

BLASTOMICOSE QUELOIDIFORME

Registro de um novo caso no município de Boca do Acre,
Estado do Amazonas, Brasil

TAKACHI MORIYA * L. F. GOKES PEREIRA * J. A. MELLO DE
OLIVEIRA ** ANTÔNIO RUFFINO NETTO ***

RESUMO

Os autores descrevem um caso de Blastomicose queiloideana (sendo o 88.º caso registrado na literatura médica até 1970).

INTRODUÇÃO

Jorge Lôbo em 1931, descreveu uma nova forma de Blastomicose, denominada de "Blastomicose queiloideana". Tal descrição foi feita através de achados anatomo-patológico e clínico de um paciente procedente do Estado do Amazonas, Brasil. A partir de então, novos casos têm sido descritos por outros autores, em datas sucessivas, em diferentes locais da região Amazônica, bem como em outros países, tais como Costa Rica, Panamá, Venezuela, Colômbia, Guiana France-

sa e Guiana Holandesa. Da revisão bibliográfica feita na literatura até o ano de 1970, encontramos 87 casos publicados nos países acima referidos e que são apresentados na figura 1 e Tabela I.

A doença descrita por Lôbo não constitui uma variedade da Blastomicose sul americana, e tem como agente causal o microrganismo individualizado como sendo o **Paracoccidioides loboi** Lacaz e col. (1967); Lôbo^{6,8} (1931, 1966); Moraes⁹ (1962), que apresenta as seguintes características micológicas: tem esporos de tamanho uniforme (10 a 15 micra de diâmetro), reproduz-se por gemação simples, ainda que seja possível ocorrer gemação múltipla e cadeias de 6 a 7 elementos, Peña¹¹, (1967). Andrade, Azulay e Carneiro¹ (1968)

* Acadêmicos de Medicina da Fac. de Medicina de Ribeirão Preto da Univ. de S. Paulo, participantes do Projeto Rondon.

