

# BLASTOMICOSE SUL-AMERICANA

## UM CASO CLÍNICO

Dr. JOSÉ RABINOWITS \*  
Maj Med Chefe da Clínica  
Dermatológica do HCE

Dr. JOSÉ A. R. LOIVOS \*  
2.º Ten Med Convocado, Assistente  
da Clínica

Dr. JOÃO GUILHERME FIGUEIREDO  
Med Patologista Contratado do HCE

### INTRODUÇÃO

O presente trabalho tem por finalidade registrar mais um caso de Blastomicose Sul-Americana em que as manifestações clínicas são cutâneo-ganglionares.

A paciente acha-se internada no HCE, onde foi submetida a documentação clínica cuidadosa, permanecendo sob controle terapêutico.

Algumas palavras precedem a apresentação do caso, constituindo um pequeno resumo sobre a doença em si, onde não se pretende ser original ou completo numa entidade mórbida por demais conhecida e estudada. Para permitir aos que venham a se interessar pelo assunto em mais profundidade, boas fontes de consulta, relacionamos cuidadosa bibliografia.

Quaisquer adendos ou sugestões úteis ao caso, serão bem aceitos.

### SUBSÍDIOS

Micose profunda, também chamada Micose de Lutz, foi observada no Brasil pela primeira vez, por Adolfo Lutz, em 1908.

O fungo patogênico é o Paracoccidioides brasiliensis, muito encontrado no reino vegetal. A porta de entrada no organismo, ainda, é assunto bastante discutido.

\* Especialistas em Dermatologia pela AMB/SBD.

As manifestações clínicas da enfermidade são variadas, podendo-se, didáticamente, estabelecer as seguintes formas:

I — Cutânea: Qualquer região do tegumento pode apresentar lesões, as quais, do ponto de vista dermatológico, podem ser: pápulas, ulcerações, etc.

II — Mucosa: Aqui vale ressaltar o acometimento da cavidade oral. Muito específica é a Estomatite Moriforme de Pupo: lesão ulcerada, de superfície finamente granulosa com pontilhado hemorrágico.

III — Ganglionar: Costuma coexistir com lesões cutâneas, mucosas ou viscerais. Podem estar acometidas apenas os gânglios regionais ou a infecção atingir gânglios de várias regiões: cervicais, auxiliares, intra-abdominais e inguinais.

IV — Visceral e Ósteo-articular: Correspondem a generalização do processo micótico. Várias vísceras podem ser acometidas na Micose de Lutz: pulmões, intestino, fígado e baço. Mais raramente: hípofise, tireóide, supra-renais e sistema nervoso.

Também já foi assinalado o acometimento do esqueleto.

As lesões pulmonares costumam predominar nos terços médios. Têm sido exaustivamente estudadas e descritas, e objeto de diagnóstico diferencial com a tuberculose. O grau de acometimento dos pulmões na Blastomicose é variável. À cura das lesões pulmonares, muitas vezes corresponde uma fibrose cicatricial extensa, acarretando Cor Pulmonale.

## DIAGNÓSTICO

Vários dados reunidos levam ao diagnóstico:

1 — Quadro clínico-dermatológico — onde são levadas em consideração as lesões elementares e sua localização no tegumento.

2 — Dados pessoais do paciente — zona de procedência e hábitos de vida. Os portadores de Micose de Lutz costumam ser pessoas afeitas aos trabalhos da lavoura.

3 — Laboratório:

- pesquisa direta do parasita nas lesões e no pus dos gânglios.
- cultura
- inoculação em testículo de cobaia.

4 — Histopatologia:

O parasita é visto nos cortes histológicos obtidos por biópsia das lesões.

### 5 — Outros exames:

Embora não tenham especificidade, permitem avaliar a evolução da moléstia:

- a) Reação de fixação do complemento
- b) Hemossedimentação
- c) Dosagem de proteínas
- d) Hemograma de Schilling

## EVOLUÇÃO

Doença de evolução crônica, de terapêutica prolongada, sujeita a recidivas.

## TRATAMENTO

Micose fatal na totalidade dos casos antes da era sulfamídica, sofreu transformação radical depois do advento das sulfas tornando-se de muito melhor prognóstico depois que Oliveira Ribeiro (1940), pela primeira vez, usou as sulfas no seu tratamento.

