

RINOSPORIDIOSE NASAL

Aspectos epidemiológicos e anatomo-patológico em 10 casos *

H. L. MIZIARA ** FRANCISCO DE ASSIS M. SANTOS *** RICARDO
K. KALIL ****

RESUMO

Dez casos de rinosporidiose nasal foram estudados no 1.º Hospital Distrital de Brasília — Distrito Federal, nos quais são evidenciados os aspectos macro e microscópicos da lesão e diferença entre as formas primárias e recidivadas. Em relação à epidemiologia chama-se a atenção para a zona do Estreito-Maranhão, onde houve a maior incidência dos casos apresentados, aventando-se a possibilidade de endemia naquela área.

Finalmente, com base na revisão bibliográfica, conclui-se ser este o primeiro trabalho no Brasil reunindo 10 (dez) casos.

INTRODUÇÃO

A rinosporidiose é uma infecção fúngica causada pelo **Rhinosporidium Seeberi**, tendo sido observada na espécie humana, bem como em bovinos e eqüinos. (4). A primeira referência a esta con-

dição parece ter sido feita por Malbran, em 1812, na Argentina. Mais tarde, em 1900, Seeber descreveu o agente etiológico. Foram porém, Ashworth e Logan Turner que descreveram seu ciclo vital e lhe deram o nome de **Rhinosporidium Seeberi**.

Muito embora existam na literatura, referências de casos isolados descritos entre nós (1, 2, 3, 5, 6, 7, 8, 9), conseguimos coletar 10 casos de procedência diversa (quadro 1), que passamos a relatar.

CASUÍSTICA

Caso n.º 1

A. L. C., 15 anos de idade, sexo masculino, natural e residente na Ilha do Bananal, cor parda. Em 20.10.65 procurou o Hospital, apresentando há 2 me-

* Trabalho realizado na Unidade de Anatomia Patológica do 1.º Hospital Distrital de Brasília — Distrito Federal.
** Patologista Chefe do 1.º Hospital Distrital de Brasília.
*** Ex-Patologista do H.G.V. — Teresina, PI., atualmente no 1.º H.D.B.
**** Patologista do Centro de Reabilitação Sarah Kubitschek.

TABELA I

Sinópsse da Casuística

Casos	Idade	Sexo	Cor	Profissão	Procedência
1.º — A.S.	15	Masc.	Parda	—	Bananal — Go.
2.º — E.D.C.	19	Masc.	Parda	—	Bahia (Barreiras)
3.º — J.N.S.	18	Masc.	Preta	—	Distrito Federal
4.º — G.R.	16	Masc.	Branca	—	Espírito Santo
5.º — J.R.L.	14	Masc.	Parda	—	Maranhão
6.º — G.B.S.	11	Masc.	Parda	—	Maranhão
7.º — J.S.O.	23	Masc.	Preta	Lavrador	Maranhão
8.º — F.N.L.	12	Masc.	Branca	—	Maranhão
9.º — A.P.S.	14	Masc.	Preta	Lavrador	Maranhão
10.º — A.B.C.	12	Masc.	Parda	Lavrador	Maranhão

ses um polipo na fossa nasal esquerda, sangrante e de coloração avermelhada com pontos amarelados. Na ocasião, foi feita biópsia tendo sido diagnosticado rinosporidiose (B. 1698/65), realizando-se a cirurgia definitiva 2 meses após — (peça n.º B. 2049/65).

Caso n.º 2

E. D. C., 19 anos, sexo masculino, cor parda, solteiro, natural e residente em Barreiras, Bahia. Há 16 meses notou o aparecimento de pequeno tumor nasal de crescimento lento. Sem dor, sangramento ou qualquer outro sintoma até há 1 mês, quando houve pequena hemorragia sem causa aparente. É habitante de zona rural, em contato frequente com animais; sem conviência com estrangeiros.

O exame físico mostra tumor avermelhado com pontos amarelados disseminados na superfície, partindo do septo nasal e ocupando o vestíbulo e meato inferior, com cerca de 2 cm de diâmetro, de aparência verrucosa. Foi realizada a biópsia (B. 2208/69 em 22.09.69), mostrando tratar-se de rinosporidiose, e a cirurgia definitiva em 9.11.69 (B. 2739/69). Dois anos após, em 07.08.71, procurou novamente o hospital por recidiva, comprovada por biópsia (B. 1866/71).

Caso n.º 3

J. N. S., com 18 anos de idade, sexo masculino, cor preta, residente no Distrito Federal, apresentava há 10 meses, uma lesão vegetante e sangrenta na fossa nasal esquerda, pediculada à muco-

sa do septo. Excisada a lesão no ambulatório do 1.º H. D. B. o exame anatomo-patológico evidenciou rinosporidiose (B. 832/72).