** Prof. Assistente - Diretor do Dept.º de Patologia da Fac. Medicina de Ribeirão Preto da Univ. de S. Paulo.

*** Prof. Assistente, Doutor do Dept.º de Medicina Social da Fac. Medicina de Ribeirão Preto, da Univ. de S. Paulo.

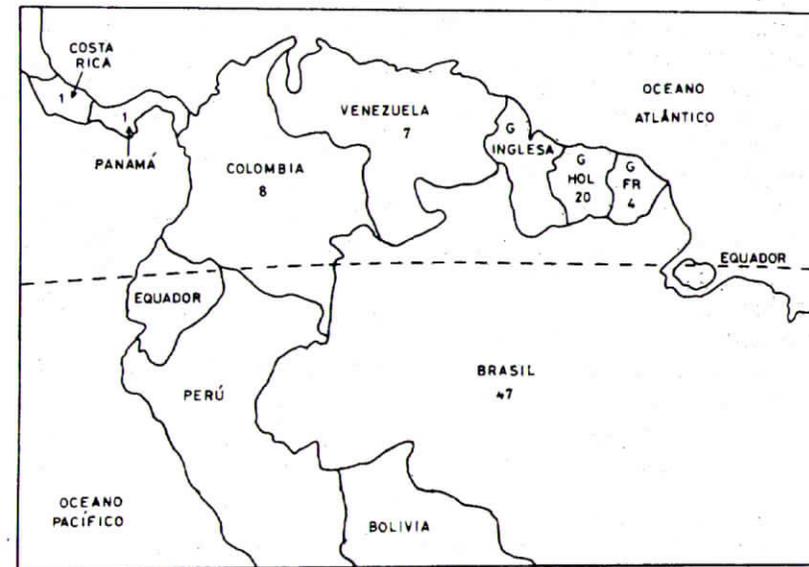
TABELA I

CASOS DE BLASTOMICOSE QUELOIDIANA REGISTRADOS NA LITERATURA MÉDICA ATÉ 1970

CASOS	ANO	PAIS	DESCRITO POR	REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA EM
1	1931	Brasil	Lôbo	Lôbo, 1931
2	1938	Brasil	Fialho	Fialho, 1938
3	1942	Brasil	Rocha, Drolhe & Rutowitsch	Moraes, 1962; Lôbo, 1966
4	1943	Brasil	Fonseca Filho	Moraes, 1962; Lôbo, 1966
5	1947	Brasil	Pinheiro	Moraes, 1962; Lôbo, 1966
6	1949	Brasil	Cerruti & Zamith	Moraes, 1962; Lôbo, 1966
7 e 8	1949	Brasil	Azevedo	Moraes, 1962; Lôbo, 1966
9	1950	Brasil	Guimarães & Macedo	Moraes, 1962; Lôbo, 1966
10	1952	Brasil	Carneiro	Moraes, 1962; Lôbo, 1966
11	1953	C. Rica	Trejos & Romero	Moraes, 1962; Lôbo, 1966
12 a 14	1954	Brasil	Monteiro Leite	Moraes, 1962; Lôbo, 1966
15	1955	Brasil	Lacaz & col.	Moraes, 1962; Lôbo, 1966
16	1955	Panamá	Herrera	Moraes, 1962; Lôbo, 1966
17	1956	Brasil	Azulay, Miranda & Azulay	Moraes, 1962; Lôbo, 1966
18	1956	Brasil	Silva & Azevedo	Moraes, 1962; Lôbo, 1966
19	1957	Venezuela	Reyes, Gohman & Goldstem	Lôbo, 1966
20 e 21	1958	Venezuela	Aasen	Moraes, 1962; Lôbo, 1966
22	1958	Colômbia	Correa	Moraes, 1962; Lôbo, 1966
23 e 24	1958	Brasil	Fialho	Moraes, 1962
25 e 26	1960	Brasil	Teixeira	Lôbo, 1966
27	1960	G. Francesa	Fontan	Carneiro & col., 1968
28 e 29	1961	Brasil	Silva & col.	Lôbo, 1966
30 e 31	1961	Venezuela	Convit & col.	Convit & col., 1961
32 a 37	1962	Brasil	Moraes	Moraes, 1962
38 e 39	1962	Brasil	Moraes & Oliveira	Moraes & Oliveira, 1962
40 a 42	1962	G. Francesa	Silverio & col.	Villegas, 1965
43 a 49	1963	G. Holandesa	Emmons & col.	Villegas, 1965
50	—	Colômbia	Correa-Gallindo (apresentação pessoal).	Villegas, 1965
51	—	Colômbia	Londono-Gonzales (III Congresso Colombiano de dermatologia).	Villegas, 1965
52	1965	Brasil	Barbosa & col.	Carneiro & col., 1968
53	1965	Colômbia	Villegas	Villegas, 1965
54 e 55	1965	Venezuela	Battistini & co.	Carneiro & col., 1968
56 a 68	1965	G. Holandesa	Wiersema & col.	Carneiro & col., 1968
69	1965	Brasil	Carneiro & col.	Carneiro & col., 1968
70 e 71	1965	Colômbia	Peña	Peña, 1967
72	1965	Colômbia	Martinez & col.	Peña, 1967
73 a 77	1966	Brasil	Silva	Carneiro & col., 1968
78 a 87	1967	Brasil	Baruzzi & col.	Baruzzi & col., 1967

FIGURA 1

FIGURA 1 - DISTRIBUIÇÃO GEGRÁFICA DO NÚMERO DE CASOS DE BLASTOMICOSE TIPO JORGE LÔBO DESCRITOS NA LITERATURA ATÉ 1970



fazendo estudo de preparados corados pelo Mac Manus e daqueles impregnados pela prata, verificaram o primeiro indício da multiplicação do parasita que consiste em uma projeção em dedo de luva da membrana externa para fora. Em seguida, a massa externa vai-se projetando nesta saliência e forma-se outra célula. Esta continua ligada à primitiva havendo fluxo de massa interna de uma para outra célula e assim, sucessivamente, repete-se o fenômeno de modo a formarem pequenas cadeias. O brotamento pode ser múltiplo, originando ca-

deias orientadas no espaço em várias direções. Provavelmente, esta propriedade dos parasitas de permanecerem ligados entre si, é um dos motivos do desenvolvimento lento e pequena disseminação da moléstia. A cultura é difícil de ser obtida, tendo-se registrado que a mesma somente foi conseguida cinco vezes, a partir do material de quatro pacientes. Observou-se, de característico, na última cultura obtida, um tipo especial de hifa, denominada a partir de então, "Hifa fusariforme" que serviria como critério de classificação para o parasita.

A inoculação no homem tem apresentado resultados negativos, a não ser o caso acidental de um paciente portador de lesão no pavilhão auricular, onde foi feito um enxerto com pele proveniente da região deltoideana esquerda. Depois de um ano, observou-se não só recidiva na orelha, como lesões novas na região deltoideana esquerda. A anestesia de ambas as regiões foi feita com a mesma agulha (Azulay, Andrade & Carneiro² 1938).

Experimentos de inoculação em animais de laboratório (19 ratos brancos, 13 cobaias, 2 camundongos e 2 coelhos) por vias testicular, intradérmica, escarificação e peritoneal, resultaram po-

sitivas, somente em um rato branco inoculado por via testicular (Azulay, Andrade e Carneiro², 1968).

