

Rinosporidiose da conjuntiva - Relato de caso

Rhinosporidiosis of the conjunctiva - case report

Eurico Semedo Boni¹
Zandara Melo Saliba²
Danielle B. Sessino³
João Nestor Rodrigues de Miranda⁴
Michelle Boni⁵

RESUMO

A rinosporidiose é infecção fúngica rara, especialmente quando compromete o olho. O agente etiológico é o *Rhinosporidium seeberi*, que produz lesões elevadas e polipóides, com característica de inflamação granulomatosa, rica em parasitos. Os autores relatam um caso de comprometimento da conjuntiva tarsal em paciente jovem de 22 anos. É o primeiro caso de rinosporidiose ocular no estado do Espírito Santo comprometendo o olho. As características clínicas, a etiologia, a patogênese, o diagnóstico e a terapêutica são discutidos.

Descritores: Rinosporidiose; *Rhinosporidium*; Infecções oculares fúngicas; Relato de caso

INTRODUÇÃO

Rinosporidiose é infecção produzida pelo *Rhinosporidium seeberi* e caracteriza-se por lesões elevadas, lembrando pólipos ou papilomas, com pontilhado branco-amarelado na mucosa^(1,2). É mais freqüente na mucosa respiratória da cavidade nasal e menos freqüente no olho, quando é denominada de oculosporidiose, a qual representa cerca de 15% dos casos da doença⁽³⁾. Mais raramente pode estar presente em outros locais do corpo, já tendo sido descritos acometimentos de vagina, reto, pênis e conduto auditivo externo⁽⁴⁾.

No olho, a conjuntiva e o saco lacrimal são os locais preferidos, sendo menos freqüente o comprometimento da esclera e dos canaliculos⁽²⁾.

O primeiro caso de rinosporidiose foi descrito em 1900⁽⁵⁾, em um trabalhador rural de 19 anos com lesão na cavidade nasal. Em 1910 foi relatado o primeiro caso de comprometimento ocular⁽⁶⁾. No Brasil, o primeiro caso da doença foi relatado em São Paulo por Montenegro em 1930, que não o publicou, sendo a primeira publicação feita em 1933⁽⁷⁾. No Espírito Santo, o primeiro caso autóctone foi por nós publicado em 1986, e seu comprometimento se limitava à cavidade nasal⁽⁸⁾. Não existia até então relato de casos de rinosporidiose ocular no Espírito Santo.

O objetivo do trabalho é descrever o primeiro caso de rinosporidiose ocular no estado do Espírito Santo e discutir as principais características clínicas, a etiologia, a patogênese, o diagnóstico e a terapêutica.

RELATO DO CASO

Paciente masculino, 22 anos de idade, natural de Canavieiras (Bahia), residente há 3 anos em Vitória, Espírito Santo. Exerceu várias atividades em sua cidade de origem, entre elas o transporte e manuseio de palha de piaçaba, utilizadas na confecção de vassouras. Tinha hábito de banhar-se freqüentemente em rios e lagos da região. Atualmente exerce a profissão de garçom.

Trabalho realizado no Laboratório de Patologia LAPACI e no Departamento de Patologia da EMESCAM em Vitória - Espírito Santo.

¹ Prof. Adjunto de Patologia da Escola de Medicina da Santa Casa de Misericórdia de Vitória.

² Médica Oftalmologista.

³ Pós-graduanda em nível Doutorado em Oftalmologia na UNIFESP.

⁴ Prof. Assistente de Patologia da Escola de Medicina da Santa Casa de Misericórdia de Vitória.

⁵ Médica.

Endereço para correspondência: Departamento de Patologia da EMESCAM - Vitória (ES) Caixa Postal 15135 CEP 29045-102. E-mail: patologia@emescam.br
Recebido para publicação em 04.12.2000
Aceito para publicação em 20.08.2001

Dois meses antes do atendimento, o paciente apresentou lesão no olho esquerdo, com crescimento progressivo, acompanhada de prurido e turvação da visão, causada por sangramento após esfregar o olho.

O exame clínico com o biomicroscópio em lâmpada de fenda mostrou lesão polipóide, pedunculada, lobulada, móvel, mole, de coloração vermelha e brilhante, localizada na conjuntiva tarsal superior esquerda, que se exteriorizava sobre a córnea e distava 2 mm do limbo superior. O exame do olho contralateral não evidenciou qualquer alteração clínica ou morfológica.

