

PARACOCCIDIOIDOMICOSE PERINEAL. RELATO DE CASO

MARIA DE BELÉM GIRARD T. MONTEIRO
FLÁVIA R. STARLING SCHWANZ
MARCELO LÚCIO LIMA - FSBCP
CÉLIA S.J. FAZZIO
MANOEL CARLOS LIBANO SANTOS - ASBCP
JOÃO GOMES NETINHO - TSBCP

MONTEIRO MBGT, SCHWANZ FRS, LIMA ML, FAZZIO CSJ, SANTOS MCL & NETINHO JG - Paracoccidiodomicose perineal. Relato de caso. *Rev bras Coloproct*, 1998; 18(4): 253 - 255

RESUMO: Os autores descrevem um caso de paracoccidiodomicose anal, uma localização rara, dando ênfase ao seu quadro clínico, anatomopatológico e tratamento exclusivo com sulfadiazina.

UNITERMOS: paracoccidiodomicose; lesão perianal; paracoccidiodomicose anal

A paracoccidiodomicose (PM) é uma doença sistêmica, granulomatosa, de evolução crônica, descrita pela primeira vez por Adolf Lutz em 1908^(5,8). Inicialmente foi denominada de doença de Lutz, Blastomicose Sul-Americana, Granuloma Paracoccidióide e Micose de Lutz^(3,5,6). Ocorre endemicamente nas áreas rurais do Brasil, mas já foi descrita em quase toda a América^(5,10). É causada por um fungo saprófita, o *Paracoccidioides brasiliensis*, que por ruptura do equilíbrio parasito-hospedeiro, torna-se patogênico^(5,8).

O *P. brasiliensis* penetra no organismo humano por via inalatória, transcutânea ou pelas mucosas, através de solução de continuidade. Não é uma doença contagiosa, e é praticamente exclusiva da espécie humana⁽⁵⁻⁸⁾.

AM, 49 anos, masculino, branco, lavrador, casado, procedente de Cajobi - SP, admitido no Serviço de Coloproctologia do Hospital de Base da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto - FAMERP, em abril de 1997, sob registro nº 597.441.

Queixava-se de um "caroço" em região perianal notado nove meses antes, acompanhado de prurido intenso, queimação local, discreta dor ao evacuar e diminuição do calibre das fezes. Alguns meses após começou a apresentar saída de secreção hialina na região. Procurou assistência médica local e fez uso de vários antibióticos e outras medicações.

Ao interrogatório complementar referia ritmo intestinal diário com fezes de aspecto e consistência normais. Negava

febre, tosse, sintomas urinários ou gastrointestinais, e outras lesões dermatológicas. Fazia uso de vegetais na higiene anal.

Como antecedentes familiares apresentava um cunhado com lesão semelhante em mucosa oral há dois anos, já tratado, com diagnóstico de "doença do capim".

Ao exame proctológico apresentava lesão na borda anal ocupando os quadrantes direitos até a linha pectínea, em placa, hiperemiada, endurecida, bordas elevadas, fundo granulomatoso, fixa medindo cerca de 6 cm no seu maior diâmetro (Fig. 1). Ao toque retal notava-se discreta hipertonia esfinteriana, sem massas ou sangue.

Na retossigmoidoscopia foi encontrado um pólipó pediculado a aproximadamente 2 cm da margem anal com cerca de 1 cm de diâmetro, que foi ressecado. O restante até 25 cm era de aspecto e coloração normais.

O radiograma de tórax era normal, assim como o hemograma e outros exames laboratoriais.

Foi realizada biópsia da lesão anal. O estudo anatomopatológico mostrou pólipó hiperplásico de mucosa retal e paracoccidiodomicose em lesão perianal (Fig. 2).

Foi iniciada terapêutica com sulfadiazina 4 g/dia por via oral. Dois meses após já havia melhora macroscópica importante (Fig. 3), e com quatro meses houve regressão completa da lesão, quando então a dose foi reduzida para 2 g/dia, que deverá ser mantida até completar dois anos de tratamento.

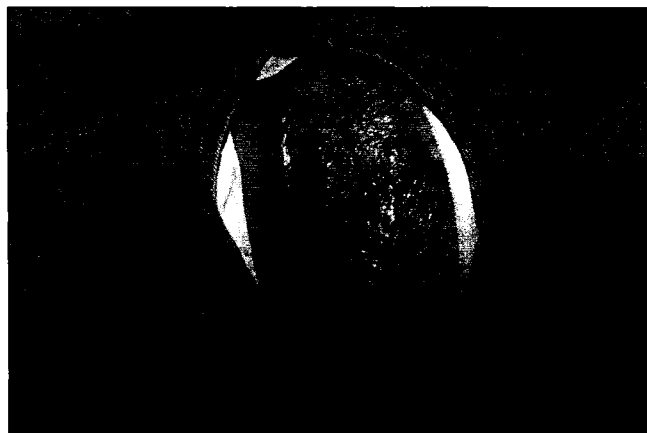


Fig.1 - Aspecto inicial da lesão do paciente.

