

RINOENTOMOFTOROSE — REGISTRO DE UM CASO*

JOSÉ FIGUEREDO DA SILVA**, WILTON MENDES DA SILVA***
JOSÉ CERQUEIRA DANTAS****, ARTUR CÂNDIDO R. DE
ASSUNÇÃO*****, M. MARCELINA DA S. TEIVE OLIVEIRA*****

RESUMO

Um caso de rinoentomoftorose — o terceiro até agora descrito no Brasil é apresentado. Tratava-se de um paciente de cor preta de 26 anos, procedente do Estado do Maranhão, com tumoração ocupando seio maxilar e fossa nasal direita, produzindo obstrução nasal e deformação da face. Os achados histopatológicos consistiam de reação inflamatória crônica gigantohistiocitária, muito rica em eosinófilos. O diagnóstico baseou-se na presença de hifas não septadas envolvidas por material eosinofílico.

INTRODUÇÃO

Recentemente, Andrade & col.¹ apresentaram os dados clínico-patológicos dos dois primeiros casos brasileiros de entomoftorose nasal — o primeiro dos quais já brevemente publicado² — chamando a atenção para esta mi-

cose. Um novo caso foi observado por nós em Teresina (Pi) e aqui relatamos.

DESCRIÇÃO DO CASO

C. A. S., 26 anos, sexo masculino, preto, solteiro, motorista, procedente do Estado do Maranhão, referia tumoração na hemiface direita e nariz com início há cerca de um ano. Queixava-se de obstrução nasal unilateral, cefaléia frontal e dor nos ossos da face. Relatando ter sido operado de "tumor" na fossa nasal esquerda há tres anos, em Recife, não tinham informações quanto à natureza da lesão.

O exame otorrinolaringológico revelou tumoração dura, fixa, com cerca de dois centímetros de diâmetro, situada na parede anterior do seio maxilar direito. Ocorrida abaulamento de toda a parede lateral da narina direita, com oclusão do vestíbulo nasal. A face era deformada, com ede-

* Trabalho realizado no Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Piauí

** Professor de Patologia.

*** Otorrinolaringologista.

**** Professor de Radiologia.

***** Radioterapeuta.

***** Monitora de Patologia.

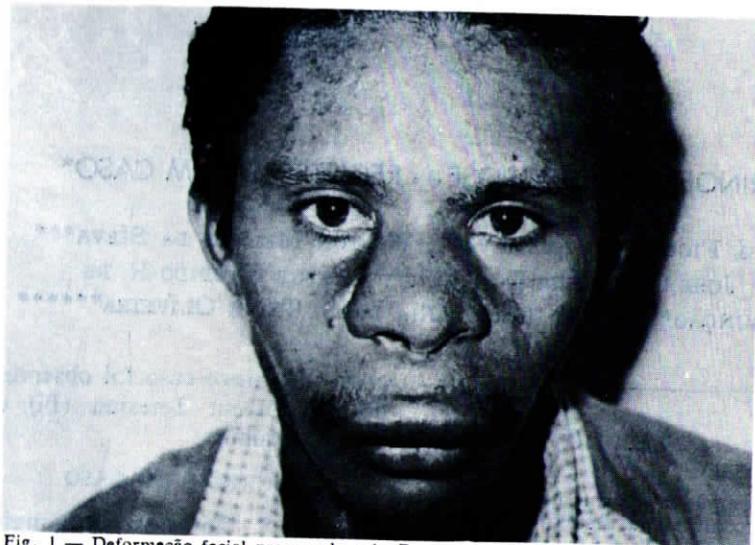


Fig. 1 — Deformação facial processada pela *E. coronata*; inchação do nariz e lábio superior

ma acentuado no lábio superior (Fig. 1). O exame radiológico evidenciou comprometimento do seio maxilar direito, caracterizando-se por redução difusa da transparência, mais acentuada nos rebordos sinusais. Não havia sinais de lesão óssea parietal. Existia aumento de volume de partes moles supra-sinusais, bem evidenciado na incidência em mentonaso. A transparência da fossa nasal direita era reduzida.