Antigamente, recomendava-se a sulfapiridina, a sulfadiazina e a associação de sulfas (bi e trissulfas). Atualmente, dá-se preferência às sulfas de ação retardada do tipo da sulfametoxipiridazina (\*), em dose de 500mg a 1g, diariamente. Recomenda-se o prazo de 2 anos como tratamento mínimo ininterrupto, observando-se a regressão mediante cuidadoso controle do paciente.

A tolerância às sulfas é realmente muito grande, sendo muito raros os casos de intoxicação grave. Em geral, a dose total do medicamento soma a vários quilos, com perfeita tolerância da quase totalidade dos pacientes. Deve-se notar, entretanto, que embora muito raramente, pode-se ter casos de resistência às sulfas e nestes casos é que a Anfotericina B encontra sua indicação. Este antibiótico antimicótico, extraído de uma espécie de Streptomyces, originária das margens do Rio Orenoco, na Venezuela, é um medicamento de nítida ação, in vivo vitro contra o Paracoccidioides brasiliensis. A dose média é de 1mg por quilo de peso. A via de introdução é a venosa, gôta-gôta, sendo dissolvida em 500ml de sôro glicosado a 5%. A dose total é variável com o caso, tanto maior quanto mais graves as lesões ou mais disseminadas (dose total diária de 1,5 a 6,0g). As injeções podem ser diárias ou em dias alternados.

A Anfotericina B é tóxica e os efeitos colaterais são comuns: calafrios, febre, flebites, aumento da uréia no sangue. Alterações aletrocardiográficas e alguns efeitos podem ser em grande parte contornados pelo emprêgo de anti-histamínicos, de corticosteróides e de heparina, juntamente com a Anfotericina. O medicamento tem sido aplicado com ótima tolerância pelos pacientes, usando técnica

---

(\*) Lederkyn (Lederle).

preconizada por Sampaio (1960), que consiste na adição no frasco de sôro com a Anfotericina, de 1ml (20 a 25mg) de prednisolona.

A elevação da taxa de uréia, como efeito colateral, é reversível quando se suspende o medicamento por alguns dias e não constitui, por si só, contra-indicação para o prosseguimento do tratamento.

A evolução clínica quando há regressão das lesões visíveis e melhora do estado geral, ao lado da normalização da hemossedimentação (se antes elevada) e de modo particular a evolução sorológica, indicam a dose total de Anfotericina B a ser usada. Aconselha-se ser de boa prática após o término da série de Anfotericina, prescrever ao paciente sulfas (sulfadiazina ou sulfapiridazina) em doses convenientes para evitar recidivas, que ocorrem às vezes, mesmo com o emprêgo da Anfotericina B.

O prognóstico pode ser melhor avaliado pelo estudo eletroforético: das proteínas que revela grande inversão, A/G, predominando a gamaglobulina nos casos de evolução desfavorável. Os pacientes devem ser seguidos durante longo tempo após a cura.

## CASO CLÍNICO DE BLASTOMICOSE SUL-AMERICANA

### CUTANEO-GANGLIONAR

**IDENTIFICAÇÃO:** O. A., feminina, 48 anos, solteira, doméstica, natural do E. do Rio, onde estava residindo há 12 anos (Marquês de Valença).

**QUEIXA PRINCIPAL:** Caroços no pescoço e virilha direita, acompanhados de emagrecimento, astenia e coloração amarela das conjuntivas.

**H. PATOLÓGICA PREGRESSA:** Sarampo.

**H. FAMILIAR:** Mãe falecida por cardiopatia e pai por tétano. Uma irmã viva, gozando saúde.

**H. DA DOENÇA ATUAL:** Refere o aparecimento de pequenos caroços no pescoço, há 5 meses. Notou que os nódulos aumentaram de volume, aparecendo outros nas axilas e regiões inguinais. Alguns se tornaram dolorosos, vindo a fistulizar-se. Notou também o aparecimento de lesões elevadas na fronte, face e junto aos pavilhões auriculares.

**H. SOCIAL:** Alimentação normal, variada. Tabagista moderada. Habitava casa de alvenaria, com instalações sanitárias. Cuidava de horta e tinha o hábito de mascar gravetos.

