

RELATOS DE CASOS

FEO-HIFOMICOSE SUBCUTÂNEA NO ESTADO DO PARÁ: RELATO DE TRÊS CASOS

Maria Vanda Catão Arnaud, Tatihane Lamarão Vieira e Mário A. P. Moraes

São descritos três casos de feo-hifomicose subcutânea, os primeiros encontrados no Estado do Pará, todos oriundos de localidades situadas a leste de Belém, nas microrregiões do Salgado e Braganantina. O diagnóstico teve por base o reconhecimento dos parasitos em cortes histológicos, sem identificação de espécie, uma vez que todo o material disponível para exame - compreendendo as lesões completamente excisadas -, ao ser recebido, já estava fixado em formol e imprestável, portanto, para qualquer tentativa de estudo micológico. A abundância de elementos fúngicos verificada nos tecidos, após impregnação pela prata (métodos de Grocott e de Fontana-Masson), contrastava com a dificuldade para visualizá-los em cortes não-corados ou corados por hematoxilina-eosina, fato devido certamente ao aspecto das hifas neles existentes: delgadas, de paredes finas e cor quase imperceptível.

Palavras-chaves: Feo-hifomicose. Feo-hifomicose subcutânea.

Feo-hifomicose é um termo criado por Ajello e cols³ para designar todas as infecções cutâneas, subcutâneas e sistêmicas, do homem e de animais inferiores, causadas por fungos hifomicéticos, que se desenvolvem nos tecidos do hospedeiro sob a forma de elementos micelianos, septados e com parede celular escura (fungos demácios). Mais adiante, esclareceu Ajello¹ que o termo não implicava restrição dos agentes à classe *Hyphomycetes*, mas englobaria igualmente infecções por fungos da classe *Coelomycetes* (pertencente, como a anterior, à subdivisão *Deuteromycotina*) e da subdivisão *Ascomycotina*, capazes também de invadir os tecidos sob a forma de filamentos demácios. Na verdade, o conceito dado à feo-hifomicose era, basicamente, um conceito histopatológico, por levar em conta apenas a forma ou expressão do fungo nos tecidos, ou seja, o micélio corado.

Em 1981, expandiu Ajello² a definição de feo-hifomicose, para nela incluir qualquer infecção - superficial, cutânea, subcutânea e sistêmica - cujo agente se desenvolve, em sua forma invasiva, nos tecidos do hospedeiro, como elementos filamentosos demácios.

McGinnis¹³ tornou mais preciso o aspecto dos fungos nos tecidos, em sua descrição da feo-hifomicose: "compreende ela um grupo importante, distinto e heterogêneo de infecções micóticas, nas quais os agentes etiológicos ocorrem nos tecidos como células leveduriformes, ou como elementos semelhantes a hifas (pseudo-hifas) e hifas — que podem ser curtas ou longas, regulares, torcidas ou distendidas —, ou ainda como qualquer combinação dessas formas, todas tipicamente demácias". Reconheceu ele também, levando em conta o nível de envolvimento do organismo do hospedeiro pelo fungo, quatro formas básicas da doença: superficial, cutânea-corneana, subcutânea e sistêmica.

Poucos casos de feo-hifomicose subcutânea foram, até agora, registrados no Brasil, procedentes dos seguintes Estados: São Paulo^{7 8 15 16 18}, Minas Gerais⁴, Bahia⁶, Goiás¹⁰, Piauí⁹, Sergipe⁵, Rio Grande do Norte¹⁷ e Rio Grande do Sul^{11 19}. Nos três casos ora descritos, os doentes procediam do norte do Estado do Pará, tendo o diagnóstico sido firmado pelo encontro do agente em cortes histológicos. Um caso da forma sistêmica (cladosporiose cerebral), por *Cladosporium bantianum* (= *Xylohypha bantiana*), já fora antes descrito, no mesmo Estado¹⁴.

Faculdade Estadual de Medicina do Pará e Instituto Evandro Chagas, Belém, Pará.

Endereço para correspondência: Dr. Mário A. P. Moraes, Instituto Evandro Chagas/FNS/MS. Av. Almirante Barroso, 492, CP: 1128, 66090-000 Belém, PA. Fax: (091) 226-1284.

Recebido para publicação em 23/02/95.