Caso n.º 4

G. R., 16 anos de idade, masculino, cor branca, estudante, brasileiro, solteiro, residente em Muqui, Espírito Santo. Há 3 anos, apresentou obstrução da fossa nasal esquerda, já tendo sido retirado uma vez grande polipo do mesmo local. O tumor atual, pediculado, inserido na cabeça do corneto inferior esquerdo, foi retirado com alça fina, com hemorragia insignificante. O exame anatomo-patológico revelou rinosporidiose (B. 105/55).

Caso n.º 5

I. R. L., 14 anos de idade, se-nhão, escolar. Apresentava, há 3 meses, uma lesão papilomatosa no não, escolar. Apresentava há 3 meses uma lesão papilomatosa no 1/3 anterior do septo, lado esquerdo. Executada a ablação cirúrgica em 15.10.70, o exame anatomo-patológico (B. 3430/70) revelou tratar-se de rinosporidiose.

Caso n.º 6

G. B. S., 11 anos de idade, masculino, cor parda, natural e residente no Maranhão. Notou, há 3 meses uma formação polipoide na F.N.D. Executada a cirurgia, o exame anatomo-patológico ...

(B. 3759/71) revelou tratar-se de rinosporidiose, em 16.07.71.

Caso n.º 7

J. S. O., 23 anos de idade, sexo masculino, cor preta, casado, natural e residente no Maranhão, lavrador, apresentava uma formação papilomatosa na F.N.E., que teve início há 6 meses. Cirurgia realizada em 10.11.71. O exame anatomo-patológico revelou tratar-se de rinosporidiose.

Caso n.º 8

F. N. L., 12 anos de idade, sexo masculino, cor branca, natural e residente no Maranhão, escolar. Observou uma formação papilomatosa na F. N. D., com início há 2 meses e de crescimento progressivo. Cirurgia realizada em 17.02.71. O exame anatomo-patológico revelou tratar-se de rinosporidiose (B. 4032/71).

Caso n.º 9

A. P. S., 14 anos de idade, sexo masculino, cor preta, lavrador, natural e residente no Maranhão (Estreito). Há 5 meses notou aparecimento de lesão papilomatosa de crescimento progressivo na F.N.E., Cirurgia realizada em 18.04.71. O exame anatomo-patológico revelou tratar-se de rinosporidiose.

Caso n.º 10

A. B. L., 12 anos, sexo masculino, cor parda, lavrador, natural e residente no Maranhão

(Passagem Franca) apresenta obstrução nasal à E. por lesão papilomatosa com evolução de 6 meses.

A lesão foi retirada cirurgicamente em 27.06.72 e verificou-se tratar-se de rinosporidiose ao exame anátomo-patológico (4187 H 72).

MATERIAL E MÉTODOS

As biópsias foram enviadas para exame anátomo-patológico, fixadas em formol e coradas pelo H.E. e P.A.S.

RESULTADOS

Pelo H. E. o diagnóstico foi de fácil realização, mostrando estrutura revestida por epitélio pavimentoso estratificado e, em algu-

mas áreas, por epitélio respiratório. O tecido conjuntivo subjacente é proliferado, densamente infiltrado por linfócitos, plasmócitos, histiócitos, e, em alguns casos, por células gigantes tipo corpo estranho. Nota-se a presença de numerosos esporângios, alguns deles rompidos e liberando numerosos esporos. São vistas, ainda, áreas de necrose. (Figura 01). Pelo método do ácido periódico Schiff, (P.A.S.) a cápsula e os esporos tornam-se mais evidentes.

COMENTÁRIOS E CONCLUSÕES

O rinosporidium começa o ciclo nos tecidos como um parasita mendindo 6-8 micra, cresce por divisão nuclear até 200-300 micra e contém cerca de 4.000



Fig. 1 — Numerosos esporângios em meio a estroma reacional e vários abscessos. H.E. 117 X.

núcleos que formam 16.000 esporos. O parasita maduro, chamado esporângio, tem cápsula quitinosa de duplo contorno com um poro germinal por onde são eliminados os esporos. É facilmente visto nas colorações H. E. de rotina, porém melhor demonstrado pelo P.A.S. (vermelho brilhante), ou pela coloração de Gridley para fungos (violeta). Foram frustradas até agora, todas as tentativas de cultivo, de inoculação em animais e de infecção experimental por inalação, não se conhecendo ainda o modo de transmissão da doença.

A rinosporidiose é endêmica na Índia e no Ceilão, tendo sido descritos casos nos E.U.A., Argentina, México, Itália, Uruguai, Cuba, Paraguai, Equador, África, Israel, Inglaterra, Escócia, Tchecoslováquia, Vietname, Malásia, Filipinas, Pérsia e Turquia. A faixa etária em que ocorre é dos 10 aos 40 anos com poucas exceções e, preponderantemente no sexo masculino, na proporção de 3: 1 a 10: 1, nas várias séries estudadas em relação ao sexo feminino. Estes dois dados, idade e sexo, levaram Kutty e col. (10) a sugerir uma relação da doença com a produção de andrógenos, na ausência de anticorpos específicos.

