

## ULCERAÇÃO ANAL POR PARACOCCIDIOIDOMICOSE (BLASTOMICOSE SUL-AMERICANA): RELATO DE CASO

Quintino do N. Cavichini<sup>1</sup>  
Albino Vieira Brum<sup>2</sup>

### RESUMO

*As ulcerações anais acompanham, freqüente ou raramente, patologias benignas ou malignas. A paracoccidiodomicose ou blastomicose sul-americana é uma das doenças que raramente causam ulcerações anais. Apresentamos o caso de um paciente com ulceração anal devido a paracoccidiodomicose. O tratamento à base de sulfas foi instituído, com evolução satisfatória.*

UNITERMOS: **ulceração anal; paracoccidiodomicose; blastomicose sul-americana**

Há várias patologias benignas e malignas que podem causar, primária ou secundariamente, o aparecimento de ulcerações anais ou perianais, sendo essas ulcerações freqüentes ou raras, de acordo com a doença básica.

Como as ulcerações anais ocorrem em diversas entidades nosológicas, o diagnóstico definitivo só pode ser confirmado com o uso de exames complementares e/ou biópsias.

Entre as doenças que causam raramente ulcerações anais está a paracoccidiodomicose, ou blastomicose sul-americana, ou doença de Lutz, que é uma micose crônica profunda, descrita primeiramente por Lutz, em 1908.

Neste trabalho apresentamos o caso de um paciente com ulceração anal causada pelo fungo da paracoccidiodomicose.

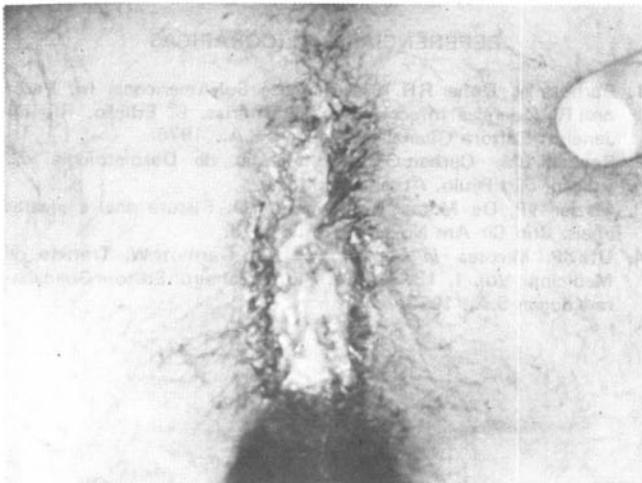
### Relato do caso

Paciente masculino, 32 anos, preto, pedreiro, Itaperuna – RJ, internou-se no H.S.J.A. no dia 25/6/86 com queixa de ulceração anal. O paciente referiu o aparecimento da ulceração anal há 4 meses com dor, dificuldade de evacuação e tenesmo. Queixou-se de secreção purulenta abundante, que sujava suas roupas e prurido anal. Hábitos intestinais normais. Não refere emagrecimento. Referiu passado de gonorréia e condilomatose anal. Não referiu hábitos homossexuais. O paciente apresentava-se normocorado e anictérico. Ausência de adenopatia cervical, axilar ou inguinal. Aparelho respiratório – referiu tosse esparsa sem expectoração; ausculta pulmonar sem anormalidades. Aparelho cardiovascular – sem anormalidades. Abdome flácido, indolor, sem hepatosplenomegalia, sem massas palpáveis. Membros inferiores sem edema. **Exame proctológico:** 1. ectoscopia – ulceração anal com aproximadamente 8 cm de diâmetro transversal e 12 cm de diâmetro longitudinal, de bordos irregulares e elevados, fundo sujo

Trabalho realizado no Serviço de Colo-Proctologia e Clínica Médica do Hospital São José do Avaí – Itaperuna – RJ

1. Colo-Proctologista do Hospital São José do Avaí e Clínica São Camilo de Lélis – Itaperuna – RJ
2. Clínico Geral do Hospital São José do Avaí e Clínica São Camilo de Lélis – Itaperuna – RJ

com secreção purulenta (**Fig. 1**); 2. toque retal — esfíncter normotônico, não havendo comprometimento do canal anal ou do reto; não foi realizada a anuscopia. Realizada coleta da secreção purulenta que sobrenadava a ulceração, para bacterioscopia e pesquisa de espiroquetas em campo escuro; feita biópsia da lesão. A bacterioscopia revelou cocos Gram-positivos e bastonetes Gram-negativos, com numerosos polimorfonucleares. Pesquisa de espiroquetas em campo escuro foi positivo. Iniciou-se o tratamento com penicilina G benzatina, 1.200.000 UI. Quatro dias após o início do tratamento da sífilis, o resultado do histopatológico foi *Blastomicose sul-americana*. Suspendeu-se a medicação com penicilina e iniciou-se tratamento com sulfametoxazol e trimetoprim, após ter sido feito R-X de tórax que confirmou o diagnóstico da paracoccidiodomicose. Cinco dias após o uso da sulfa, a ulceração já se mostrava menos úmida e com diminuição da secreção purulenta,



**Fig. 1** — Ulceração anal por paracoccidiodomicose.



**Fig. 2** — Ulceração anal por paracoccidiodomicose (cinco dias após o início do tratamento específico).

com sinais de cicatrização nas bordas da úlcera (**Fig. 2**). Houve melhora acentuada da ulceração com a medicação, acompanhamento periódico do paciente vinha sendo feito, até o paciente não mais comparecer ao ambulatório.