Realizou-se sinusectomia maxilar direita (13-04-74) com abertura das células etmoidais. A tumoração não possuía cápsula e os limites eram mal definidos, ocorrendo comprometimento do tecido subcutâneo. Exame histológico da peça cirúrgica teve como resultado o diagnóstico de granuloma eosinofílico e o paciente foi submetido à radioterapia. Ao final do tratamento, a deformidade

regredira quase totalmente. Nessa ocasião, foi feita uma revisão das preparações histológicas, estabelecendo-se o diagnóstico de fomicose. O paciente iniciou o tratamento com anfotericina B e na última avaliação otorrinolaringológica a que se submeteu (21-10-74) apresentava-se clinicamente curado.

COMENTARIOS

A fomicose compreende um grupo de micoses profundas produzidas por fungos pertencentes à classe dos *Phycomycetes*⁷. Engloba tres tipos de doenças: a mucormicose, determinada por espécies dos gêneros *Rhizopus*, *Mucor* e *Absidia*, sendo em geral oportunistas^{6, 8, 10}, a fomicose subcutânea produzida pelo *Basidiobolus ranarum* e ocorrendo geralmente em crianças sem causas

predisponentes¹; e entomoforose nasal, causada pela *Entomophthora coronata*.

A entomoforose apresenta-se como entidade anatomo-clínica bem definida¹, podendo ser separada dos outros tipos de fomicose⁸. Caracteriza-se por afetar quase sempre pessoas da raça negra, localizando-se na mucosa nasal e provocando obstrução, deformidade e corrimento. Os seios paranasais são afetados com o evoluir da doença. O estudo radiológico usualmente não

evidencia comprometimento dos ossos⁸. Os achados histopatológicos variam com a idade da lesão^{1, 12}. No presente caso, salienta-se uma reação inflamatória crônica granulomatosa (Figs. 2 e 3), consistindo de histiócitos, plasmócitos, linfócitos, neutrófilos, com numerosas células gigantes tipo corpo estranho. O número de eosinófilos é conspicuo e a proliferação fibroblástica bastante evidente. No centro dos granulomas podem ser vistas hifas não septadas circundadas por abundante material eosinofílico e

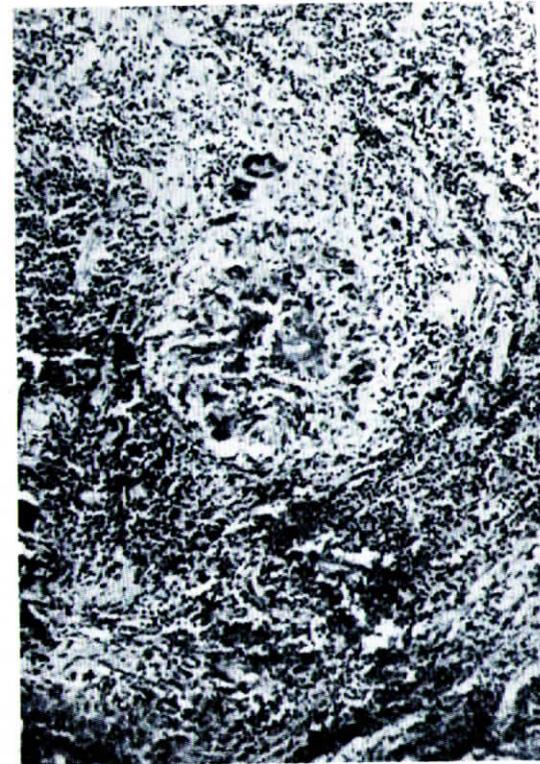


Fig. 2 — Reação granulomatosa em torno de hifas; presença de células gigantes e grande número de eosinófilos. P.A.S. 250X.



Fig. 3 — Corte transversal de hifa da *E. coronata*, abundância de eosinófilos P.A.S. 250X.

