

BLASTOMICOSE SUL-AMERICANA NO SISTEMA DIGESTIVO:

apresentação de três casos (*)

ROBERTO JOSÉ MUSSI ** NADIN ZIHRAN HONAIN ** FRANCISCO
ABDALLA NETTO ** HÉLIO JOSÉ CEZARINO ** FELIX ROBERTO
ZYNGIER *** ALUYZIO MENDONÇA COSTA ****

RESUMO

Os autores apresentam tres casos de Blastomicose Sul-Americana com acometimento do aparelho digestivo. O primeiro caso manifestou-se por lesão cutânea de face que após um mes evoluiu para hepatoesplenomegalia, ascite e dor abdominal. Após uma evolução de cerca de 18 meses, o paciente mostrou-se refratário ao tratamento, vindo a morrer. O exame anatomo-patológico revelou Blastomicose de fígado, baço, intestino grosso, gânglios mesentéricos, pele e tireóide.

O segundo caso, iniciou-se como adenopatia inflamatória, que, sob tratamento incompleto obteve remissão clínica. Tres anos após surgiu um quadro abdominal mal caracterizado, associado a uma tumoração na fossa ilíaca direita. A laparotomia exploradora revelou Blastomicose ileo-cecal com acometimento mesentérico.

O terceiro caso, seguiu um curso clínico acidentado em que, ao longo de 10 anos houve acometimento sucessivo de região ileo-cecal pele e gânglios, fígado e possivelmente pâncreas e finalmente intestino grosso. A interrupção da terapêutica foi a causa

principal das recrudescências desse caso. Uma revisão do problema é apresentada.

A Blastomicose Sul-americana ou micose de LUTZ é uma entidade bastante conhecida em nosso meio, que acomete de preferência os habitantes de zonas rurais.

O início desta doença em sua grande maioria, processa-se através da mucosa oral, ocasionando aí lesões típicas muito bem estudadas e descritas por vários autores. O parasita pode apresentar ainda outras portas de entrada como a nasal, cutânea, aérea, ano-retal e digestiva.

A afecção produzida pelo fungo é do tipo granulomatosa, de evolução crônica, comprometendo tegumento cutâneo, gânglios linfáticos e vísceras. Suas formas anátomo-clínicas mais comuns

(*) Trabalho realizado no Departamento de Medicina da Faculdade Regional de Medicina de São José do Rio Preto.

(**) Residentes do Hospital de Base da Faculdade Regional de Medicina de São José do Rio Preto.

(***) Professor-regente da Disciplina de Doenças Infecciosas e parasitárias,

(****) Professor-regente da Disciplina de Patologia.

são a cutânea-mucosa e linfático-visceral.

A lesão da mucosa oral é a mais frequente como lesão isolada.

Com maior raridade diagnosticam-se as formas que acometem a pele, supra-renal ou intestino.

O acometimento do sistema digestivo é raro, havendo poucas referências bibliográficas sobre o assunto.

Este trabalho tem por finalidade apresentar tres casos de Blastomicose Sul-Americana do Sistema Digestivo revendo a literatura pertinente.

cas vegetantes, superfície granulosa, recoberta por exsudatos e crostas, porém o estado geral era satisfatório.

Fez uso de antibióticos, quimioterápicos sistêmicos, curativos tópicos e suplementação vitamínica. Recebeu alta 18 dias após, bem melhorado. Em agosto de 1967 surgiu tumoração dolorosa no hipocôndrio esquerdo, à 4 dedos da reborda costal, dura e concomitantemente apresentou fadiga, emagrecimento, abdome volumoso e massas ganglionares inguinais. O exame físico mostrou emagrecimento, ascite acentuada

