

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, didaticamente, 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: hipófise, 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. A 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:

a) pesquisa direta do parasita nas lesões e no pus dos gânglios.

b) cultura

c) 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 *in 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 soro 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 eletrocardiográficas 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 soro 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 emprego 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

CUTÂNEO-GANGLIONAR

IDENTIFICAÇÃO: O. A., feminina, 48 anos, solt., doméstica, nat. 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 ovo de galinha. Tem outros gânglios igualmente enfiados 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 melhoras 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 —	3.600 —	4.200
Hemoglob.	7,8 g —	10,0 g —	9,1 —	12,0 g
V. Globul.	0,6 —	0,8 —	0,8 —	0,9
Hematócr.	29 —	35 —	32 % —	37
Hemossed.				
	1. ^a h 124 —	—	112 —	105
	2. ^a h 129 —	—	121 —	115

II

	16/5/70	12/5/70	20/5/70	30/6/70
Leucócitos	— 24.400 —	34.000 —	23.300 —	6.500
Basófilos	— —	0	0	0
Eosinófil.	— —	2	2	6
Mielócitos	— —	0	0	0
Jovens	— —	0	0	0
Bastões	— 12	18	6	6
Segmentados	— 82	64	82	62
Linfócitos	— 4	10	4	22
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

Elektroforese 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	—	Ácida
Densidade	— 1018	—	1014	—	1012
Albumina	— Traços	—	Traços	—	Vestígios
Glicose	— 0	—	—	—	0
Acetona	— 0	—	—	—	0
Ác. Diacético	— 0	—	—	—	0
Pigm. Biliares	— Traços Fortes	—	0	—	0
Ác. Biliares	— Traços Fortes	—	0	—	0
Raras cél. epiteliais	— Raros		Raros piócitos	—	Raros cilindros
piócitos — Intensa Flora Bac-			Raras células	—	hialinos — 10
teriana.			Cristais de		piócitos — Raras
			carbonato de		células
			cálcio.		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 terço 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).

BIBLIOGRAFIA

- 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).