**EXAME FÍSICO:** Facies atípico. Paciente muito emagrecida e ictérica. Notam-se lesões papulosas confluentes na face (r. Malares), fronte e regiões pré-auriculares.

Na região cervical palpam-se gânglios muito aumentados de volume, duros, do tamanho de um ôvo de galinha. Tem outros gânglios igualmente enfartados nas axilas e regiões inguinais. O membro infe-

rior esquerdo apresenta-se edemaciado. Demais aparelhos e sistemas sem alterações clínicas apreciáveis.

**EXAMES COMPLEMENTARES:** Submetida a investigação laboratorial completa, incluindo exame histopatológico, conforme relação anexa.

**TRATAMENTO:** Iniciou terapêutica específica a 14/04/70, com "Sulfametoxipiridazina"-Lederkyn (Lederle) — comprimidos a 500 mg, tomando inicialmente dois comprimidos ao dia. As melhorias vão descritas na evolução do caso.

**EVOLUÇÃO:** Logo no início do tratamento, os gânglios aumentaram de volume, tendo havido fistulização de alguns. Seguiu-se cicatrização e involução dos gânglios. Notou-se também melhora sensível nas lesões tegumentares. Houve regressão do edema do membro inferior esquerdo.

Atualmente a doente se apresenta com involução total das lesões cutâneo-ganglionares e ausência de edema do membro inferior afetado.

Permanece sob cuidados clínicos e acompanhada sob o ponto de vista dermatológico, tomando um comprimido de Lederkyn (Lederle) de 500 mg ao dia.

#### **EXAMES COMPLEMENTARES DO CASO APRESENTADO**

##### **I**

	16/4/70	12/5/70	20/5/70	30/6/70
Hemátias	3.380	—	3.900	—
Hemoglob.	7,8 g	—	10,0 g	—
V. Globul.	0,6	—	0,8	—
Hematócr.	29	—	35	—
Hemossed.			32 %	—
	1. <sup>a</sup> h 124	—	—	112
	2. <sup>a</sup> h 129	—	—	121
				— 105
				— 115

##### **II**

	16/5/70	—	12/5/70	—	20/5/70	—	30/6/70
Leucócitos	—	24.400	—	34.000	—	23.300	—
Basófilos	—	—	—	0	—	0	—
Eosinófil.	—	—	—	2	—	2	—
Mielócitos	—	—	—	0	—	0	—
Jovens	—	—	—	0	—	0	—
Bastões	—	12	—	18	—	6	—
Segmentados	—	82	—	64	—	82	—
Linfócitos	—	4	—	10	—	4	—
Monócitos	—	2	—	6	—	6	—
							4

Obs. A maioria dos neutrófilos c/gran. tóxicas.

III			
16/4/70 — 30/6/70			
Proteínas Totais	—	6,2	7,1
Serina	.....	—	2,6
Globulina	.....	—	3,6

IV			
13/5/70			

Eletroforese de Proteínas			
V.R.	—	V.G.	—
Albumina	—	24	1,60
alfa 1	—	6	0,41
alfa 2	—	16	1,07
beta	—	11	0,74
gama	—	43	2,88
Totais	.....	—	6,70 (Método de refração)

V			
25/3/70			

Uréia	.....	20	mg %
Glicose	.....	65	mg %
Creatinina	.....	0,8	mg
Colesterol	.....	235	mg %

VI			
25/3/70 — 16/4/70 — 30/6/70 — 20/7/70			

Bilirrubina dir.	36, mg %	—	0,4	—	2,2	—	2,8
Bilirrubina indir.	4,4	—	0,8	—	3,5	—	3,8
Bilirrubina total	8,0	—	1,2	—	5,7	—	6,6
Turv. do Timol	17,8 U.M.	—	6,8	—	15,3	—	6,8
Turv. do Zinco	28,0 U.M.	—	17,5	—	12,7	—	10,2
Floc. do Timol	posit. ++	—	++	—	negat.	—	negat.
Cefalina-colesterol	++	—	++	—	negat.	—	posit. +
Fosfatase alcalina	— 34 U.K.A.	—	—	—	—	—	20 U.K.A.
Transaminase oxalacética-93 U/ml	—	—	—	—	—	—	84 U/ml
Transaminase pirúvica-111 U/ml	—	—	—	—	—	—	102 U/ml