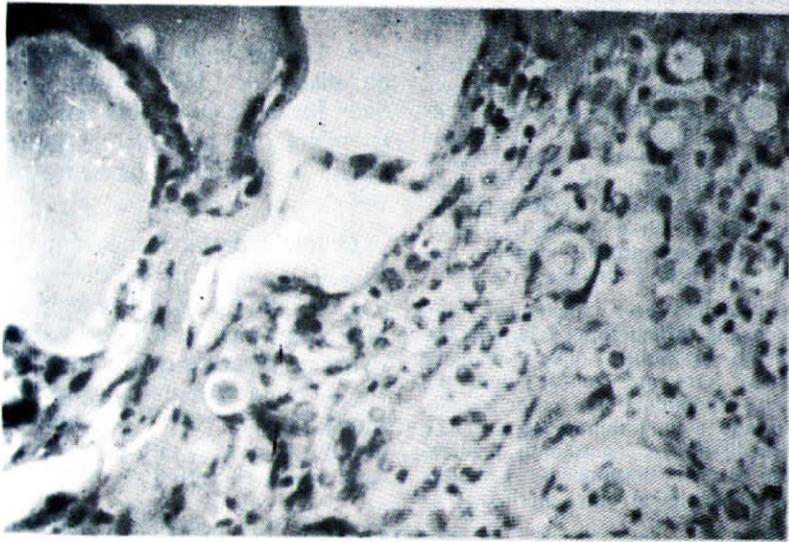


Fig. 1 — Presença de *P. brasiliensis* em corte histológico de tireoide.

CASO 1 — A. N. T., 21 anos, masculino, branco, lavrador, natural de José Bonifácio (S.P.).

Internado em dezembro de 1966 com queixa de caroço na barriga e fraqueza. Apresentava lesões na face formadas por pla-

e hepatoesplenomegalia. O laboratório mostrou discreta anemia, eosinofilia e velocidade de hemossedimentação elevada.

O exame histopatológico evidenciou Blastomicose Sul-Americana de intestino grosso, fígado,

baço, gânglios mesentéricos e tireoide. (figs. 1 e 2).

CASO II — J. L., 30 anos, masculino, branco, lavrador, natural de Paulo de Faria (S.P.).

Em 1966 apresentou dor generalizada e intensa no abdome e edema de joelho e tornozelo. Em fevereiro de 1967 surgiu tumoração no lado esquerdo do pescoço, cuja biópsia revelou *P. brasiliensis*.

Neste mesmo ano apresentou náuseas e vômitos, cada tres meses e posteriormente uma vez por

O laboratório evidenciou discreta anemia e eosinofilia. O enema opaco mostrou irregularidades a altura da junção ileo-cecal e hipotonia de delgado (figs. 3 e 4).

A laparotomia mostrou processo granulomatoso envolvendo ceco, apêndice e gânglios mesentéricos, cuja patologia revelou *P. brasiliensis*.

CASO III — N.L.S., 35 anos, masculino, preto, lavrador, natural de Magda (S.P.).