P.A.S. — positivo (Figs. 4 e 5). A natureza desse material não está de todo esclarecida. Para Wil- lams e col.^{12, 13}, estaria prova- velmente relacionado com o grau de sensibilidade do hospedeiro, comparando-se assim ao fenôme- no de Hoeppli da esquistosomo- se mansônica. Os estudos de An- drade e col.¹, no entanto in- dicaram que o material continha grande quantidade de fibrina, tendo sido negativa a pesquisa de antígenos e anticorpos. Embora o aspecto histopatológico da rino- entomofatorose seja idêntico ao da fomicose subcutânea, as cultu-

ras sempre isolaram a **Entomo- phthora coronata** das lesões nasais, enquanto o **Basidiobolus ranarum** só é encontrado nas lesões sub- cutâneas. Além disso, a entomo- fatorose se restringe à face, não ten- do sido descritas extensões regio- nais do processo⁸. Estes fatos legítima o diagnóstico de rinoen- tomofatorose se o material foi pro- veniente do nariz¹, muito em- bora a cultura seja sempre o meio indispensável para um diagnósti- co absoluto.

O reconhecimento da rinoen- tomofatorose como entidade nosoló- gica independente é recente. Em

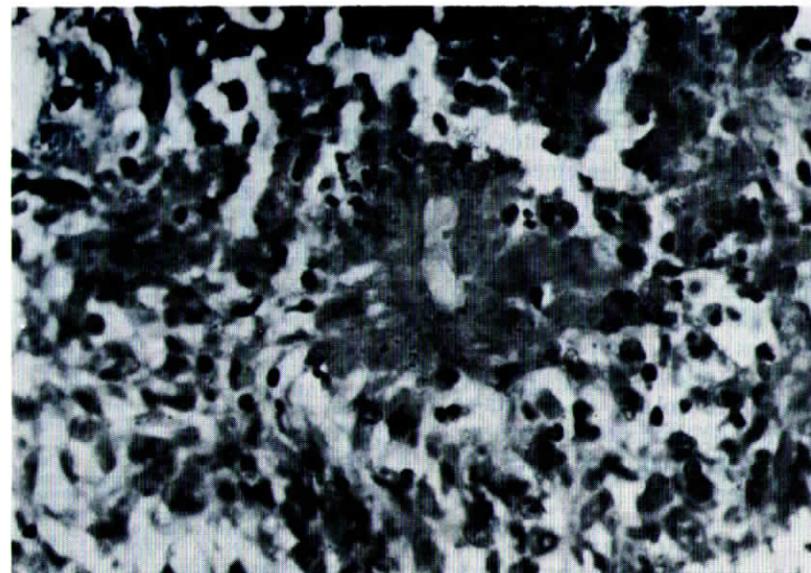


Fig. 4 — Hifa da *E. coronata* circundada por material eosinófilico e reação inflamatória P.A.S. 450X.

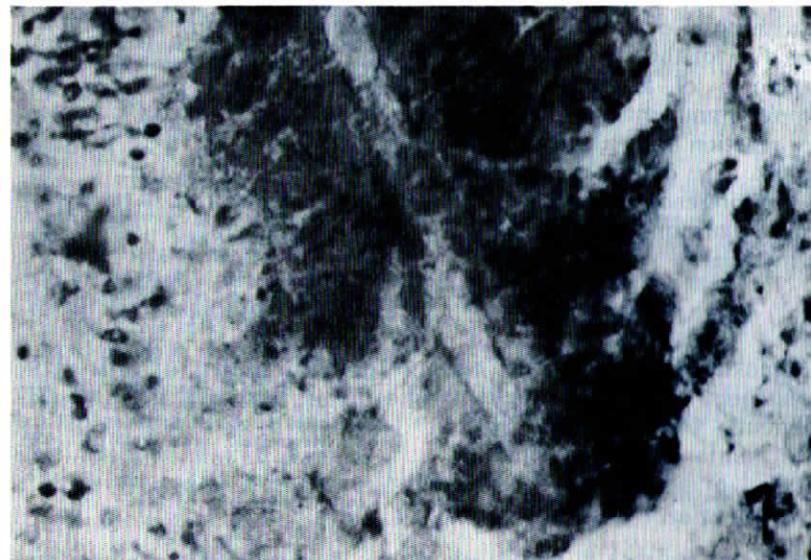


Fig. 5 — Abundante material eosinófilico em torno de hifa da *E. coronata*. H.E. 450X.