## VII — URINA

	25/3/70	—	20/5/70	—	30/6/70
Reação	—	Ácida	—	Alcalina	—
Densidade	—	1018	—	1014	—
Albumina	—	Traços	—	Traços	—
Glicose	—	0	—	—	—
Acetona	—	0	—	—	—
Ac. Diacético	—	0	—	—	—
Pigm. Biliares — Traços Fortes	—	—	0	—	—
Ac. Biliares — Traços Fortes —	—	—	0	—	—
Raras cél. epiteliais — Raros pióцитos — Intensa Flora Bacteriana.	—	—	Raros pióцитos — Raras células — Cristais de carbonato de cálcio.	—	Raros cilindros — hialinos — 10 pióцитos — Raras células
				Urobilina — 0	—
				Indol — 0	—
				Hemoglobina — 0	—

## VIII — CAMPOS PLEUROPULMONARES

30/03/70 — Hilos espessados. Restante normal.

16/04/70 — Observam-se condensações em ambas as bases pulmonares.

20/04/70 — Pequenos focos de condensações em ambas as bases pulmonares.

20/05/70 — Velamento de ambos os seios costo-frênicos. Condensações na base do campo direito.

29/05/70 — Condensação difusa no térço inferior do hemitórax esquerdo.

## IX — ARCO DUODENAL

09/04/70 — Trânsito esofageano normal. Ausência de sinais radiológicos de lesões gástricas.  
Piloro permeável.  
Bulbo duodenal permanentemente deformado por processo ulceroso crônico.  
Na quarta porção do duodeno notam-se três imagens com aspecto diverticular.  
O arco duodenal não se apresenta alargado.

## X — HISTOPATOLOGIA

A) 13/04/70

MACROSCOPIA: Fragmento cutâneo exibindo nódulo de consistência firme na derme superficial, medindo 3 mm de diâmetro.

**MICROSCOPIA:** Os cortes revelam ao nível da derme, presença de formas características do *P. brasiliensis*, livres ou no interior de células gigantes. Há intenso infiltrado leucocitário e hiperplasia de epiderme.

**DIAGNÓSTICO: BLASTOMICOSE (MICOSE DE LUTZ).**

Dr. G. Figueiredo.

## XI — HISTOPATOLOGIA

B) 06/05/70

**Gânglio Cervical Esquerdo:**

**MACROSCOPIA:** Fragmento arredondado de tecido esbranquiçado com área de aspecto necrótico, medindo 1,2 cm no maior diâmetro.

**MICROSCOPIA:** Gânglio exibindo total subversão da arquitetura por proliferação retículo-histiocitária e presença de células gigantes. Notam-se formas parasitárias do *P. brasiliensis* no citoplasma das células gigantes e no espaço intercelular.

**DIAGNÓSTICO: MICOSE DE LUTZ.**

## XII — OTORRINOLARINGOLOGIA

23/07/70

**OTOSCOPIA:** Normal

**RINOSCOPIA ANTERIOR:** Fossas nasais permeáveis. Ausência de desvio do septo nasal e polipose. Mucosa pituitária de aspecto normal. Olfato presente.

**OROSCOPIA:** Língua de aspecto normal.

Oro-faringe normal.

Laringo-faringe normal.

(Pelo Dr. Antonio de Queiroz Figueiredo).

## B I B L I O G R A F I A

- 1) Bechelli, L. M. & Curban, G. V. — Compêndio de Dermatologia — S. Paulo 1960.
- 2) Campos, E. C. — Micose de Lutz. Tese, 1960.
- 3) Lacaz, C. S. — Manual de Micologia Médica — S. Paulo, 1956.
- 4) Rabello, F. E. Nomenclatura Dermatológica — Rio de Janeiro, 1955.
- 5) Rabello e Fraga — Atlas de Dermatologia.
- 6) Encyclopédie Médico-Chirurgicale-Dermatologie

REVISTA — Jornal Brasileiro de Medicina — Colóquio sobre Blastomicose Brasileira (julho, 1962).