RELATO DOS CASOS

Caso 1. JILA, masculino, 53 anos, motorista, procedente da Vigia, PA. Apresentava uma

lesão tumoral, ovóide, medindo 20cm de comprimento, no braço esquerdo, com evolução de aproximadamente dois anos. Não referiu qualquer traumatismo prévio no local. Um radiograma do braço mostrou o úmero com aspecto normal. A lesão foi removida, por compartimentectomia, em março de 1993. A peça cirúrgica, após seccionamento, revelou uma cavidade central de 2,5cm de diâmetro, limitada por parede branca, fibrosa e espessa, com áreas alaranjadas.

Caso 2. DPS, masculino, 65 anos, trabalhador rural, procedente de Santo Antônio do Tauá, PA. Apresentava lesão nodular, subcutânea, dura, móvel, com cerca de 3cm de diâmetro, no dorso da mão direita, sobre o terço distal do segundo metacarpiano. Essa lesão tivera início em 1968, devido à penetração, no local, de um espinho de planta desconhecida para o paciente, e cuja remoção só foi conseguida parcialmente. O nódulo, retirado em outubro de 1993, mostrava uma área central abscedida, de cor amarela.

Caso 3. FAES, masculino, 39 anos, trabalhador braçal, procedente de Nova Timboteua, PA. Referiu lesão nodular, medindo aproximadamente 5cm em sua maior dimensão, na face anterior da perna esquerda. Ao ser extirpado, em maio de 1995, vinha esse nódulo evoluindo há mais de um ano.

Histopatologia. Microscopicamente, distinguam-se nas lesões removidas dos

pacientes três zonas distintas: uma central, compreendendo tecidos necrosados, uma intermediária, granulomatosa, constituída por macrófagos, células gigantes e alguns microabscessos — no interior dos quais estavam os fungos —, e uma externa, em forma de cápsula, conseqüente à proliferação do tecido conjuntivo adjacente. Os elementos fúngicos — segmentos hifais e células esféricas — eram sempre delicados, de paredes delgadas e pigmentação muito clara, o que tornava difícil seu achado em cortes não-corados ou corados por hematoxilina-eosina. Chamava a atenção, no entanto, a grande quantidade desses elementos, vista nos tecidos, após impregnação pela prata (métodos de Grocott e de Fontana-Masson).

DISCUSSÃO

O termo feo-hifomicose, proposto por Ajello e cols³, veio substituir o de feosporotricose, criado por Mariat e cols¹² para uma “doença fúngica frequentemente relatada na literatura como uma esporotricose, mas, na realidade, provocada por um fungo demácio”. A alegada semelhança clínica com a esporotricose teve por base o aspecto das lesões então descritas, de localização subcutânea — nódulos e cistos, com centro necrosado, lembrando gomas —, embora não constasse do quadro o comprometimento linfático secundário, comum na esporotricose verdadeira.

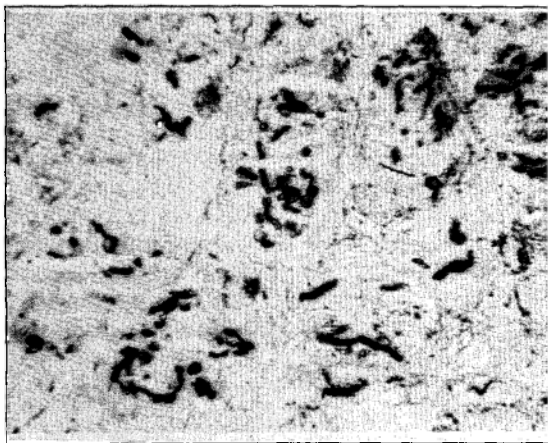


Figura 1 - Caso 1. Elementos fúngicos, impregnados pela prata (método de Grocott), na camada média, granulomatosa, da lesão. 200x.

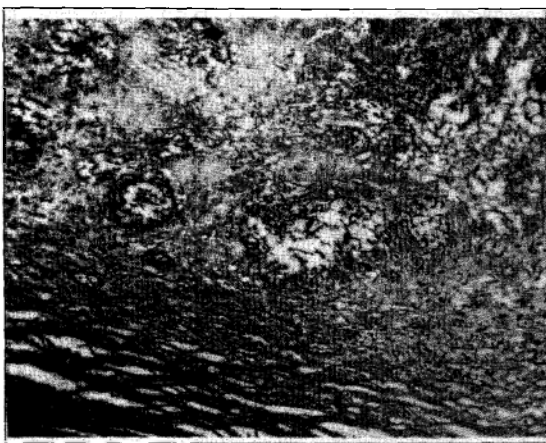


Figura 2 - Caso 1. Parede de lesão, com granulomas de centro abscedido na camada média. 100x.



