou despercebida durante a fase aguda da doença, pois a paciente não apresentou

queixa de dor ocular ou orbitária, olho vermelho, fotofobia e lacrimejamento, mostrando que as alterações uveais são de evolução lenta e não problemática, como mostram os casos de Dantas et al (1963), Brick (1969); Dantas et al (1971); Conti-Diaz (1960) e Bonomo e cols. (1982), que relatam um caso de granuloma da coróide, a não ser nos casos de panoftalmite ou endoftalmite severas.

A severidade e a frequência de lesões oculares em trabalhos experimentais, com inoculação de cultura do *P. brasiliensis* intra-cardíaco (Conti-Diaz, 1964), sugere disseminação hemática do fungo, que pode ocorrer em estágios septicêmicos da blastomicose humana.

RESUMO

Os autores descrevem um caso de Blastomicose Sul-americana com lesões cutâneas, nasais e envolvimento da úvea posterior unilateral.

O interesse desta publicação está na maneira da evolução das lesões extra-oculares com a úvea.

O trabalho mostra a retinografia em aspecto de montagem, da lesão úvea posterior, dados sobre o aspecto histopatológico das lesões cutâneas, e o tratamento.

SUMMARY

The authors describe a case of South American Blastomycosis with cutaneous, nasal and pulmonary lesions. There is also unilateral involvement of posterior uveal tract.

It calls attention in this case, the evolution of the cutaneous lesions in comparison with the uveal one.

The posterior uveal lesion is presented just as the histopathological aspect of the cutaneous lesion and the treatment.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BELFORT JR., R.; FISCHMAN, O.; CAMARGO, Z. P. & ALMADA, A. — Paracoccidioidomycosis with palpebral and conjunctival involvement. *Mycopathologia*, 56 (1): 21-4, 1975.
2. BONOMO, P. P.; BELFORT JR., R.; TSUNECIRO, J. Y. & FILHO, O. G. — Choroidal granuloma caused by "Paracoccidioides brasiliensis". *Mycopathologia*, 77: 37-41, 1982.
3. BRICK, M. — Ocular involvement in lymphotic paracoccidioidomycosis. *Acta Ophthalmol.*, 47 (4): 991-7, 1969.
4. CONTI-DIAZ, I. A.; CABOT, P. E.; ARRIGONI, N. & GEZUELE, E. — Blastomycosis Sudamericana diseminada con coriorretinitis nodular posterior. *An. Fac. Med. Montevideo*, 49: 541-8, 1964.
5. CONTI-DIAZ, I. A. — Lesiones oculares en la blastomycosis sudamericana. *Hospital*, 58 (5): 99-110, 1960.
6. DANTAS, A. M.; CURI, R.; LUSTOSA, T.; S. NETO, B. A. & SADDY, J. C. — Blastomycose Sul-americana: Apresentação de um caso com lesão ocular. *Rev. Bras. Oftalmol.*, 30 (2): 181-8, 1971.
7. DANTAS, A. M.; CURI, R.; SILVA, J. B. G. & PAIVA, L. M. — Blastomycose Sul-americana. Relato de um caso com uveíte granulomatosa e oftalmoplegia externa incompleta. *Rev. Bras. Oftalmol.*, 32 (1): 61-8, 1973.
8. FRANÇOIS, J. & RYSSELAERE, M. — Blastomycosis. In: *Oculomycoses*. Illinois, Charles C. Thomas, 1972. cap. 9, p. 188-99.
9. JANNKE, H. A. et alii — Blastomycose Sul-americana palpebral. *Rev. Bras. Oftalmol.*, 42 (2): 157-60, 1983.
10. VIDA, L. & MOEL, S. A. — Systemic north american Blastomycosis with orbital involvement. *Amer. J. Ophthalmol.* 77 (12): 240-2, 1974.