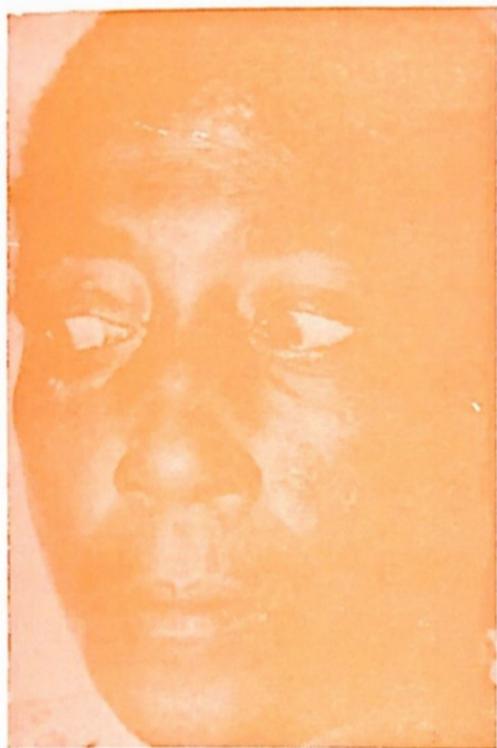


Fig. 1 — lesões cutâneas: início  
do tratamento

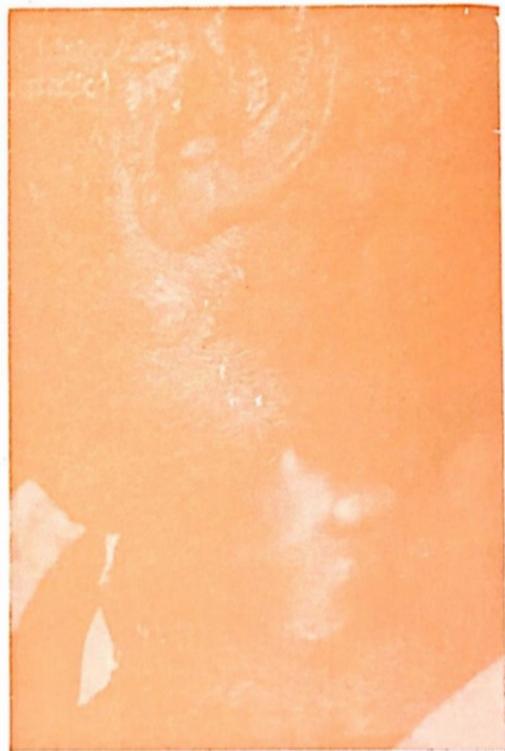


Fig. 2 — lesões cutâneo-ganglio-  
nares: início do tratamento



Fig. 3 — enfartamento de gânglio axilar direito: início do tratamento



Fig. 4 — enfartamento de gânglio inguinal direito: início do tratamento

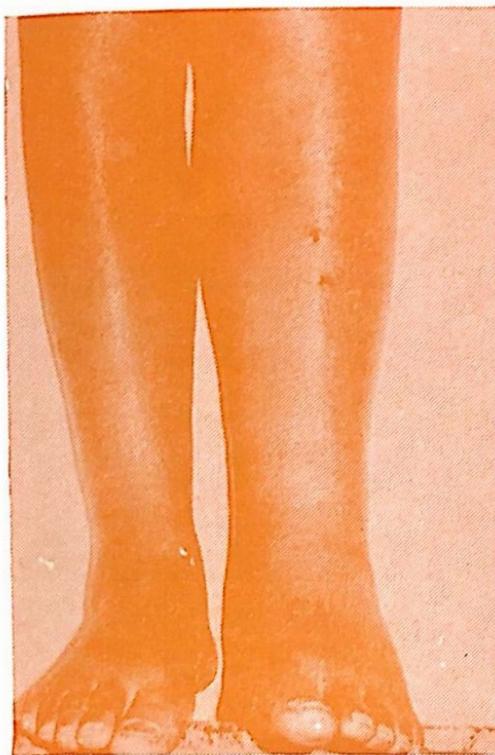