Em 1961 apresentou dor de caráter contínuo na fossa ilíaca

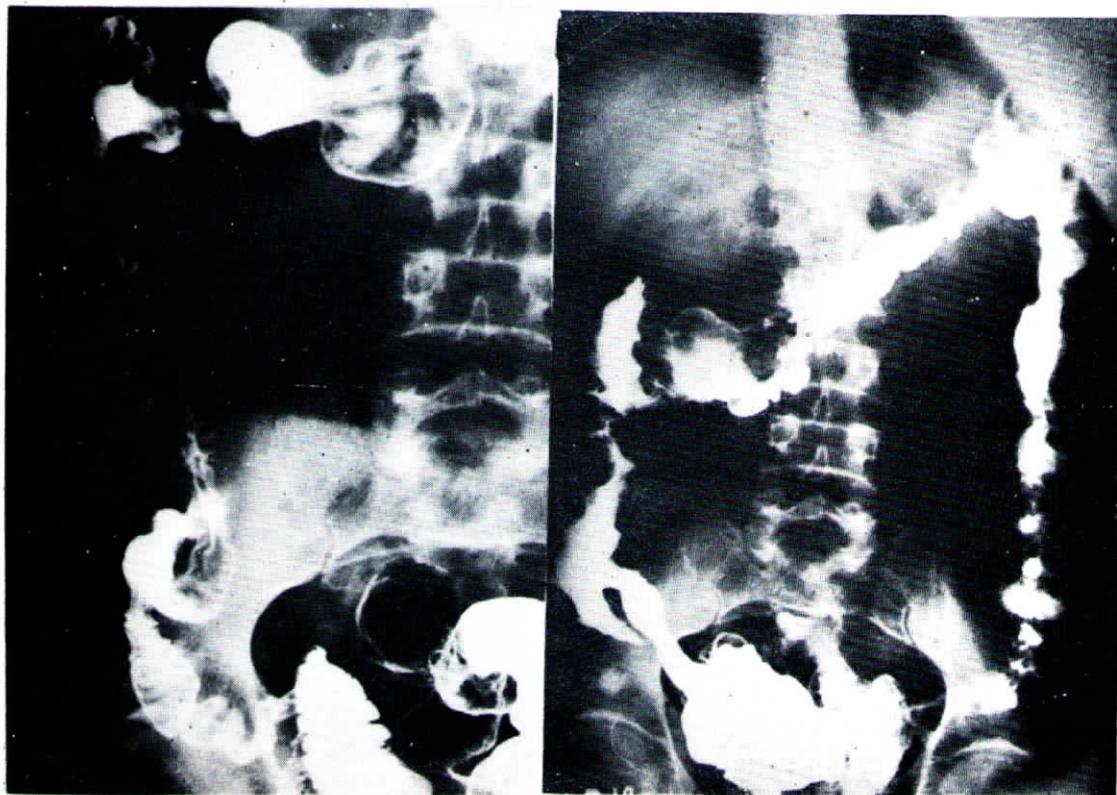


Fig. 2 — Superfície de corte do fígado apresentando numerosos pontos brancos. Correspondem microscopicamente a espaços pretos onde é encontrado grande número de *P. brasiliensis*.

semana. Em 1969 houve exacerbação da sintomatologia com aparecimento de cólicas abdominais. O exame físico mostrou massa palpável na fossa ilíaca direita e dor generalizada à palpação do abdome.

direita e febre vespertina, com duração de 4 meses. Foi operado de um abscesso (sic) apresentando melhora. Em 1969 surgiu febre semelhante à anterior, enfartamento ganglionar cervical e submandibular bilateral.

Fig. 3 — Retração e redução do volume do ceco. Hipotonia e aumento de calibre da última alça ileal.



A biópsia mostrou Blastomicose Sul-Americana. Em 1971 apresentou vômitos alimentares com dor contínua no hipogástrico e fossa ilíaca direita, lipotímia e fezes moles semelhantes a "borra de café". Foram feitas seriografias gastro-duodenal e biópsia hepática que revelou hepatite crônica blastomicótica. Em dezembro de 1971 surgiram lesões vegetantes nas regiões da face e torácica anterior. O exame físico mostrou lesões destrutivas de úvula e pilares amigdalianos bilaterais, gânglios sub-mandibulares, cervicais e retro-auriculares formando massa única, além de hepatoesplenomegalia.

O laboratório mostrou discreta anemia, diminuição do "clearance" da creatinina e elevação da uréia, que normalizaram com a suspensão da terapêutica pela Anfotericina B. A seriografia gastro-duodenal mostrou alterações do padrão mucoso do arco duodenal e rechaço anterior do corpo do estômago. Em dezembro de 1973 retornou com quadro disentérico intenso. A biópsia do reto mostrou colite inespecífica. O tratamento com sulfas aboliu o quadro clínico.

DISCUSSÃO

O comprometimento do esôfago é raro mas pode surgir secundariamente a uma lesão primitiva de pele. Pode ocorrer lesão infiltrante que obstrui a luz do esôfago e podem surgir fistulas esôfago-brônquicas diagnosticadas por fistulografia. Os sintomas geralmente são disfagia a alimentos sólidos e tosse violenta após a in-

gestão de líquidos (11, 17).

Quando acomete o fígado, a Blastomicose Sul-Americana pode desencadear o aparecimento de icterícia obstrutiva pelos seguintes mecanismos: compressão extrínseca das vias biliares extra-hepáticas pelos linfonodos do pedículo hepático ou da cabeça do pâncreas, comprometimento destas mesmas vias por granulomas paracoccidióicos ou lesão direta do fígado pela infecção.

Os sinais e sintomas que o paciente apresenta podem ser resumidos em vômitos alimentares e biliosos, dor no hipocôndrio direito, febre, prurido, urina escura, fezes hipocoradas, hepatomegalia, icterícia, vesícula biliar e baço palpáveis.

