

## ACOMETIMENTO ÓSSEO NA PARACOCIDIOIDOMICOSE CRÔNICA DISSEMINADA. RELATO DOS PRIMEIROS CASOS NO RIO GRANDE DO SUL

Luiz Carlos Severo, Aventino Alfredo Agostini e  
Alberto Thomaz Londero

*São relatados os primeiros casos de paracoccidioidomicose com envolvimento ósseo observados no Rio Grande do Sul. Comentam-se os achados clínico-radiológicos e destacam-se peculiaridades observadas nos casos sul-riograndenses.*

*Palavras-chaves: Paracoccidioidomicose. Paracoccidioides brasiliensis. Osso. Articulação.*

Paracoccidioidomicose (PCM) é a micose sistêmica mais freqüente no Rio Grande do Sul. Desde os primeiros relatos de casos, em 1942, vem sendo apontadas algumas peculiaridades das manifestações da micose em nativos residentes no estado: 1) não há registro de caso da forma disseminada subaguda ("juvenil"); 2) nos dois casos da micose observados em crianças as lesões eram circunscritas aos pulmões; 3) o acometimento pulmonar em pacientes com a forma disseminada crônica (tipo "adulto") ocorre em 97 a 100% dos doentes, em contraposição ao baixo percentual de envolvimento dos linfonodos e da pele; 4) tem sido alta a freqüência de lesões circunscritas aos pulmões em adultos - forma pulmonar crônica. Além disso, em nativos do estado, foram observados 1) o complexo primário pulmonar, em vida e 2) foram comprovadas lesões pulmonares espontaneamente curadas - lesões residuais<sup>3,9</sup>.

Também, é interessante não ter sido relatado caso de envolvimento ósseo em pacientes sulriograndenses. Esse fato justifica a apresentação de cinco casos de PCM em que houve acometimento ósseo.

### MATERIAL E MÉTODOS

Foram revistos os protocolos clínicos de 505 pacientes com paracoccidioidomicose, diagnosticados no período 1966-1994.

Departamento de Medicina Interna, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS.

Endereço para correspondência: Dr. Luiz Carlos Severo, IPD/Santa Casa. R. Annes Dias 285, 90020-090 Porto Alegre, RS. Fax: (051) 2274040.

Recebido para publicação em 28/11/95.

### RESULTADOS

O acometimento ósseo foi observado em 5/505 dos doentes (1%); todos eram homens, brancos, com idades entre 31 e 47 anos. Os sintomas, as lesões radiológicas e o diagnóstico constam na Tabela 1. Aspectos radiológicos de lesões osteolíticas em costela, osso frontal e osso coxal são ilustrados nas Figuras 1, 3 e 4, respectivamente. As lesões óseas podem ocasionar alterações no exame físico. No caso 3 houve lesão cutânea (Figura 2) e no caso 4 a deformação da cabeça do fêmur levou a encurtamento do membro inferior esquerdo.

### DISCUSSÃO

O primeiro caso de envolvimento ósseo na PCM foi relatado em 1911 por Pereira e Vianna<sup>8</sup>. Revisões sobre o assunto foram feitas por Silva<sup>10</sup> e por Marchiori<sup>6</sup>, coligindo, respectivamente, 94 e 92 casos da literatura brasileira e acrescentando 15 e 20 casos pessoais. É de presumir-se que o acometimento ósseo na PCM deva ser mais freqüente, haja visto que em casuísticas de áreas de alta endemicidade da micose o envolvimento do esqueleto foi observado em 3,5 a 16,6% dos doentes<sup>2,5,10,12</sup>, não tendo sido ultrapassada essa última cifra, mesmo quando feito o estudo sistemático do esqueleto de toda uma série de doentes<sup>7</sup>.