Fig. 5 — edema do membro inferior esquerdo: início do tratamento

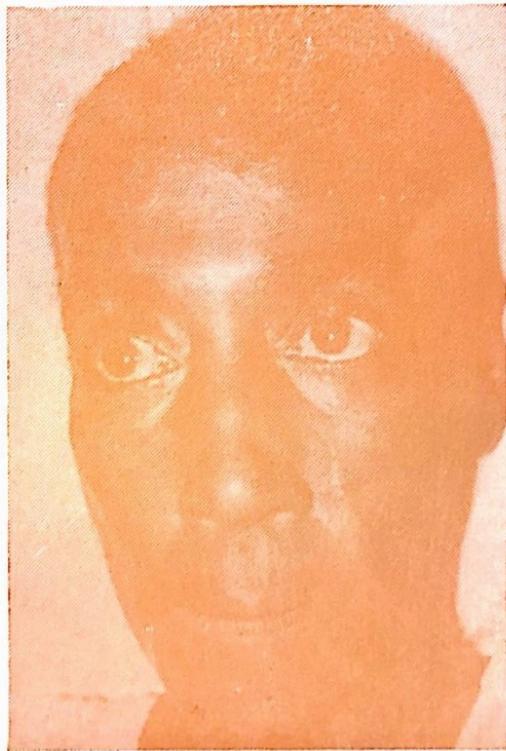


Fig. 6 — lesões cutâneas após 60 dias de tratamento

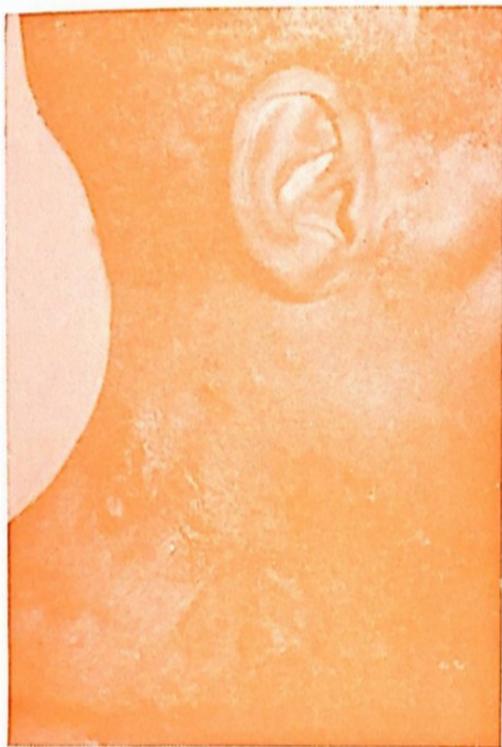


Fig. 7 — lesões cutâneo-ganglionares após 60 dias de tratamento



Fig. 8 — diminuição do enfartamento ganglionar axilar direito, após 60 dias de tratamento