Figura 3 - Caso 2. Segmentos bifais demonstrados pelo método de Fontana-Masson. 200x.

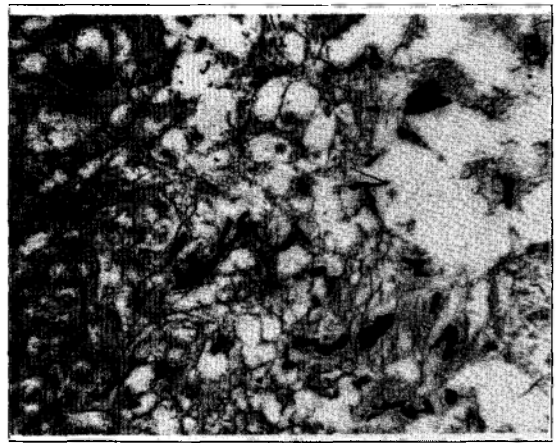


Figura 4 - Caso 3. Hifas irregulares reveladas pelo método de Grocott. 200x.

Segundo Ajello¹, o elemento capaz de juntar fungos bem diferentes, em um única entidade, estaria no aspecto de sua fase tecidual. Com efeito, todos eles ocorrem nos tecidos do hospedeiro sob a forma de micélio corado. Não se trata, reconheceu Ajello¹, de uma entidade clínica bem caracterizada — o novo termo englobava lesões cutâneas e abscessos cerebrais —, mas de uma entidade histopatológica distinta, com etiologia múltipla, prontamente distinguível de outras entidades também causadas por fungos demácios, como a cromoblastomicose e os micetomas eumicóticos de grãos pretos. Na primeira, os fungos responsáveis assumem nos tecidos a forma de corpúsculos esféricos, limitados por parede espessa e de cor castanha — os corpos escleróticos ou muriformes —, que se reproduzem por septação múltipla, em planos diferentes (divisão planada); nos micetomas, os fungos formam os chamados grãos, os quais representam microcolônias, constituídas por hifas e células redondas, de parede celular corada por um pigmento castanho, responsável pela cor preta característica do grão.

Quanto às formas superficial e cutânea, incluídas no conceito atual da doença, não se deve empregar o termo feo-hifomicose para substituir denominações já consagradas pelo uso, como tinha preta, piedra negra e ceratites micóticas; essas infecções seriam tipos simplesmente de feo-hifomicoses¹³. Melhor seria, sem dúvida, que o termo continuasse limitado às formas subcutânea e cerebral

(cladosporiose), devido ao quadro histopatológico característico nelas encontrado.

A existência no hospedeiro de fatores predisponentes à infecção pelos fungos — doença metabólica, desnutrição imunodeficiência, imunossupressão terapêutica ou infecção prévia — não foi constatada nos casos ora apresentados. Ziefer e Connor²⁰, em 25 casos de feo-hifomicose subcutânea, encontraram nove em que havia menção a algum tipo de deficiência subjacente, e McGinnis¹³ referiu que vários pacientes portadores dessa forma de feo-hifomicose tinham problemas debilitantes, como diabetes. No Brasil, a doença já foi observada, algumas vezes, em transplantados renais^{8 15 18}.

SUMMARY

Three cases of subcutaneous phaeohyphomycosis from the State of Para, Brazil, are reported. This is the first time that this form of phaeohyphomycosis is described in Northern Brazil. The etiologic agents could not be isolated, and the diagnosis in all cases was established only on histopathological basis, particularly through the demonstration of fungal elements in tissue sections. Hyphal fragments and vesicular cells were very numerous and conspicuous in special (Grocott and Fontana-Masson methods) stained sections, in contrast to their apparent scarcity in routine hematoxylin-eosin preparations. The difference was certainly due to the aspect in the latter of the invasive tissue forms: the thin-walled and light brown pigmented organisms stained

poorly and were very difficult to distinguish from the tissue components.

