

PARACOCCIDIOIDOMICOSE OCULAR RELATO DE UM CASO COM CORIORRETINITE POSTERIOR

Walter Oleschko ARRUDA (1), Marco Antonio Santini CANTO (2), Giovanni LODDO (3), Vanda Fátima REBUFFI (3) & Moema de Araújo CARDOSO (1)

RESUMO

É descrito um caso de paracoccidiodomicose com envolvimento ocular. Pela primeira vez descreve-se a presença do fungo em lesão granulomatosa de coróide. Os Autores revêm os casos de paracoccidiodomicose com acometimento do trato uveal já descritos na literatura e analisam os achados clínicos e anátomo-patológicos destes e do presente relato.

UNITERMOS: Paracoccidiodomicose humana — Olho — Coriorretinite posterior

INTRODUÇÃO

A paracoccidiodomicose é uma infecção granulomatosa crônica produzida pelo *Paracoccidioides brasiliensis*, sendo descrita pela primeira vez no Brasil pelo Prof. ADOLPHO LUTZ, em 1908⁸. Desde então as mais variadas formas clínicas da doença, com o acometimento de diversos órgãos e sistemas têm sido relatadas. Acredita-se que a porta de entrada no hospedeiro humano seja o trato respiratório, havendo posterior disseminação sistêmica por via hematogênica e/ou linfática^{1,7}.

Em relação aos olhos e anexos a paracoccidiodomicose acomete com maior freqüência as pálpebras e conjuntivas, geralmente dentro de um quadro disseminado da doença sendo rara a localização primária da lesão micótica no globo ocular⁶.

O comprometimento do trato uveal pela blastomicose é pouco freqüente e existem 4 casos descritos na literatura disponível.

Os Autores descrevem um caso de paracoccidiodomicose ocular com coriorretinite posterior e pela primeira vez a detecção do fungo em lesão granulomatosa de coróide.

APRESENTAÇÃO DO CASO

P.M., masculino, 56 anos, lavrador, foi admitido com queixa de cefaléia, dor severa e perda de visão de olho direito, com início há 1 mês. Ainda referia astenia, anorexia, emagrecimento e tosse com expectoração não purulenta. Fumante de cigarros de palha, não era etilista.

Ao exame físico geral era um homem emagrecido, bem hidratado, com aumento do diâmetro ântero-posterior do tórax. Sua pressão arterial oscilava entre 90/60 e 80/50 mmHg, sem hipotensão postural, pulso 92 b.p.m., rítmico, afebril e eupnéico. Havia lesões moriformes em lábio superior e mucosa bucal direita, sem linfonodomegalia.

O olho direito era totalmente amaurótico, congesto, com catarata secundária, evidenciável à biomicroscopia.

Os exames laboratoriais revelavam hemoglobina 13,1 g/dl, VG 41,2%, 15.500 leucócitos/mm³, 4% bastões, 64% segmentados, 1% eosí-

(1) Departamento de Clínica Médica da Universidade Federal do Paraná, Curitiba, Paraná, Brasil

(2) Departamento de Cirurgia (Oftalmologia) da Universidade Federal do Paraná.

(3) Departamento de Patologia Médica da Universidade Federal do Paraná.

nófilos, 21% linfócitos, 10% monócitos, índices hematimétricos normais, plaquetas normais, VHS 95 mm (Westergreen), creatinina 0,8 mg/dl, glicose 84 mg/dl (Jejum), sódio 139 mEq/l, potássio 4,1 mEq/l, mucoproteínas 11,5 mg/dl tirosina, proteína C reativa positiva, PFD negativo, imunofluorescência para paracoccidiodomicose 1/128, fixação de complemento 1/32, precipitação ++. Bacterioscopia para BAAR no escarro negativa, pesquisa de fungos revelou presença de leveduras com características físicas de *Paracoccidíoides brasiliensis*, confirmada pela cultura. Radiografia de tórax mostrava presença de lesões fibróticas compatíveis com blastomicose sul-americana. Dosagens de 17-hidroxiesteróides e 17-cetosteróides na urina de 24 horas foram de 3,2 mg e 4,2 mg respectivamente. Foi iniciada terapêutica com anfotericina B e hidrocortisona. Uma semana após, devido à dor intratável, sofreu enucleação do olho D.