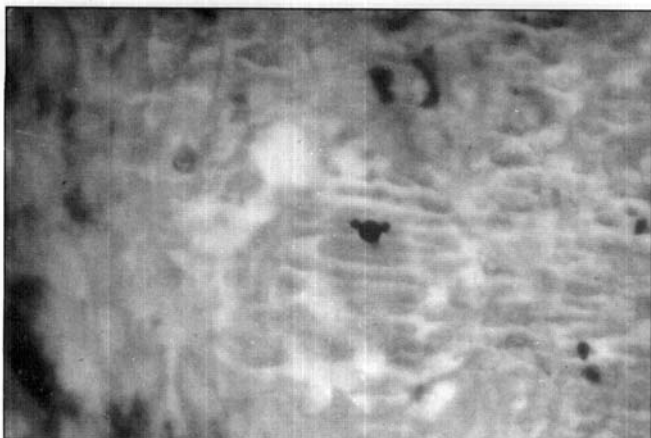


Fig.2 - Anatomopatológico corado pela prata. No detalhe o *Paracoccidioides brasiliensis* em sua forma característica em "Mickey-mouse" ou "roda-de-leme".

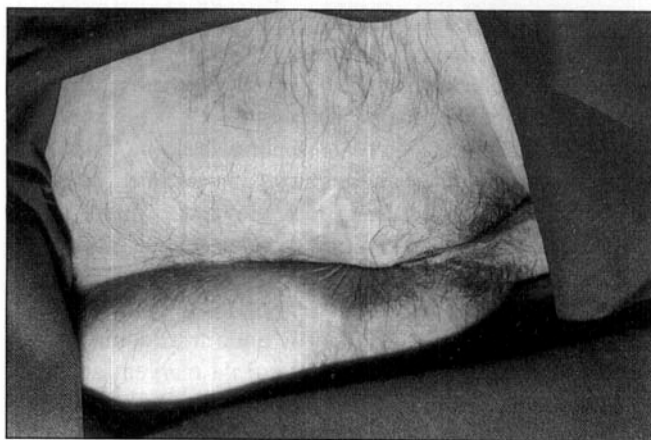


Fig. 3 - Aspecto da lesão após dois meses de tratamento.

DISCUSSÃO

A paracoccidioidomicose é uma doença sistêmica causada por um fungo dimórfico, assexuado, de forma arredondada ou ovalada, com medidas que variam de 10 a 60 μ , com dupla membrana, refringente, tendo ao seu redor pequenas esporulações, às vezes podendo dar o aspecto característico de "roda de leme" ou "mickey-mouse"^(5-7,9), dados muito bem representados no caso relatado.

Essa afecção ocorre mais frequentemente no sexo masculino, entre 20 e 50 anos, raça branca e trabalhadores rurais^(3, 5, 8), característica também apresentada pelo paciente ora estudado.

Alguns autores consideram as lesões perianais como foco primário, outros como secundários a uma disseminação linfática ou hematogênica de outro foco, geralmente pulmonar^(5,8). Atualmente a penetração através da mucosa retal é considerada o meio de contaminação mais consistente, pois existem casos em que a única alteração encontrada é na região perianal^(2,5), como neste paciente, que fazia sua higiene anal com vegetais.

Este tipo de lesão é rara na mucosa anorretal ou margem anal. Quando encontradas, geralmente, são lesões ulcerosas, vegetantes, tumorais ou mistas. As úlceras possuem diâmetro em torno de 3 cm, com bordas bem delimitadas, de fundo

irregular, com tecido de granulação e cor vermelha viva. Geralmente são situadas na margem anal, podendo levar a um processo crônico com diminuição do calibre anal e conseqüente afilamento de fezes^(3,5). A lesão encontrada e descrita neste caso condiz totalmente com o que é descrito na literatura, ou seja, é uma lesão em placa com área de exulceração com tecido semelhante ao de granulação, com processo inflamatório crônico levando a uma diminuição do calibre das fezes. Os sinais e sintomas mais comuns quando a localização é perianal são: secreções purulentas, prurido anal intenso, tenesmo, dor à evacuação, bem como sangramento^(3,5), com os quais o caso descrito é também concordante.