Key-words: *Phaeoophomycosis*. Subcutaneous *phaeophomycosis*.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ajello L. Phaeoophomycosis. Definition and etiology. In: Mycoses. Scientific Publication n° 304, Washington, DC, Pan American Health Organization, p. 126-133, 1975.
2. Ajello L. The gamut of human infections caused by dematiaceous fungi. Japanese Journal of Medical Mycology 2:1-5, 1981.
3. Ajello L, Georg LK, Steigbigel RT, Wang CJK. A case of phaeoophomycosis caused by a new species of *Phialophora*. Mycologia 66:490-498, 1974.
4. Bambilra EA, Miranda D, Nogueira AMMF, Barbosa CSP. Phaeoophomycotic cyst: a clinicopathological study of the first four cases described from Brazil. The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene 32:794-798, 1983.
5. Calheiros L, Furtado T, Piva N. Cromomicose cística. Estudo de cinco casos. Anais Brasileiros de Dermatologia 62:31-36, 1987.
6. Castro RM, Gompertz OF. Feo-hifomicose subcutânea por *Cladosporium elatum*. Relato de um caso. Anais Brasileiros de Dermatologia 59: 235-237, 1984.
7. Costa AR, Porto E, Tabuti AH, Lacaz CS, Sakai-valente NY, Maranhão WM, Rodrigues MC. Subcutaneous phaeoophomycosis caused by *Bipolaris hawaiiensis*. A case report. Revista do Instituto de Medicina tropical de São Paulo 33:74-79, 1991.
8. Cucé LC, Salebian A, Porto E, Melo NT, Lacaz CS. Feo-hifomicose em transplantada renal por *Exophiala dermatitidis* (Kano) de Hoog, 1977. Anais Brasileiros de Dermatologia 61:207-211, 1986.
9. Fonseca APM, Fonseca WSM, Silva JG, Bona SH, Araújo RC, Silva JF. Feohifomicose subcutânea. Relato de três casos. Anais Brasileiros de Dermatologia 65:303-307, 1990.
10. Lacaz CS, Porto E, Andrade JG, Telles Filho FQ. Feohifomicose disseminada por *Exophiala spinifera*. Anais Brasileiros de Dermatologia 59: 238-243, 1984.
11. Londero AT. Feo-hifomicose. Interesse em Dermatologia. Anais Brasileiros de Dermatologia 62:327-331, 1987.
12. Mariat F, Segretain G, Destombes P, Darrasse H. Kyste souscutané mycosique (phaeosporotrichose) à *Phialophora gougerotii* (Matrucho 1910) Borelli 1955, observé au Sénégal. Sabouraudia 5:209-219, 1967.
13. McGinnis MR. Chromoblastomycosis and phaeoophomycosis; new concepts, diagnosis and mycology; Journal of the American Academy of Dermatology 8:1-6, 1983.
14. Meira GM, Neves ACA, Dias LB, Araújo MTF, Araújo R, Azevedo PSR, Moraes MAP. Cladosporiose (demaciomicose) cerebral. Novo caso encontrado no Brasil. Revista do Instituto de Medicina tropical de São Paulo 22:310-318, 1980.
15. Porto E, Lacaz CS, Sabbaga E, Chocair PR, Fonseca JA, Rivitti EA, Salebian A. *Phialophora bubakii*. Isolamento de abscesso cutâneo, em transplantado renal. Revista do Instituto de Medicina tropical de São Paulo 21:106-109, 1979.
16. Porto E, Lacaz CS, Yassunobu U, Assumpção SBP, Melo NT. Feo-hifomicose do couro cabeludo por *Phialophora parasitica*. Registro de um caso. Anais Brasileiros de Dermatologia 61:91-96, 1986.
17. Ramos AMO, Ramos CCF, Bittencourt JF, Andrade MC. Feo-hifomicose subcutânea (FHS): relato dos três primeiros casos do Estado do Rio Grande do Norte. In: Resumos do XXIX Congresso da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, p. 137, 1993.
18. Sabbaga E, Tedesco-Marchesi LM, Lacaz CS, Cucé LC, Salebian A, Heins-Vaccari EM, Sotto MN, Valente NYS, Porto E, Levy Neto M. Feo-hifomicose subcutânea por *Exophiala jeanselmei*. Registro de três casos em transplantados renais. Revista do Instituto de Medicina tropical de São Paulo 36:175-183, 1994.
19. Severo LC, Geyer G, Souza AL, Balbinotti M. Feo-hifomicose subcutânea. Relato dos três primeiros casos do Rio Grande do Sul. Anais Brasileiros de Dermatologia 62:37-40, 1987.
20. Ziefer A, Connor DH. Phaeomycotic cyst. A clinicopathologic study of twenty-five patients. The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene 29:901-911, 1980.