Foi feita a ressecção cirúrgica da lesão, seguida de cauterização da superfície sangrante, sendo a peça enviada para exame anatomopatológico. Ao exame macroscópico, a peça media 7 mm de comprimento e 5 mm de largura, mostrava aspecto polipóide e era constituída por tecido de cor parda-centa, de consistência firme e elástica. O exame histológico das lâminas (coradas por hematoxilina-eosina, PAS, Grocott e tricrômio de Gomori) mostrou estrutura polipóide, revestida externamente de epitélio pavimentoso estratificado, sustentado por tecido conjuntivo, com inúmeros parasitos, processo inflamatório crônico granulomatoso e neoformação conjuntivo-vascular (Figura 1). O infiltrado inflamatório era de forma predominante, constituído por linfócitos, histiócitos e plasmócitos, com presença de polimorfonucleares e alguns eosinófilos, além de células gigantes do tipo corpo estranho (Figura 2). Em meio ao infiltrado inflamatório, foram observadas inúmeras formas fúngicas esféricas ou ovóides, com características morfológicas do *Rhinosporidium seeberi*, representadas por esporângios maduros, com membrana quitinóide, cheios de esporangiósporos (zoósporos) que por vezes eram cercados por células gigantes do tipo corpo estranho. Em alguns locais, os esporângios penetravam o epitélio e apresentavam-se rotos com eliminação de seu conteúdo através de um poro. Grande número dos esporângios observados mostrava-se atrófico, colapsado ou degenerado (Figura 3). O diagnóstico anatomopatológico foi de rinosporidiose ocular.

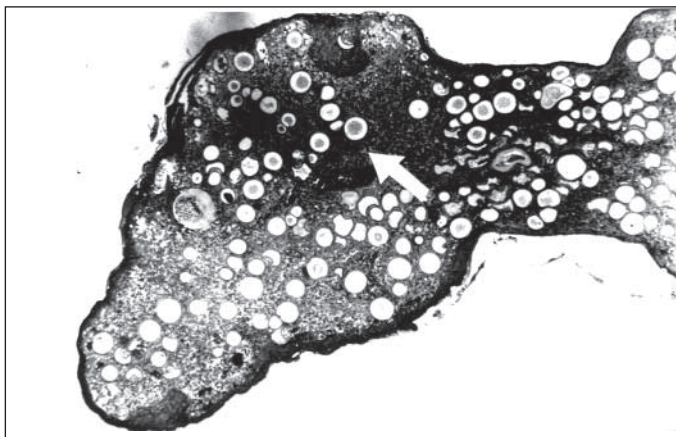


Figura 1 - Lesão polipóide revestida por epitélio escamoso com inúmeros esporângios e infiltrado inflamatório (HE, 40x)

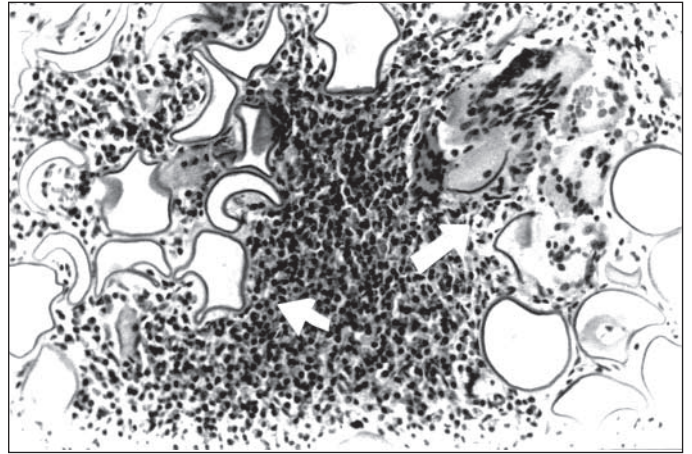


Figura 2 - Esporângios envolvidos por infiltrado linfohistioplasmocitário com células gigantes (HE,200x)

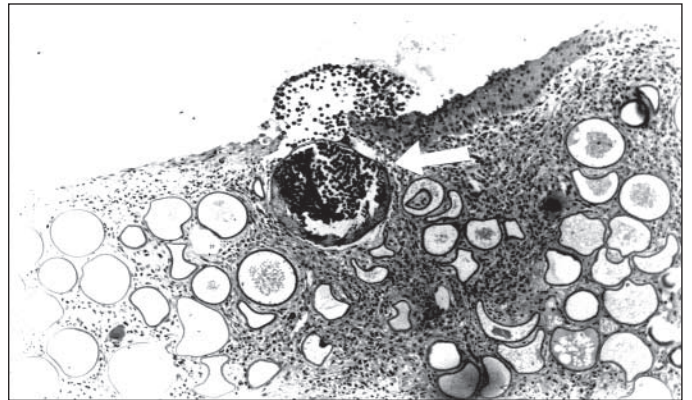


Figura 3 - Esporângio maduro e rôto eliminando esporangiosporos na superfície (PAS, 200x)

Com o resultado de rinosporidiose, foi feita a rinoscopia, que não evidenciou lesões na cavidade nasal. Foram realizados testes anti-HIV, que foram todos negativos.

No período pós-operatório não houve queixas ou complicações, obteve-se bom resultado, sem sinais de recidiva. Permaneceu apenas cicatriz linear esbranquiçada de 1,5 mm na conjuntiva tarsal, identificada ao exame com a lâmpada de fenda.