No estudo anátomo-patológico da peça, à macroscopia, destaca-se o preenchimento da câmara vítrea por tecido predominantemente vermelho escuro, friável, entremeado por áreas amareladas, opacas, como também discreta opacificação da córnea, onde, ao nível do limbo há orifício com 0,9 cm de diâmetro, cujas bordas são irregulares, acastanhadas e friáveis.

A microscopia a câmara vítrea é totalmente preenchida por hemorragia entremeada por tecido de granulação abundante, onde destacam-se granulomas frouxos, constituídos por histiócitos epitelióides e células gigantes multinucleadas tipo Langhans ou tipo corpo estranho, acompanhados de intensa exsudação neurofílica (Figs. 1 e 2). Nestas áreas são evidenciáveis inúmeras estruturas arredondadas de tamanhos variáveis envoltas por cápsula refringente, que pela impregnação argêntica (Grocott) preenchem os critérios morfológicos característicos do *Paracoccidíoides brasiliensis* (Fig. 3). A retina e parte da coróide são também alteradas pelo processo inflamatório ou mesmo substituídas por tecido conjuntivo fibroso denso. Alterações semelhantes com predomínio do tecido de granulação e da reação inflamatória são também observadas ao nível de corpo ciliar.

O estudo microscópico da biópsia de mucosa labial demonstra, além de discretas altera-

ções epiteliais, a presença de granulomas ao nível de córion, de constituição semelhante aos

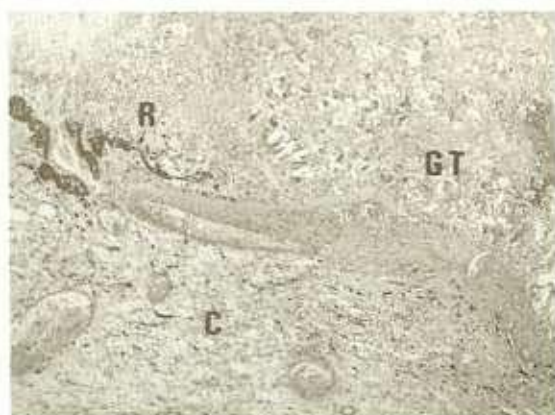


Fig. 1 — Destruição da retina (R) e parte da coróide (C) bem como preenchimento da câmara vítrea por tecido de granulação (GT) (H. & E. obj. 4 x)

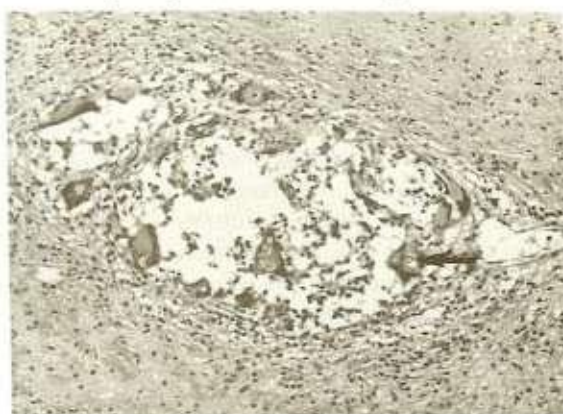


Fig. 2 — Granulomas onde destacam-se células gigantes histiocitárias multinucleadas que contém microorganismos identificados como *Paracoccidíoides brasiliensis* em seu interior (seta) (H. & E. obj. 10 x)