Clinicamente, a doença se apresenta como uma dermatose cujas localizações preferenciais são: nariz, pavilhão auricular, membros superiores, membros inferiores e tórax e, sendo relatadas pelos pacientes, como que "consequentes" à picada de cobras, carrapatos, mosquitos ou raias. Há presença de nódulos isolados ou confluentes, resistentes à pressão, de cor "café com leite", podendo ou não estarem ulceradas, sem adenopatias e indolores; sendo doença exclusivamente cutânea (Lôbo⁷, 1954; Peña¹¹,

FIGURA 2



1967; Baruzzi & col.³, 1967). Manifestações subjetivas variam de simples prurido à anestesia completa (Lôbo⁷, 1954).

Do ponto de vista histopatológico, demonstra comprometimento da epiderme e derme, respeitando, contudo, o tecido gorduroso. Dentre as alterações epidérmicas, enumeram-se hiperqueratose, paraqueratose, acantose, crostas com parasitas em seu interior, papilomatoses, micro-abcessos intra-epiteliais encerrando parasitas, fendas e ulcerações epidérmicas, hiperplasia pseudo-epiteliomatosa, atrofia com hiperqueratose, perda de pigmento ou hiperpigmentação. Observou-se, também, destruição da basal e a invasão da epiderme pelo infiltrado subjacente. Na derme superior, tem-se áreas onde o infiltrado quase toca a basal e áreas onde o tecido conjuntivo apresenta algumas células inflamatórias. Na derme reticular tem-se infiltração maciça constituída de histiócitos, que são grandes, com núcleo excêntrico, muitos apresentam citoplasma espumoso, PAS fortemente positivo com membrana nítida, este não apresentando parasitas em seu interior. Não se encontraram sinais de inflamação aguda, nem de necrose, como acontece na Blastomicose sul americana (Andrade, Azulay & Carneiro¹, 1968).

Epidemiologicamente é uma doença predominante do sexo masculino, sem preferência racial (Lôbo⁸, 1966; Baruzzi & col.³, 1967). A maior prevalência re-

gistrada na literatura até 1970 é na região Amazônica (figura 1).

O tratamento é essencialmente cirúrgico. Não tem apresentado resposta favorável ao tratamento medicamentoso tal como: sulfamídico, iodetos, anfotericin B, tripaflavina, triplanblan e stilbamidina. A evolução não foi modificada por interferência de vacina preparada com *P. brasiliensis* e *P. loboi*, bem como a electrocoagulação não evita a recidiva (Lôbo^{7,8}, 1966).

HISTÓRIA CLÍNICA

R.S., 34 anos, masculino, pardo, casado, brasileiro, seringueiro, residente na Praia do Gado, cidade de Boca do Acre, Amazonas.

Nódulo na face anterior do pescoço, que surgiu como um pequeno nódulo que teve evolução crescente, não referindo que no início teve qualquer trauma ou picada.

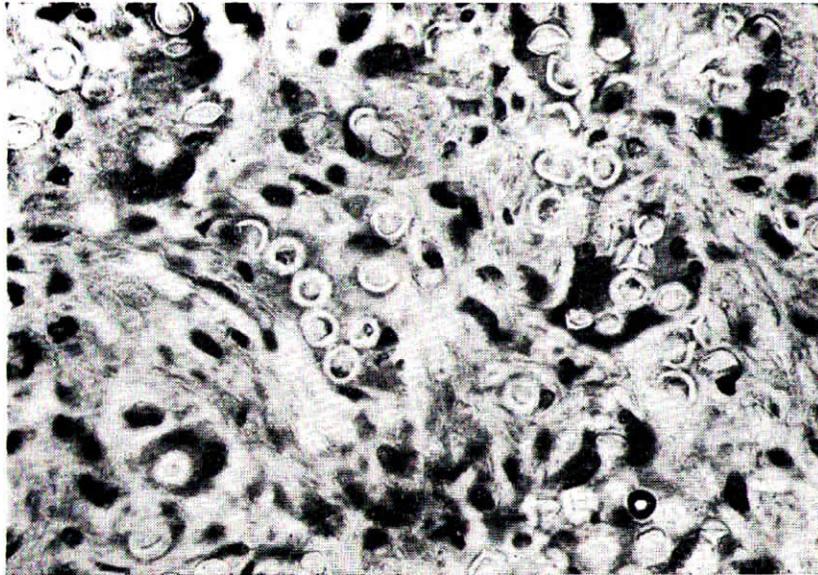
Exame dermatológico: nódulo subcutâneo, medindo 4 x 3 x 3 centímetros, na superfície anterior do pescoço, ao nível da cartilagem tireóide, duro, indolor, móvel, de superfície lisa, brilhante, tonalidade violácea, sem ulceração e sem adenopatia periférica (figura 3).

Ao exame clínico: paciente em bom estado geral, sem queixas ou alterações nos demais sistemas.

Tratamento: Retirada cirúrgica do nódulo sob anestesia local e sem manuseio da peça.