Após ter sido confirmado o diagnóstico de paracoccidiodomicose, foi perguntado ao paciente sobre seus hábitos higiênicos anais, referindo o mesmo ter hábitos precários, usando algumas vezes folhagens para sua higiene.

## COMENTÁRIOS

A paracoccidiodomicose é uma doença sistêmica produzida pelo *paracoccidioides brasiliensis*, que ocorre endemicamente na zona rural brasileira<sup>1, 2, 4</sup>. A infestação ocorre por inalação do parasito ou por implantação traumática cutânea ou mucosa, ocasionando a forma primária da doença na mucosa oral ou nasal, sendo raro o acometimento anorretal; posteriormente, há a disseminação visceral<sup>1, 2, 4</sup>. A patologia é mais freqüente em pacientes do sexo masculino, entre a 4ª e 5ª décadas da vida, sendo mais susceptíveis a se infestarem os trabalhadores do campo<sup>1, 2, 4</sup>.

A manifestação clínica da paracoccidiodomicose se faz de várias formas, mas o comprometimento cutâneo e/ou mucoso e a adenopatia são sinais importantes, podendo haver ainda a participação do aparelho digestivo e respiratório, assim como de outros órgãos viscerais. Há as formas localizada, forma disseminada aguda e forma disseminada crônica. A forma disseminada crônica é a mais comum, podendo ser subdividida topograficamente em cinco grupos de acordo com o comprometimento tegumentar, linfático e visceral. A forma disseminada crônica tegumentar-visceral, sem comprometimento linfático, não é freqüente<sup>1, 4</sup>.

No comprometimento cutâneo da paracoccidiodomicose, qualquer região do tegumento pode ser acometida, sendo raro porém o aparecimento de lesões nos órgãos genitais e regiões palmo-plantares, assim como na mucosa anorretal ou margem anal. A manifestação tegumentar da paracoccidiodomicose se faz com lesões tipo papulosas: tuberosas e túbero-ulcerosas; ulcerosas; abscedantes e lupóides, que raramente são únicas, mas pode haver coalescência das mesmas dando o aspecto de ser uma única lesão<sup>2</sup>.

As lesões anorretais freqüentemente se manifestam na forma ulcerosa. São lesões bem delimitadas, de bordos recortados, com fundo irregular, cor vermelho vivo, com tecido de granulação fino e pontilhado hemorrágico. As úlceras têm base

pouca infiltrada e à compressão não sai secreção purulenta<sup>2</sup>.

Na paracoccidioidomicose é comum haver o comprometimento de gânglios linfáticos (fato não observado em nosso paciente), ocasionando uma disseminação linfática do fungo, podendo haver também uma disseminação por via hematogênica<sup>1, 2, 4</sup>. Com a disseminação há um comprometimento pulmonar ou intestinal. A lesão blastomycótica pulmonar causa discreta sintomatologia respiratória, com tosse e expectoração escassas, ao contrário da lesão intestinal, que se manifesta com sintomas exuberantes<sup>1, 4</sup>.

A ulceração anal da paracoccidioidomicose deve ser diagnosticada diferencialmente de doenças sexualmente transmissíveis (sífilis), de tuberculose, de leishmaniose, de neoplasias malignas anorretais, de doença intestinal inflamatória (principalmente doença de Crohn), já que o aspecto ulcerativo dessas patologias se assemelham<sup>1, 3</sup>.

O diagnóstico, freqüentemente, é feito por pesquisa direta do parasito no pus das lesões, e na falta de pus, o fungo pode ser pesquisado por escarificação da lesão ulcerosa ou em triturados de fragmentos colhidos pela biópsia<sup>1, 2, 4</sup>.

O tratamento da doença deve ser iniciado com o uso de sulfamídicos de eliminação rápida ou lenta. Atualmente, prefere-se as sulfas de eliminação lenta (sulfametoxazol) para tratar a paracoccidioidomicose, pois são drogas menos tóxicas e com mínimos efeitos colaterais; a essas drogas

associou-se outras, sendo que a de melhor efeito é a associação sulfametoxazol com trimetoprim. Inicia-se o tratamento com uma dose de ataque, cujo período de uso depende da resposta terapêutica, sendo continuada com uma dose de manutenção<sup>1, 2, 4</sup>. A anfotericina B se mostrou eficaz nas diversas formas da moléstia, todavia é tóxica, e deve ser indicada preferencialmente nos casos em que há resistência às sulfas<sup>1, 2, 4</sup>.

## SUMMARY

*Anal ulcerations have been often or rarely described along with benign or malignant pathologies. South American Blastomycosis is one of the diseases that rarely give rise to anal ulcerations. A case of a patient with anal ulceration due to South American Blastomycosis and treated with sulfas is presented.*

UNITERMS: anal ulceration; south American blastomycosis

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Barbosa W, Daher RR. Blastomycose Sul-Americana. In: Veronesi R. Doenças Infecciosas e Parasitárias. 6ª Edição. Rio de Janeiro: Editora Guanabara-Koogan S.A., 1976.
2. Bechelli LM, Curban GV. Compêndio de Dermatologia. 3ª Edição, São Paulo. Atheneu Editora.
3. Mazier WP, De Moraes RT, Dignon RD. Fissura anal e úlceras anais. Clin Cir Am Norte 1978; 58: 479.
4. Utz JP. Micoses in Beeson PB; Mc Dermott W. Tratado de Medicina. Vol. I. 13ª Edição. Rio de Janeiro: Editora Guanabara-Koogan S.A., 1973.

Endereço do Autor:  
Quintino N. Cavichini  
Rua Dez de Maio, 623  
28300 - Itaperuna - RJ