1961, a *Entomophthora coronata* foi isolada de granulomas nasais de cavalos⁵. Os primeiros casos humanos foram descritos simultaneamente e independentemente em 1965 por Bras e col.³, na Jamaica e por Renoirte e col.¹¹, no Congo ex-Francês. O maior número de observações foi realizado na Nigéria^{4, 9, 12}. No Brasil, os dois primeiros casos foram descritos em 1967 e 1972 por Andrade & col.^{1, 2}. Trata-se portanto, de uma doença rara em nosso meio, sendo este o terceiro caso observado.

SUMMARY
RHINOENTOMOPHTOROSIS, RE-
REPORT OF A CASE

A case of rhinoentomophthorosis — the third so far observed in Brazil — is presented. The patient, a 26 years old black man, showed a tumor in the right maxillary sinus and right nasal cavity, with nasal obstruction and deformation of the face. The histopathologic of findings were a chronic granulomatous inflammatory reaction with abundant eosinophils. The diagnosis was based on the presence of nonseptated hyphae surrounded by eosinophilic material.

AGRADECIMENTOS

Somos especialmente gratos aos Professores Valdir Bandeira e Raimundo Gerônimo da Silva, à Srta. Maria do Carmo Veras de

Almeida e ao Sr. Airon Mendes da Silva.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ANDRADE, Z. A. & ANDRADE, S.G. - A entomofitose nasal. Rev. Soc. Bras. Med. Trop., 6: 239-249 1972.
2. ANDRADE, Z.A.; PAULA, L.A.; & SHERLOK, I.A. & CHEEVER, A.W. - Nasal granuloma caused by *Entomophthora coronata*. Am. J. Trop. Med. & Hyg., 16: 31-33, 1967.
3. BRAS, G.; GORDON, C.C.; EMMONS, C.W.; PRENDEGAST, K.M. & SUGAR, M. - A case of phycomycosis observed in Jamaica; Infection With *Entomophthora coronata*. Am. J. Trop. Med. & Hyg., 14: 141-145, 1965.
4. COCKSHOT, W.P.; CLARK, B.M. & MARTINSON, F.D. - Upper respiratory infection due to *Entomophthora coronata*. Rhino-entomophthoromycosis. Radiology, 90: 1016-1019, 1969.
5. EMMONS, C.W.; & BRIDGES, C.H. - *Entomophthora coronata*, the etiologic agent of a phycomycosis of horses. Mycologia, 53: 307-312, 1961.
6. FRANCO, M.F. & IRIYA, - Fisiomycose órbito-rino-cerebral associada à cetoacidose diabética. Registro de um caso. Rev. Inst. Med. Trop. São Paulo, 12 (5): 354-363, 1970.
7. LACAZ, C.S. - Micologia Médica - 5a. Edição Sarvir-Instituto Nacional do Livro. São Paulo, 1973.
8. LARRIBAUD, J.; MARCY, J.; DISCAMPS, G. & PAZAT, R. - Un cas de Rhinophycomycose. La presse Medicale, 77 (28): 1011-1012, 1969.
9. MARTINSON, F.D. & CLARK, B.M. - Rhinophycomycosis entomophthorase in Nigeria. Amer. J. Trop. Med. Hyg. 16: 40-47, 1967.
10. MONTENEGRO, M.R.; BRITO, T.; LOMBARDI, J. & LACAZ, C.S. - Mucormicose intestinal. Registro de dois casos. Rev. Hosp. Clin. 14: 59-64, 1969.
11. RENOIRTE, R.; VANDEPITTE, J.; GATTI, F. & WERTH, R. - Phycomyose nasofaciale (Rhinophycomyose) due a *Entomophthora coronata*. Bull. Soc. Path. Exot., 58: 847-862, 1965.
12. WILLIAMS, A.O. - Pathology of Phycomycosis due to *Entomophthora* and *Basidiobolus* species. Arch. Path. 87: 13-30, 1969.
13. WILLIAMS, A.O.; VON LICHTENBERG, F.; SMITH, J.H. & MARTINSON, F.D. - UI - transtructure of phycomycosis due to *Entomophthora*, *Basidiobolus*, and associated Splendori - Hoeppli phenomenon. Arch. Path. 87: 459-468, 1969.