Destino do material: Departamento de Patologia da Faculdade

FIGURA 3



de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

III RELATÓRIO HISTOPATOLÓGICO

Exame macroscópico: Fragmento de pele recoberto por epiderme lisa e brilhante, contendo no derma uma formação nodular de 3 x 3 x 3 centímetros, nos maiores diâmetros. Ao corte, observa-se que o nódulo é constituído por um tecido róseo-pálido, sólido, homogêneo, compacto e de consistência firme.

Exame microscópico: O material é constituído por epiderme e escassa quantidade de tecido adiposo sub-cutâneo. A epiderme está atrofada, com discreta hiperqueratose e redução acentuada da

quantidade de anexos. A derme está extremamente espessada, apresenta múltiplas formações globosas, confluentes, de aspecto granulomatoso e que, no conjunto, constituem o nódulo descrito no exame macroscópico. Este tecido é constituído predominantemente por células multinucleadas, algumas do tipo Langhans, no interior das quais observam-se formações arredondadas envolvidas por uma membrana birrefringente (fungos fagocitados). Estes medem aproximadamente 10 micra de diâmetro. Encontram-se isolados ou com formas em multiplicação por gemação, constituindo cadeias com número variável de elementos (3 a 7) ou conglomerados de 8, 10 ou mais. Os para-

sitos são nitidamente maiores que os observados na Blastomicose sul americana e não apresentam formas de multiplicação em “roda de leme”. Chama a atenção, a abundância de parasitas no fragmento em exame. Não foram observados micro-abcessos e focos de necrose. Embora haja um aspecto granulomatoso, é preciso salientar que os gigantócitos estão difusamente distribuídos sem formar granulomas característicos como os descritos em outras inflamações deste tipo (Ver figura 4).

Conclusão: Inflamação crônica granulomatosa, provocada por fungo com aspectos morfológicos correspondentes aos descritos por P. Ioboi.

CONCLUSÃO

Acreditamos que outros casos devam existir na área onde foi encontrado o caso assinalado.

SUMMARY

KELOID BLASTOMYCOSIS
a new case in the Municipality of Boca do Acre, Amazon State, Brazil

The authors present a new case of Keloid blastomycosis. There were 87 reports of the same disease until 1970.

This is the 88 th case that is being registered in medical literature.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ANDRADE, L.C.; AZULAY, R.D. & CARNEIRO, J.A. — Micose de Jorge Lôbo. Hospital (Rio) 73: 177-187, 1968.
2. AZULAY, R.D.; ANDRADE, L.C. & CARNEIRO, J.A. — Micose de Jorge Lôbo — Contribuição ao seu estudo experimental. Inoculações no homem e animais de laboratórios e investigação imunológica. Hospital (Rio) 73 (4): 164-174, 1968.
3. BARUZZI, R.G.; d'ANDRETTA JR., C.; CARVALHAL, S.; RAMOS, O.L. & PONTES, P.L. — Ocorrência de Blastomicose Queloidiana entre os Índios Caiabi. Rev. Inst. Med. Trop., São Paulo. 9(3):135-142, 1967.
4. CARNEIRO, J.A.; AZULAY, R.D. & ANDRADE, L.C. — Micose de Jorge Lôbo — Isolamento do parasito em cultura artificial. Hospital (Rio) 73(4): 153-165, 1968.
5. FIALHO, A. — Blastomicose do tipo “Jorge Lôbo”. O Hospital (Rio) 14(4): 903-918, 1938.
6. LÔBO, J. — Um caso de blastomicose, produzido por uma espécie nova, encontrada no Recife. Rev. Med. de Pernambuco 1 (1):763-765, 1939.
7. LÔBO, J. — Blastomicose Queloidiana (Doença de Jorge Lôbo). An. Fac. Med. Univ. Recife 14(2):151-162, 1954.
8. LÔBO, J. — Blastomicose queloidiforme. Doença de Jorge Lôbo. J. Bras. Med. 11(2):120-137, 1966.
9. MORAES, M.A.P. — Blastomicose tipo Jorge Lôbo: seis casos novos encontrados no Estado do Amazonas, Brasil. Rev. Inst. Med. Trop. São Paulo 4(3): 187-197, 1962.
10. MORAES, M.A.P.; OLIVEIRA, W.R. — Novos casos de micose de Jorge Lôbo encontrados em Manaus, Amazonas (Brasil). Rev. Inst. Med. Trop. São Paulo 4(6):403-406, 1962.
11. PEÑA, C.E. — Blastomicosis Queloidiana en Colombia. Presentacion de dos casos. Mycopathologia et Mycologia Applicata 33(3-4):313-320, 1967.
12. VILLEGAS, M.R. — Enfermedad de Jorge Lobo (Blastomicosis queloidiana) Presentacion de um nuevo caso colombiano. Mycopathologia et Mycologia Applicata 25 (4):373-380, 1965.