No exame de laboratório são encontrados frequentemente hiperbilirrubinemia direta, hipercolesterolemia e fosfataseemia alcalina elevados.

A biópsia hepática per-operatória revelará colestase e granuloma paracoccidióico (2, 4, 16). A colangiografia percutânea trans-hepática pode evidenciar parada do contraste na porção terminal do colédoco por um abscesso de tecidos vizinhos que contribuem para a limitação das paredes do canal biliar (1, 5).

Há dois casos na literatura em que num deles, a icterícia surgiu no início da doença certamente por comprometimento direto do fígado, sendo o diagnóstico da doença firmado por biópsia retal e no outro, surgiu após quatro meses de tratamento, na fase de convalescença por colestase intra ou extra-hepática, sendo que o

diagnóstico foi firmado por biópsia do gânglio cervical não tendo os autores discutido a patogenia da icterícia (I).

Os casos I e III não apresentaram icterícia apesar de haver comprometimento hepático comprovado por necropsia (caso I) e biópsia (caso III). Não observamos referências sobre o acometimento da vesícula biliar.

A Blastomicose Sul-Americana pancreática é rara mas pode ocasionar compressões, rechaço e alterações de volume da loja pancreática.

Os sintomas podem surgir como dor em queimação no flanco direito e epigástrico, náuseas e vômitos biliosos. Geralmente este quadro leva a icterícia podendo haver tumoração palpável no epigástrico (4, 7, 9, 12, 19).

No caso III, há a evidência indireta de comprometimento pancreático, pois radiologicamente observa-se rechaço do corpo do estômago contra a parede anterior do abdome, além de alterações da mucosa duodenal.

No acometimento linfático-abdominal o paciente apresenta dor no baixo ventre em cólica, diarreia, vômitos, emagrecimento e febre; no exame físico apresenta massa abdominal fixa. O R X de abdome simples pode mostrar calcificações puntiformes difusas no abdome principalmente na região mediana (13).

No acometimento do intestino delgado a sintomatologia em geral se resume em dor profunda no abdome, emagrecimento e adenomegalia. A patologia revela alças aderidas entre si, exsudato fibrinoso-purulento, paredes friáveis e

ulcerações rasas dispostas circularmente com bordos elevados e nítidos (8).

Radiologicamente a lesão de delgado se traduz por dilatação de alças, falta de aderência do contraste por provável hipersecreção da mucosa, compreensões extrínsecas da segunda e terceira porções do duodeno, relevo grosseiro das alças jejunaes na altura do íleo, alças dilatadas, hipotônicas e às vezes apagamento do psoas e polos inferiores dos rins (5, 14, 15).

O caso II apresentou radiologicamente irregularidade à altura da junção íleo-cecal, e o caso III irregularidades na mucosa do arco duodenal.

No comprometimento do intestino grosso pela Blastomicose Sul-Americana os pacientes apresentam dor de intensidade e caráter variáveis acompanhada de fenômenos neuro-vegetativos intensos como sudorese, náuseas, vômitos e diarreia com várias evacuações diárias muco-pio-sanguinolentas. Constipação às vezes também é encontrada.

Tumorações são encontradas em quase todos os casos, de tamanho variável, muito móveis e quase sempre dolorosas à palpação profunda.

Radiologicamente os tipos de lesões podem ser assim resumidos: redução do calibre do colo comprometido e perda da elasticidade parietal.

A estenose retrátil pode simular tumor maligno quando compromete pequenas zonas como por exemplo o ceco (8). Ocorre ainda perda das haustrações, modificações na forma do colo, irregulari-

dade do contorno parietal, compressões externas de alças podendo provocar sub-oclusão.

O diagnóstico é selado pela biópsia ganglionar ou retossigmoidoscopia com biópsia das ulcerações quando presentes (1, 5, 14).

A laparotomia evidencia as lesões presentes. O apêndice pode também estar acometido (8).

No caso II verificamos radiologicamente retração e redução do volume do ceco, estenose do colo transversal com hipotonia e aumento do calibre do intestino delgado.

O acometimento ano-retal pode apresentar-se como ulcerações peri-anais de bordos salientes e papulosos recobertos por secreção purulenta.

A mucosa retal mostra também lesões ulceradas, purulentas, de bordas duras podendo comprometer as válvulas de Houston (3, 6, 10, 17).