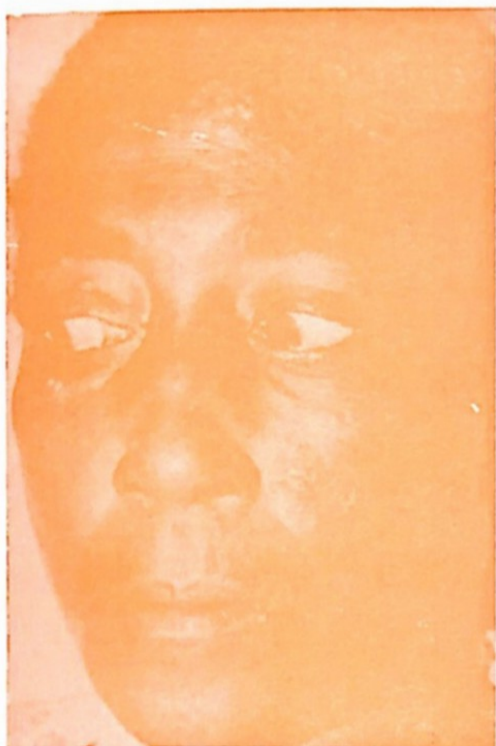


Fig. 1 — lesões cutâneas: início do tratamento



Fig. 2 — lesões cutâneo-ganglionares: início do tratamento



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



Fig. 4 — enfartamento de gânglio
inguinal direito: início do trata-
mento

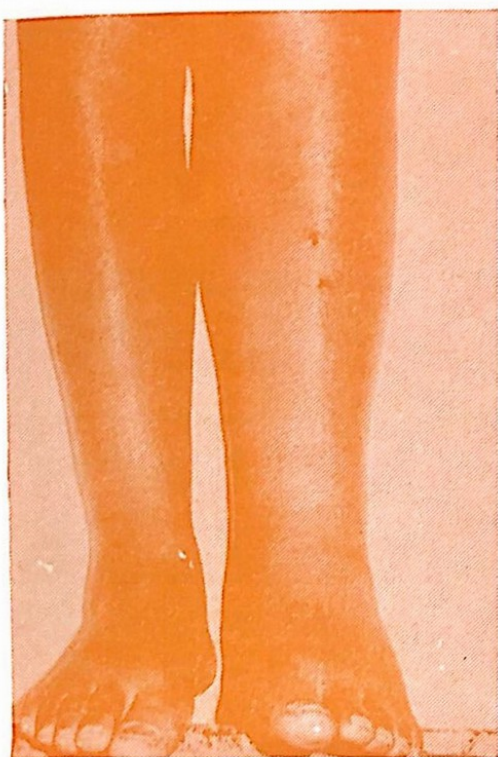


Fig. 5 — edema do membro inferior esquerdo: início do tratamento

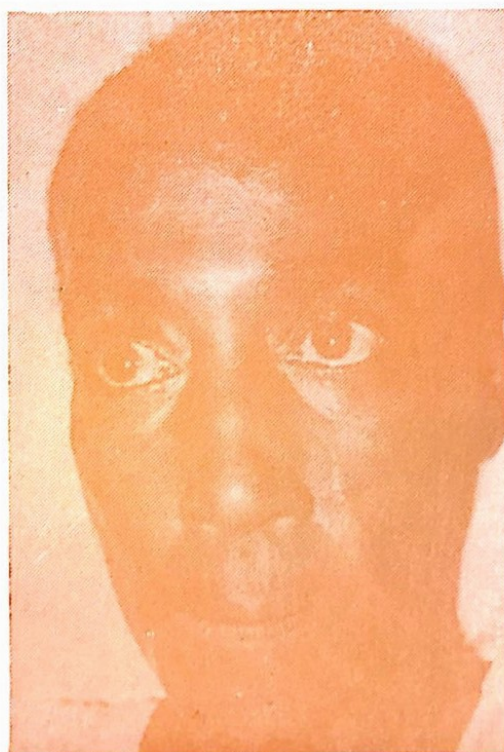


Fig. 6 — lesões cutâneas após 60 dias de tratamento

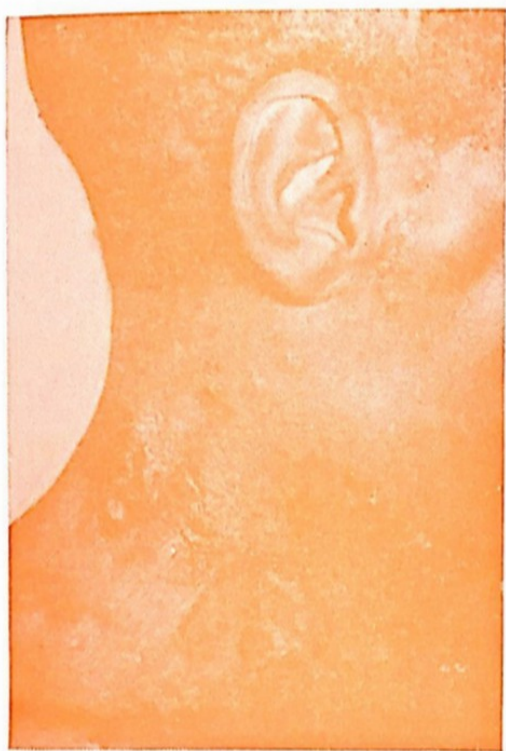


Fig. 7 — lesões cutâneo-ganglionares após 60 dias de tratamento



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

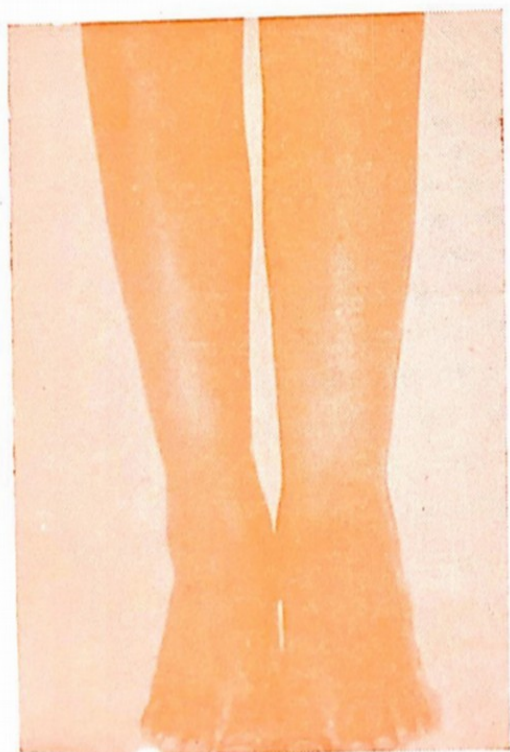
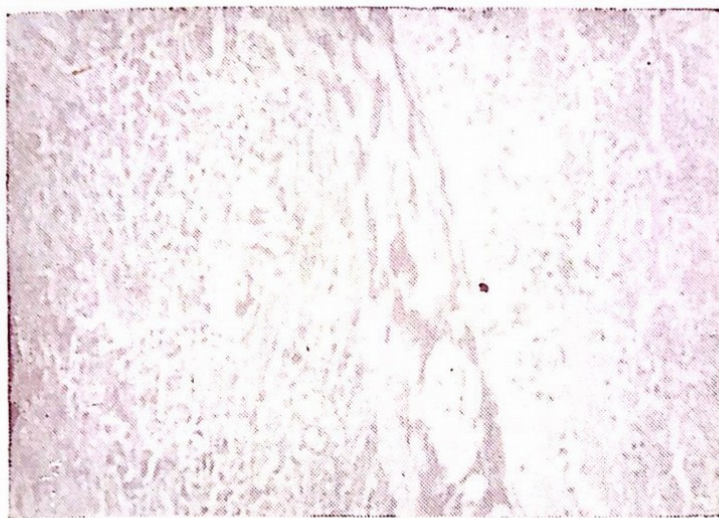
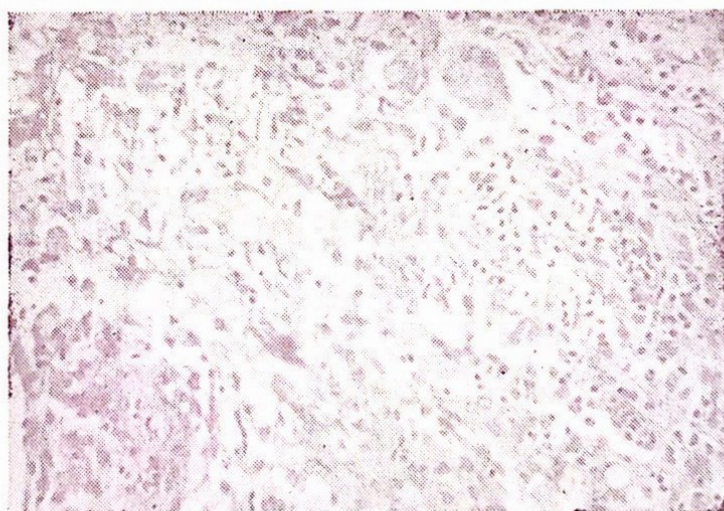


Fig. 10 — diminuição sensível
do edema do membro inferior
esquerdo

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 epitelióides, 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 epitelióides, com numerosos *P. brasiliensis* intra e extracelulares