O acometimento ósseo é mais freqüente em indivíduos jovens, com menos de 20 anos (27 a 50%)<sup>6,10</sup> e, em certas regiões do Brasil, maior na primeira década da vida<sup>6</sup>. Em crianças, atinge de 10 a 30% dos pacientes<sup>11</sup>, nos quais, com relativa freqüência, a sintomatologia devido ao acometimento ósseo

Tabela 1 - Sumário dos sintomas, alterações radiológicas e diagnóstico dos cinco casos.

Caso	Sintomas	Alterações radiológicas		Diagnóstico
		pulmonares	ósseas	
1	dificuldade de deambular	sem evidência de lesão em atividade	lesão osteolítica na cabeça do fêmur	biópsia do fêmur D
2	tosse, expectoração febre, astenia, dor torácica à direita e emagrecimento	micronódulos, bolhas de enfisema subpleural e espessamento pleural à D	lesão osteolítica (5cm) no 8º arco costal D (Figura1)	microscopia do escarro; biópsia oral e da costela
3	tosse, expectoração emagrecimento, astenia anorexia, sudorese noturna, disfonia, dor no dedo médio da mão D	nódulos (2 a 3cm) e micronódulos em ambos os pulmões	lesão osteolítica na falange distal do dedo médio da mão D (Figura 2)	microscopia do escarro e pus do dedo; biópsia da epiglote
4	tosse, expectoração, hemoptise, cefaléia frontal	infiltração mista intersticial e alveolar. micronódulos e nódulos nos dois terços inferiores de ambos os pulmões	lesão osteolítica do frontal à D (Figura 3)	microscopia do escarro
5	disfonia e dor em região ilíaca à E	nódulos e micronódulos em ambos os pulmões, principalmente à E	lesão osteolítica (4cm) no osso coxal junto ao acetábulo e deformação da cabeça do fêmur à E (Figura 4).	biópsia de laringe e ID +

D = direita; E = esquerda; ID+ = imunodifusão positiva.

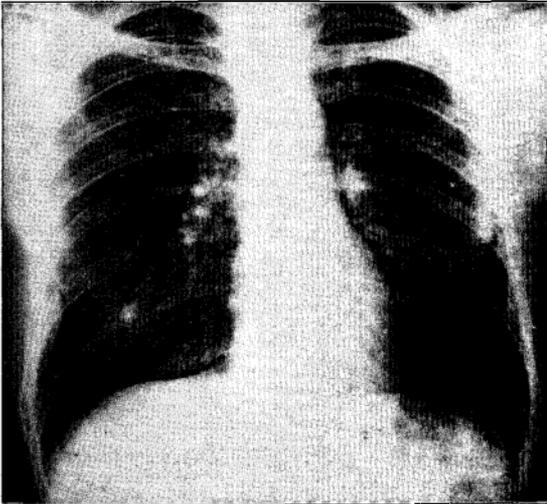


Figura 1A - Caso 2: lesão osteolítica no 8º arco costal.



Figura 1B - Caso 2: visão focada da lesão costal, à direita.



Figura 2 - Caso 3: aspecto lesional do dedo médio da mão direita.



Figura 4 - Caso 5: lesão osteolítica do osso coxal e deformação da cabeça do fêmur à esquerda.



Figura 3 - Caso 4: lesão osteolítica do osso frontal à direita.

ou articular constitui a apresentação e/ou a manifestação mais proeminente da micose<sup>11</sup>.

No entanto, no Rio Grande do Sul ainda não havia sido feita referência ao envolvimento ósseo em doentes nativos, o que constituía, ao lado da inexistência de casos de PCM disseminada "juvenil", uma das peculiaridades da micose nesse estado. Mesmo com o relato de cinco casos, apresentados agora, continua uma curiosidade: nesses pacientes, todos adultos, apresentando a forma disseminada crônica da micose, as lesões ósseas são localizadas (solitárias) em um osso ou articulação. Nos pacientes de outros estados, as lesões solitárias constituem minoria: 4 em 20 pacientes<sup>6</sup>, ou 3 em 15<sup>10</sup>, confira na Tabela 2. Ademais, 4 dos 5 pacientes sulinos apresentavam envolvimento pulmonar

concomitante, achado incomum nos pacientes do Rio de Janeiro<sup>6</sup>, porém, mais comum nos doentes do Paraná<sup>10</sup>. Num dos pacientes de Silva<sup>10</sup>, curiosamente apesar do radiograma torácico não revelar anormalidade, *P. brasiliensis* era abundante no escarro.