SUMMARY

The authors present 3 cases of paracoccidioidomycosis with involvement of the digestive system.

The first case presented with a skin lesion that developed into hepatosplenomegaly, ascite and abdominal pain. After 18 months the patients proved to be refractory to usual therapy and died. Histopathology disclosed the infection in the liver, spleen, large intestine, mesenteric nodes, skin and thyroid.

The second case began as an inflammatory adenopathy that receded after an incomplete course of therapy. Three years later a mass was felt in the lower right quadrant of the abdomen. Exploratory laparotomy disclosed ileocecal blastomycosis.

The third case followed a course of ten years with progressive involve-

ment of the ileocecal region, skin, lymph nodes, liver, possibly pancreas and finally colon. The interruption of therapy was the main cause of the recurrences in this case. A review of pertinent literature is presented.

AGRADECIMENTOS

Ao Dr. Marcelo Dória e Dr. Darci Nogueira, os autores agradecem a permissão para observar os casos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BARBOSA, W. DAHER, R. R.; & OLIVEIRA, A. R. — "Linfatic abdominal form of South American-blastomycosis". Rev. Inst. Med. Trop. São Paulo., 10: 16-27, 1968.
2. BRENNER, S.; LEAL, W. M. et al — "Icterícia Obstrutiva na Blastomicose Sul-Americana". An. Fac. Med. Paraná, 8, 1965.
3. CARDENAS, G. H. — "Mycopathol. e Mycol. Appl.", 15: 139-153, 1961.
4. CASTRO, R. M.; DEL NEGRO, G.; BASSOI, O. N.; FARIA, C. V. de. — "Dificuldades Diagnósticas na Blastomicose Sul-Americana. Revista Paulista de Medicina, 53: 479, 1958.
5. CUNHA, M. de A. et al — "Contribution to the radiological study of South American Blastomycosis of the digestive tract Hospital, 69: 169-174, 1966.
6. CUNHA, M. de A. R. et al — "Contribuição ao estudo radiológico da Blastomicose Sul-Americana no aparelho digestivo. Hospital (Rio), 69 (1): 195-200, 1966.
7. FORATTINI, P. O. — "Um caso de Blastomicose com localização pancreática". Revista de Medicina, Setembro-Outubro, 30: 515-518, 1946.
8. HABERFELD, W. — "Blastomicose de localização abdominal e um caso desta moléstia combinado com disenteria amebiana. Arch. Bras. Med.; 5: 107-244, 1915.
9. JANO, M. T. et al — "South American Blastomycosis, 56: 490-495, 1969.
10. LACAZ, C. da S. e OLIVEIRA, E. Hospital (Rio) 33: 845-854, 1954.
11. MACHADO FILHO, I. e MIRANDA, J. L. — "Considerações relativas à Blastomicose Sul-Americana". Hospital (Rio de Janeiro), 58: 99-137, 1960.
12. MARENGO, R.; CALDAS, E. A.; RAFFO, J. M.; Sem. Med. (B. Aires), 41: 975-979, 1934.
13. MORAES, C. R. de — "Calcificações intra-abdominais na Blastomicose Sul-Americana". Rev. Inst. Med. Trop. São Paulo, 13 (6): 428-432, 1971.
14. MORAES, C. R., de; FIORILLO, A. B.; & COSTA, J. C. da; — "Lesões Radiológicas Intestinais na Blastomicose Sul-Americana". O Hospital, 71 (3): 145-156, 1967.

15. NOHMI, N. — "Icterícia Obstrutiva na doença de Lutz à propósito de dois casos". *O Hospital*, 62, 1: 243, 1962.
16. OLIVEIRA, E. de — "Anais Paulistas de Medicina e Cirurgia", 59 (5): 451-55, 1950. (
17. OLIVEIRA, de S. et al — *Anais Paulistas de Medicina e Cirurgia* 83 (2): 113-121, 1962.
18. ROCHA, G. SOMOGY, L.; DUARTE, F.; PEREIRA, L. B. e BARBOSA M. — "Blastomicose Sul-Americana. Caso de forma linfático abdominal pseudotumoral". *Hospital dos Servidores do Estado do Rio (GB)*.