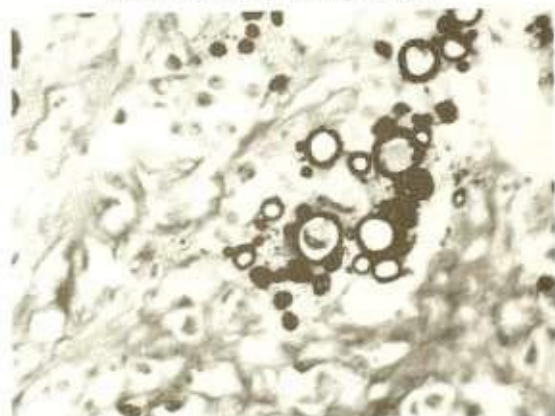


Fig. 3 — Impregnação argêntica onde o *Paracoccidíoides brasiliensis* é facilmente evidenciável (Grocott — obj. 45 x)

descritos em globo ocular, onde os fungos são também evidenciáveis (Fig. 4).



Fig. 4 — Detalhe da mucosa labial onde, ao nível de córion há granuloma com numerosas células gigantes histiocitárias multinucleadas predominantemente do tipo Langhans (H. & E. obj. 10 x)

Duas semanas após à cirurgia o paciente desenvolveu um quadro súbito de hemiparesia esquerda desproporcional, com discreta disartria. Punção líquórica lombar mostrou pressão líquórica normal, eritrócitos 0, leucócitos 2/mm³, mononucleares, proteína 25 mg/dl, glicose 82 mg/dl. Culturas de liquor para BAAR e fungos negativas. Testes sorológicos para toxoplasmose, cisticercose e VDRL negativos. Foi

O paciente teve alta no 76º dia de internação, após completar infusão endovenosa total de 2,0 g de anfotericina B, fazendo uso de prednisona 7,5 mg/dia e sulfametoxazol+trimetoprim, com bom estado geral, desaparecimento das lesões bucais, níveis tensionais normalizados e com boa recuperação do déficit neurológico.

Quatro meses após a alta foi consultado ambulatorialmente e encontrava-se bem e assintomático.

DISCUSSÃO

O Quadro I mostra de maneira sumariada as características de 4 casos de paracoccidioidomicose ocular com envolvimento do trato uveal existentes na literatura e do presente relato. O paciente de DANTAS & col.⁵ também sofreu enucleação mas o estudo anátomo-patológico somente demonstrou um comprometimento inflamatório de íris, poupando a coróide posterior e a câmara vítrea e sem detectar-se a presença do fungo. Este havia sido previamente isolado por meio de cultura do humor aquoso.

Nos casos de CONTI-DIAZ & col.⁴, BRICK³ e de BONOMO & col.² a lesão localizava-se na coróide e os diagnósticos foram firmados por exclusão de outras possíveis etiologias, em presença da doença micótica disseminada nestes

Q U A D R O I
Casos de paracoccidioidomicose disseminada com envolvimento do trato uveal

Caso	Sexo	Idade	Diagnóstico	Tratamento e evolução	Local	Outros locais
CONTI-DIAZ & col. ⁴ (1964)	M	38	Fundoscopia	Anfotericina B Regressão da lesão após 1 mês	Coróide	Orofaringe Pulmões Pele
BRICK ³ (1969)	M	28	Fundoscopia	?	Coróide	Linfonodos
DANTAS & col. ⁵ (1971)	M	55	Cultura de humor aquoso	Enucleação	Iris	Linfonodos Mucosa bucal Pulmões Pele
BONOMO & col. ² (1982)	F	48	Angiofluoresceinografia + fundoscopia	Anfotericina B Lesão estável após 1 ano	Coróide	Linfonodos Rinofaringe Pulmões
PRESENTE CASO (1985)	M	56	Anátomo-patológico	Enucleação	Coróide	Pulmões Mucosa bucal Supra-renal

realizada uma tomografia computadorizada e esta mostrou uma pequena área de baixa atenuação em região parietal direita, sem acúmulo de contraste, compatível com infarto cerebral, sem outras lesões.

pacientes. No nosso caso há a presença do fungo em meio a intensa lesão inflamatória granulomatosa, e apesar da proximidade anatômica importante, não há qualquer indício atual de comprometimento do sistema nervoso central⁶.

seja pelo estudo do líquido cefalorraquidiano¹⁰, seja pela tomografia computadorizada⁹.