O diagnóstico diferencial desta afecção deve ser feito com tuberculose anal, doenças sexualmente transmissíveis, principalmente a sífilis, leishmaniose, neoplasias malignas anorretais e doenças inflamatórias intestinais^(3,5). Este pode ser feito por meio de pesquisa direta do fungo na secreção, reação de imunofluorescência, reação de precipitação com fixação de complemento (utilizada também para acompanhar a evolução), e biópsia da lesão^(1,3,5,8-10). Neste paciente utilizou-se o exame histopatológico, já que a principal suspeita era tratar-se de um processo neoplásico.

O tratamento de escolha são as sulfas de ação ultralenta isoladas ou associadas a antifólicas. O uso da anfotericina B é reservado aos casos resistentes aos sulfamídicos na dose de 1 a 1,5 mg/kg/dia, sem ultrapassar 3 g por série. A duração mínima do tratamento é dois anos. Faz-se uma dose elevada de ataque que é reduzida à metade na manutenção, após regressão total da lesão ou negatificação da sorologia. Também pode ser utilizado o sulfametoxazol e trimetoprim na dose de 800 mg e 160 mg, respectivamente, duas vezes ao dia nos dois primeiros meses, reduzindo-se a dose no 3º mês para 400 mg e 80 mg, fazendo a manutenção com sulfometoxina 500 mg semanais. Outro esquema opcional é o ketoconazol 200 mg duas vezes ao dia^(2-5,8,11). Este paciente fez uso de sulfadiazina 1 g via oral de 6/6 h, evitando-se o uso de anfotericina B já que a resolução do processo produziria uma cicatriz retrátil, podendo até comprometer o funcionamento esfinteriano. No 4º mês de tratamento, já com regressão total da lesão, foi reduzida a dose para 1 g via oral de 12/12 h devendo permanecer o seu uso até completar o período mínimo de tratamento que é de dois anos.

Concluiu-se ser uma afecção com tratamento clínico factível que, apesar de rara, deve ser lembrada no diagnóstico diferencial das lesões perianais, evitando-se erros diagnósticos e tratamento cirúrgico desnecessário.

MONTEIRO MBGT, SCHWANZ FRM, LIMA ML, FAZZIO CSJ, SANTOS MCL & NETINHO JG -

SUMMARY: The authors report a case of anal paracoccidioidomycosis, a rare localization regarding history, histopathology and exclusive treatment with sulfamides.

KEY WORDS: paracoccidioidomycosis; anal lesion; anal paracoccidioidomycosis

REFERÊNCIAS

1. Body BA. Cutaneous manifestations of systemic mycoses. *Dermatol Clin* 1996;14(1): 125-35.
2. Brummer E, Castaneda E, Restrepo A. Paracoccidioidomycosis: an update. *Clin Microbiol Rev* 1993; 6(2):89-117.
3. Cavichini QN, Brun AV. Ulceração anal por paracoccidioidomicose (blastomicose Sul-americana): Relato de caso.
4. Almeida OP, Jorge J, Scully C, Bozzo L. Oral manifestations of paracoccidioidomycosis (South American blastomycosis). *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1991; 72(4): 430-5.
5. Felício F, D'Acampora AJ, Bauer O, Brandão CE, Rocha WJP. Lesão anal causada pelo *Paracoccidioides brasiliensis*. Relato de caso. *Arq Catar de Med* 1991; 20(1): 63-6.
6. Lacaz CA. Evolução dos conhecimentos sobre a paracoccidioidomicose. Um pouco de sua história. In: Paracoccidioidomicose: Blastomicose Sul-americana. São Paulo. Sarvier. Ed. Universidade de São Paulo, 1982.
7. McEven JG, Garcia AM, Ortiz BL, Botero S, Restrepo A. In Search of the natural habitat of *Paracoccidioides brasiliensis*. *Arch Med Res* 1995; 26(3):305-6.
8. Ribeiro PC, Anderi Júnior E, Speranzini MB. Lesões granulomatosas anorretais específicas. Relato de 3 casos. *Rev bras Coloproct* 1987; 7(2): 58-62.
9. Spoto MR, Mendes-Giannini MJ, Moraes RA, Branco FC, Scully C. Paracoccidioidomycosis manifesting as oral lesions: clinical, cytological and serological investigation. *J Oral Pathol Med* 1994; 23(2): 85-7.
10. Spoto MR, Scully C, de Almeida OP, Jorge J, Graner E, Bozzo L. Oral Paracoccidioidomycosis. A study of 36 South American patients. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1993; 75(4): 461-5.
11. Wanke B, Valle ACF. Paracoccidioidomicose. In Atualização Terapêutica. São Paulo. Artes médicas Ed. 16ª ed., 1993.

Endereço para correspondência:

João Gomes Netinho
Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto
Av. Brigadeiro Faria Lima, 5544
15090-000 - São José do Rio Preto - SP