As lesões causadas pelo rinosporidium seeberi localizam-se, na grande maioria dos casos, nas fossas nasais, tendo sido descritas outras localizações primárias da doença: conjuntiva, saco lacrimal, conduto auditivo externo, pele, lábios, úvula, palato, nosofaringe, parótida, epiglote, laringe, tra-

quéia, brônquios, seio maxilar, seio etmoidal, pênis, vagina, uretra e reto, encontrando-se ainda o relato de um caso sistêmico fatal por Rajam e col. (1955). (11).

Quanto aos sintomas clínicos, há obstrução nasal lentamente progressiva, a c o m p a n h a d a de epistaxe, corrimento nasal sem odor fétido.

A idade e o sexo dos pacientes por nós estudados coincidem com as descrições anteriores.

O aspecto macroscópico da lesão se traduz na forma de polipo simples ou múltiplo, papilomatoso ou vegetante. No que se refere à coloração, se bem que ela é róseo avermelhada, chama a atenção pontilhado branco-amarelado na superfície que corresponde aos esporângios. Sendo bem vascularizado, sangra facilmente ao toque. São uni-laterais e localizam-se no septo cartilaginoso sem características infiltrativas.

Em princípio, o quadro histopatológico das lesões no nosso material, revela hiperplasia epitelial, infiltração de células mononucleares, proliferação fibroblástica e células gigantes tipo corpo estranho. No entanto, além destes elementos, podemos observar que as lesões se comportam diferentemente quando se trata de primária e recidivada. Acrescentaríamos na forma primária os microabscessos em torno dos esporângios rompidos, além do infiltrado celular descrito classicamente (Fig. 2).

Nos casos recidivados, (casos 2-4) os esporângios aparecem em um estroma essencialmente fibro-

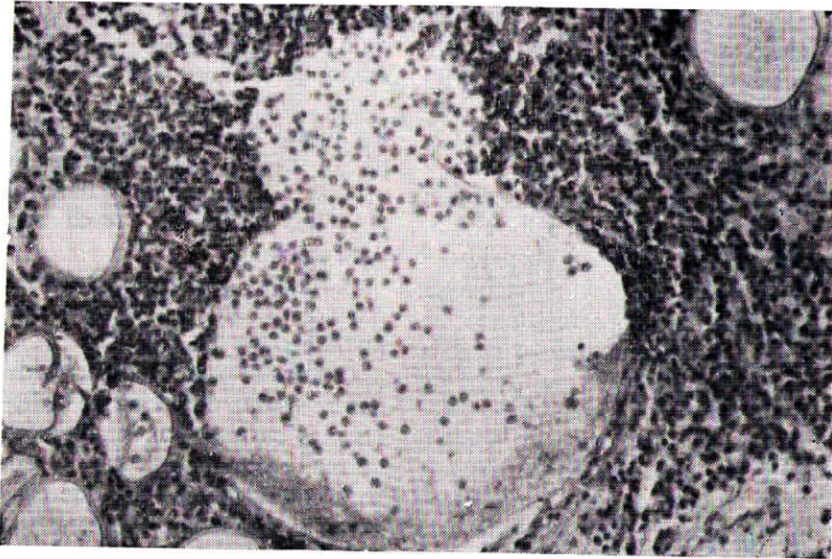


Fig. 2 — Detalhe de esporângio rompendo-se H.E. 280 X.

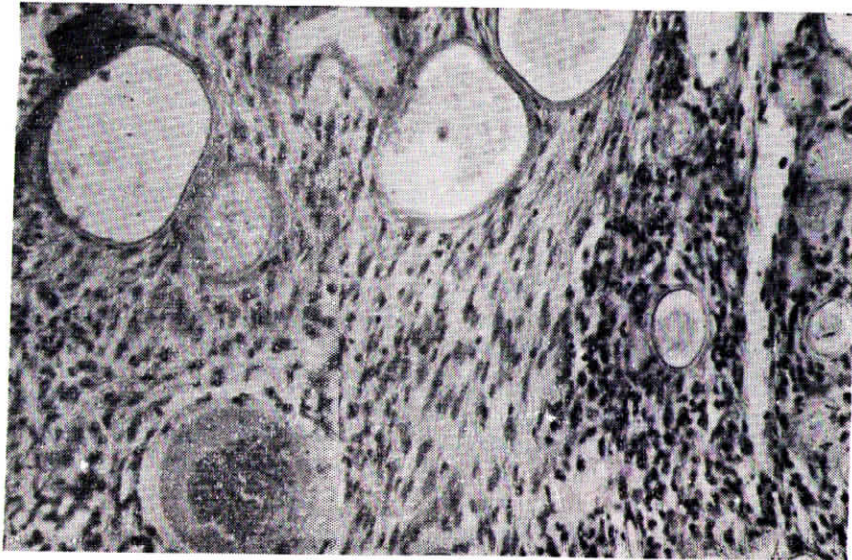


Fig. 3 — Lesão recidivada com predominância de fibroblastos no estroma. H.e. 280 X. Observam-se também alguns organismos mortos.

blástico de permeio com infiltrado linfocitário (Fig. 3).