A raridade tanto do acometimento ocular como do acometimento do sistema nervoso central pela blastomicose, mesmo nas formas mais disseminadas, não permite concluir-se sobre a relação entre comprometimento do SNC e do aparato visual.

SUMMARY

Ocular paracoccidioidomycosis case report

A case of paracoccidioidomycosis with ocular involvement is described. For the first time the finding of the fungi in the chroidal granulomatous lesion is reported.

The Authors review the cases of ocular paracoccidioidomycosis with uveal involvement already described in the available literature and analyse their clinical and pathological characteristics, including this present one.

AGRADECIMENTOS

A Sra. Alice Gaspari Castelan pelo auxílio no preparo deste manuscrito. As técnicas sorológicas para paracoccidioidomicose foram montadas e padronizadas pelo Prof. Flávio Telles de Queiroz Filho, Laboratório de Micologia da Universidade Federal do Paraná.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BARBOSA, W. & DAHER, R. R. — Blastomicose sul-americana. In: VERONESI, R., ed. — Doenças infecciosas e parasitárias. 7.^a ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1982. p. 638-651.

2. BONOMO, P. P.; BELFORT JR., R.; TSUNECHIRO, J. Y. & FILHO, O. G. — Choroidal granuloma caused by "Paracoccidioides brasiliensis". *Mycopathologia (Den. Haag)*, 77: 37-41, 1982.
3. BRICK, M. — Ocular involvement in lymphatic paracoccidioidomycosis. *Acta ophthal. (Kbh.)*, 47: 991-997, 1969.
4. CONTI-DIAZ, I. A.; CABOT, P. E.; ARRIGONI, N. & GEZUELE, E. — Blastomycosis sulamericana disseminada com coriorretinitis nodular posterior. *An. Fac. Med. Montevideo*, 49: 541-548, 1964.
5. DANTAS, A. M.; CURI, R.; COSTA, J. D.; AZULAY, R. D.; QUEVEDO, L. P.; MANHAES, L. F.; DE PAULA, M. E. & DE MELLO, L. R. P. — Sobre um caso de blastomicose sul-americana com lesão ocular. *Rev. bras. Oftal.*, 30: 313-321, 1971.
6. DEL NEGRO, G. — Outras lesões. Formas de ocorrência rara e associação com outros processos. — In: DEL NEGRO, G.; LACAZ, C. da S. & FIORILLO, A. M. — Paracoccidioidomicose. Blastomicose sul-americana. São Paulo, Sarvier; Editora da Universidade de São Paulo, 1982. p. 229-243.
7. LACAZ, C. da S.; PORTO, E. & MARTINS, J. E. C. — *Micologia médica*. 7.^a ed. São Paulo, Sarvier, 1984. p. 189-223.
8. LUTZ, A. — Uma mycose pseudococcidica localisada na boca e observada no Brasil. Contribuição ao conhecimento das hyphoblastomycoses americanas. *Bras.-med.*, 22: 121-124, 141-144, 1908.
9. MINGUETTI, G. — Tomografia Computadorizada dos granulomas blastomicóticos encefálicos. *Rev. Inst. Med. trop. S. Paulo*, 25: 99-107, 1983.
10. NÓBREGA, J. P. S.; MATTOSINHO-FRANÇA, L. C. & NETTO, A. S. F. — Neuroparacoccidioidomicose. — In: DEL NEGRO, G.; LACAZ, C. da S. & FIORILLO, A. M. — Paracoccidioidomicose. Blastomicose sul americana. São Paulo, Sarvier; Editora da Universidade de São Paulo, 1982. p. 221-227.

Recebido para publicação em 30/7/1985.