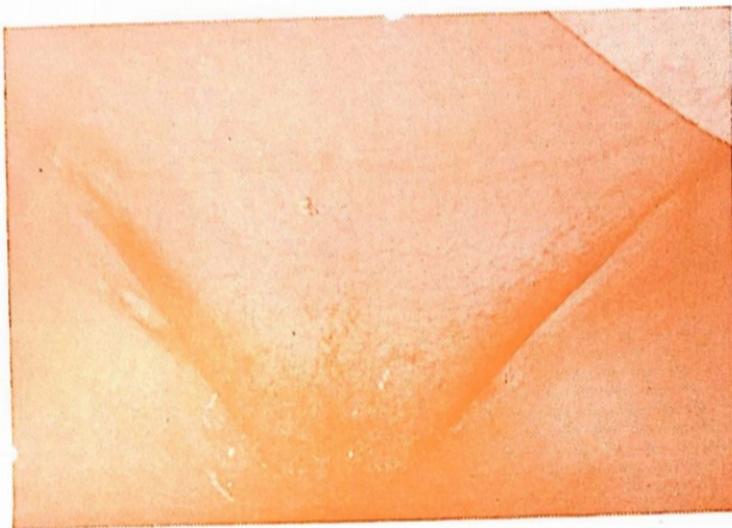


Fig. 9 — involução do gânglio  
inguinal direito após 60 dias de  
tratamento

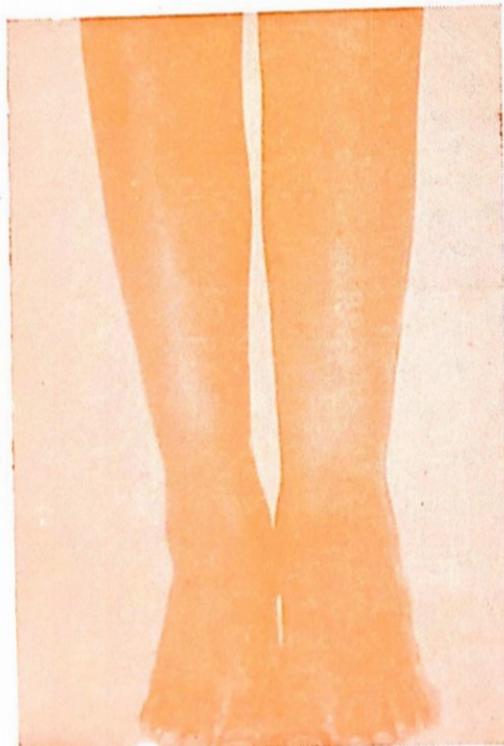
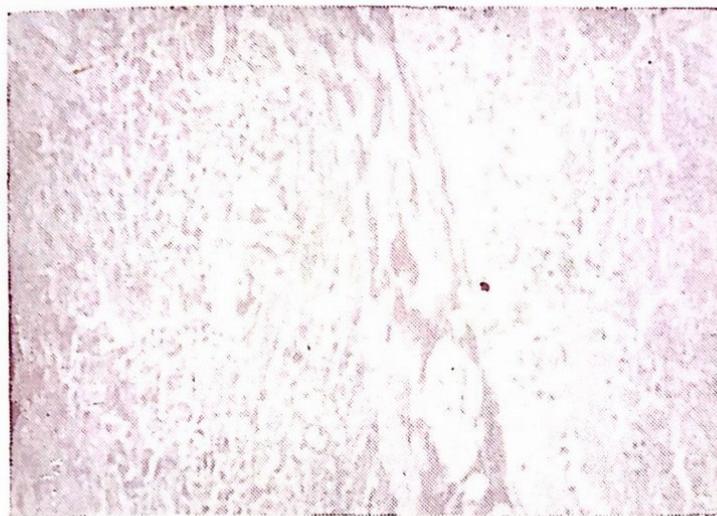
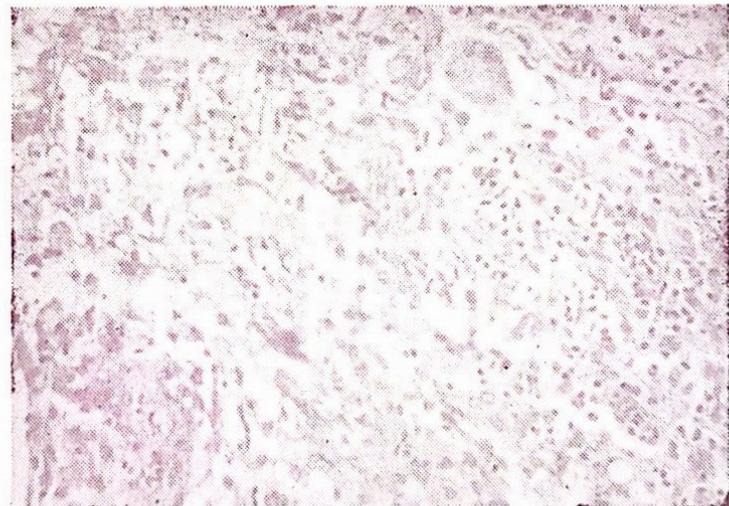


Fig. 10 — diminuição sensível  
do edema do membro inferior  
esquerdo

## MICROFOTOGRAFIAS



N.º 1 — 450 X-P.A.S. — Lesão cutânea. Granulomas intra-epiteliais e na derme superficial, constituídos por células gigantes tipo Langhans, células epitelioides, linfócitos e plasmócitos, com numerosas formas de *P. brasiliensis* livres e no interior de células gigantes



N.º 2 — 450 X-H.E. — Lesão ganglionar. Substituição total do tecido linfóide por tecido granulomatoso, representado por células gigantes e células epitelioides, com numerosos *P. brasiliensis* intra e extracelulares