Tabela 2 - Prevalência de lesões osteoarticulares solitárias na PCM em casuísticas de alguns estados brasileiros e em revisão da literatura.

Ossos ou articulação	RS*	RJ <sup>6</sup>	PR <sup>10</sup>	Literatura <sup>10</sup>
Fêmur	1/5	1/20	2/15	1/92
Costela	1/5	1/20	2/15	2/92
Falange	1/5	-	-	1/92
Ossos frontais	1/5	1/20	-	5/92
Quadril	1/5	1/20	-	2/92

\* Presente série de casos

Numerador = número de casos, Denominador = número total de casos.

Ademais, quanto ao sexo, todos os pacientes sulinos eram homens, enquanto, em outros estados a relação homem/mulher foi de 1,5:1<sup>o</sup> e 2:1<sup>o</sup>. Um único paciente do sul apresentava sintomas de acometimento osteo-articular, porém, como usualmente ocorre, com sintomatologia inespecífica<sup>6,7,10,11</sup>.

O diagnóstico de lesões paracoccidíoidicas solitárias, desacompanhadas de outras lesões de fácil acesso, usualmente constitui achado casual em material obtido por biópsia.

### SUMMARY

*The first cases of bone involvement in paracoccidiodomycosis observed in the state of Rio Grande do Sul (Brazil) are reported. Clinical and radiological findings are commented and some peculiarities are pointed out.*

*Key-words: Paracoccidiodomycosis. Paracoccidoides brasiliensis. Bone. Joint.*

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Barbosa GL. Paracoccidiodomicose na criança. Tese de Mestrado, Instituto de Patologia Tropical, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 1992.
2. Barbosa W. Blastomicose sul-americana. Contribuição ao seu estudo no Estado de Goiás. Tese de Livre-Docência, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 1968.
3. Campos EC. Micose de Lutz (Blastomicose sul-americana). Contribuição ao seu estudo no Estado do Rio Grande do Sul. Tese de Livre-Docência, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 1960.
4. Londero AT, Ramos CD. Paracoccidiodomicose. Estudo clínico e micológico de 260 casos observados no interior do Estado do Rio Grande do Sul. Journal de Pneumologia 16: 129-132, 1990.
5. Machado Filho J, Miranda JL. Considerações relativas à blastomicose sul-americana. Localizações, sintomas iniciais, vias de penetração e disseminação em 313 casos consecutivos. O Hospital 58: 99-137, 1960.
6. Marchiori E. Aspectos radiológicos das lesões osteoarticulares na paracoccidiodomicose - considerações sobre 20 casos. Radiologia Brasileira 22: 5-16, 1989.
7. Nanni L. Aspectos radiológicos da paracoccidiodomicose óssea. Tese de Doutado, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1976.
8. Pereira M, Vianna GO. A propósito de um caso de blastomicose (*Piohemnia blastomycotica*). Archivo Brasileiro de Medicina 1: 63-83, 1911.
9. Severo LC, Geyer GR, Londero AT, Porto NS, Rizzon CFC. Primary lymph node complex in paracoccidiodomycosis. Mycopathologia 67: 115-118, 1979.
10. Silva AF. Contribuição aos estudos da paracoccidiodomicose no Paraná e das lesões ósseas e articulares paracoccidíoidicas. Tese de Livre-Docência, Curso de Medicina, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 1976.
11. Terra GME. Contribuição ao estudo clínico da paracoccidiodomicose na criança. Tese de Mestrado, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1993.
12. Versiani O. Blastomicose. Revista Brasileira de Biologia 5: 37-60, 1945.