Este quadro histológico, diferente daqueles considerados primários, nos leva a admitir que a reação fibroblástica tenha ocorrido em função de fatores imunológicos locais, quer tenha havido nova infecção ou apenas recidiva de lesão antiga.

Com isto podemos concluir que, em verdade, as duas formas são histologicamente distintas.

Merece ainda especial menção o aspecto epidemiológico da rinosporidiose em nosso meio.

Segundo o quadro 1, pode-se verificar que a maioria dos doentes é oriunda do Maranhão, mais particularmente da zona do Estreito, fazendo crer que nesta área a infecção adquira características endêmicas. Deve-se levar em conta que os nossos casos apareceram no período de 3 anos, e que anteriormente, em 1967 já havia relato de mais 2 casos provenientes dessa mesma área (13).

Quanto à profissão ou habitat, faltam-nos informações que nos conduzam a um dado seguro, mas tudo leva a crer que a maioria é do campo, com base nas condições econômicas dos mesmos e procedência.

O tratamento utilizado é a ablação cirúrgica por meio do bisturi elétrico, podendo ser seguida do uso de preparados antimoniais. Não é rara a recidiva, principalmente nos casos de polipos múltiplos, como tivemos a oportunidade de observar em dois dos nossos casos.

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Paulo F. Becker da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto — Estado de São Paulo pelo envio do caso n.º 04.

Ao Dr. Arnaldo Nogueira, Otorrino-Laringologista do H.G.V. — Teresina — Piauí, pelo envio do material cirúrgico de cinco casos apresentados (6, 7, 8, 9, 10).

NASAL RHINOSPORIDIOSIS — EPIDEMIOLOGICAL AND PATHOLOGIC ANATOMIC ASPECTS

SUMMARY

Ten cases of nasal rhinosporidiosis are studied at 1.º H.D.B. — D.F., in which the gross and microscopic findings of the lesions are observed.

A differentiation between the initial and the recurrent form is pointed out.

As to epidemiology, the area of Estreito — Maranhão is one of the most important foci of the disease since a greater incidence of our presenting cases has come from that area.

At last it is concluded that this is the first paper in Brazil in which 10 cases are reported simultaneously.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. AYRES, FRANCISCO — Rinosporidiose Nasal. *Revã Goiana Med.*, 4: 333-39, 1968.
2. AZEVEDO, M. L. — Rinosporiose Conjuntival. *Arq. Bras. Oftal.* 24 (1): 37-45, 1961.
3. BOCACCI, J. & BECKER, P.F. — Sobre um caso de rinosporidiose palpebral e conjuntival. *Med. e cir.* 11: 42-43, 1949.
4. BUENO, P. & FARIA, P.N. — Rinosporidiose em luar. *Arq. do Inst. de Biol.*, 12: 297-302, 1941.
5. CANTIDIO, U.M. — Rinosporidiose. *Rev. Fac. Med. Univ. Ceará.* 1: 79-89, 1961.
6. COELHO, R.B. — Um caso de rinosporidiose nasal. *Resenha. CLN. Científica.* 11: 512-523, 1942.
7. COELHO, R.B. — Rinosporidiose. *Anals da Fac. Med. Univ. do Recife.* 20/11: 5-10, 1945/46. *Folha, Méd.*, 30: 34-35, 1949.

8. FERREIRA, M.A. & SALES, F.J.M. — Rinosporidiose nasal. Arq. do Inst. Penedo Burnier., 8: 104-112, 1949.
9. PIVA, N. — Rinosporidiose. Arq. Centro de Estudos Hosp. Cirurgia., 8: 75-89, 1959.
10. KUTTY, M.K. SHREEDHARAN, T. e MATHEW, K. T. — Some observations on rhinosporidiosis the Am. J. of the Medical Sciences, 246; 695, 1963.
11. GUPTA, O.P. — Unusual extranasal manifestations of rhinosporidiosis. The laryngoscope, LXXVI, 1842, 1966.
12. KHALEQUE, K.A. — Interesting findings in rhinosporidiosis. The Am. J. Of. Med., 35: 566, 1963.
13. SANTOS, F.M. — Comunicação de 2 casos de rinosporidiose — Congresso Regional Norte-Nordeste de Patologia — Natal, 1967.