DISCUSSÃO

Os mecanismos da infecção do *Rhinosporidium seeberi*, não são bem conhecidos^(4,9). A hipótese da transmissão direta, pela exposição à água contaminada de lagos, rios e poços ou pela exposição a poeiras, especialmente poeiras dos campos, é a hipótese mais aceita⁽⁴⁾. A contaminação das águas se faria diretamente por esporos presentes em poeiras ou fezes de animais. Outra porta de entrada é a mucosa nasal, por inalação direta de poeiras contaminadas pelos esporos. Da mesma forma, a contaminação da conjuntiva pode ocorrer pelo contato direto

com água contaminada e as poeiras. Nenhum dos casos na literatura sugere a transmissão pessoa a pessoa⁽¹⁰⁾.

As tentativas de reproduzir experimentalmente a infecção não têm obtido sucesso, bem como o isolamento e cultura do agente etiológico em laboratório^(4,9).

Uma vez na mucosa, o esporo penetra o epitélio e, ao alcançar o tecido conjuntivo, desencadeia o processo inflamatório.

No caso relatado, estava presente a história de banhos em rios e principalmente o trabalho com palha de piaçaba, que produz poeira vegetal.

O diagnóstico diferencial das lesões polipóides da conjuntiva, inclui além da rinosporidiose, o granuloma piogênico, epitelomas, papilomas, angiomas, angiofibromas, inflamações (paracoccidiodomicose, criptococose, aspergilose) e mais raramente a amiloidose.

A terapêutica da rinosporidiose é predominantemente cirúrgica com a excisão da lesão, com resultados satisfatórios na maioria dos casos^(2,11). As recidivas são raras e decorrentes da excisão incompleta da lesão. Por isto, para a prevenção das recidivas, sugere-se a cauterização ou crioterapia da base das lesões^(2,10). De maneira coadjuvante, alguns autores tem proposto o uso de drogas alopáticas, inclusive em injeções locais, entre elas a anfotericina B, mas não há suficiente comprovação de sua eficácia^(4,10-12).

CONCLUSÃO

A rinosporidiose é doença rara e os autores relatam o primeiro caso de comprometimento ocular da doença no Estado do Espírito Santo. O caso relatado, embora seja considerado autóctone, contribuirá para o estudo epidemiológico do fungo, mesmo que de maneira informativa. O relato tem também a finalidade de alertar e orientar os médicos para a possibilidade de tal diagnóstico. Apesar da baixa incidência, a rinosporidiose ocular deve sempre constar no diagnóstico diferencial das lesões polipóides da conjuntiva.

ABSTRACT

Rhinosporidiosis is a rare fungal infection, specially when it involves the eye. Its etiologic agent is *Rhinosporidium seeberi*, which produces elevated and polypoid lesions, with features of granulomatous inflammation, rich in parasites. The authors report a case with tarsal conjunctival impairment in a 22-year-old patient. This is the first case of the ocular disease in the state of Espírito Santo. The clinical features, etiology, pathogenesis, diagnosis and therapy are discussed.

Keywords: Rhinosporidiosis; *Rhinosporidium*; Eye infections fungal; Case report

REFERÊNCIAS

1. Allen FRWK, Dave ML. The treatment of rhinosporidiosis in man based on study of sixty cases Indian. Med Gaz 1936;71:376-94.
2. Kuriakose ET. Oculosporeidiosis. Rhinosporidiosis of the eye. Br J Ophthalmol 1963;47:346-9.
3. Rippon JW. Medical mycology of pathogenic fungi and the pathogenic actinomycetes. 3rd. Philadelphia: WB Saunders; 1988. p.362-72.
4. Lacaz CS, Porto E, Martins JEC. Micologia médica. 8ª ed. São Paulo: Sarvier; 1991.
5. Seeber GR. Un nuevo esporozoario parasito del hombre: dos casos encontrados em pólipos nasales [Tesis]. Buenos Aires: Univ Nac de Buenos Aires. 1900. p.1-62.
6. Ingram AC, Cantab BC. *Rhinosporidium kinealyi* in unusual situations. Lancet 1910;2:72.
7. Almeida FP de. As blastomycosis no Brasil. An Fac Med São Paulo 1933;9: 69-164.
8. Mattede MGS, Cunha A, Boni ES, Palhano Junior L. Rinosporidiose nasal: relato de caso. An Bras Dermatol 1986;61:141-4.
9. Grover S. *Rhinosporidium seeberi*: a preliminary study of the morphology and life cycle. Sabouraudia 1970;7:249-51.
10. Reidy JJ, Sudesh S, Klafter AB, Olivia C. Infection of the conjunctiva by *Rhinosporidium seeberi*. Surv Ophthalmol 1997;41:409-13.
11. De Doncker RM, de Keizer RJ, Oosterhuis JA, Maes A. Scleral melting in a patient with conjunctival rhinosporidiosis. Br J Ophthalmol 1990;74:635-7.
12. Job A, Venkateswaran S, Mathan M, Krishnaswami RR. Medical therapy of rhinosporidiosis with dapsone. J Laryngol Otol 1993;107:809-12.

ABO ELETRÔNICO

Novo site

Acesso: <http://www.abonet.com.br>