
DIAGNÓSTICO POR COLONOSCOPIA DA BLASTOMICOSE SUL AMERICANA

AGNALDO NUNES DE AZEVEDO
ANDRÉ CAMPOS FERNANDES
ANDRÉ GONÇALVES DA SILVA
MARISE AMARAL REBOUÇAS MOREIRA
ARMINDA CAETANO DE ALMEIDA LEITE- TSBCP
HÉLIO MOREIRA - TSBCP

AZEVEDO AN, FERNANDES AC, DA SILVA AG, MOREIRA MAR, LEITE ACA, MOREIRA H - Diagnóstico por colonoscopia da blastomicose sul-americana. *Rev bras Coloproct*, 2000; 20(2): 103-106.

RESUMO - Os autores descrevem o caso de um paciente com comprometimento do cólon e íleo pelo *Paracoccidioidis brasiliensis* simulando doença de Crohn. O diagnóstico diferencial foi feito por colonoscopia, cujas biópsias mostraram a presença de infecção pelo fungo. O tratamento com sulfametoxazol-trimetropin mostrou-se eficaz.

UNITERMOS - Paracoccidiomicose. Blastomicose Sul Americana. Colon. Colonoscopia.

A Blastomicose Sul-Americana é uma micose sistêmica causada pelo *Paracoccidioidis brasiliensis*, tendo sido descrita pela primeira vez em São Paulo por Lutz (1908)¹. Splendore e Almeida² caracterizaram de modo preciso a doença e o agente etiológico. Denominada impropriamente de blastomicose brasileira, é considerada a mais importante micose endêmica, da América Latina³, sendo mesmo endêmica, particularmente no Brasil, com predomínio em indivíduos da zona rural. O microorganismo tem sido isolado com dificuldade no solo destas áreas. Embora muito raramente, há registro de casos nos Estados Unidos e Europa^{4,5}.

Esta doença micótica apresenta quatro formas clínicas: visceral, cutânea, ganglionar e mista. Na manifestação visceral, o pulmão, nódulos linfáticos, fígado e baço são os órgãos mais comumente envolvidos^{6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13}. forma clássica da doença, as lesões granulomatosas supurativas são encontradas na orofaringe, pele, nódulos linfáticos, pulmão, intestino, baço e fígado. Os sintomas gerais incluem febre, perda ponderal, astenia e prostração. O comprometimento do tubo digestivo raramente é reconhecido na avaliação clínica.

A lesão do tubo digestivo pelo *Paracoccidioidis brasiliensis* pode ser primária ou secundária¹⁴, e todos os segmentos, desde a boca até o reto, poderão estar comprometidos. As principais alterações do trato digestivo

estão localizadas no intestino delgado e grosso, principalmente nos órgãos mais ricos em tecido linfóide, como o íleo terminal, apêndice e hemicolo direito. Na sua evolução a lesão progride do íleo terminal para o reto, como acontece na tuberculose intestinal e no sentido oposto ao observado na retocolite ulcerativa.

A colonoscopia¹⁵ evidência lesão universal do cólon com rigidez da parede, erosões planas com bordas irregulares e nodulações dispersas sobre a mucosa congestionada e friável do cólon. Orifícios fistulosos poderão ser observados. A realização de múltiplas biópsias em toda a extensão do cólon, principalmente nas ulcerações e nódulos, condiciona com facilidade o diagnóstico. O estudo histopatológico demonstra a presença do fungo e um infiltrado inflamatório crônico, associado com tecido de granulação, vistos pelas colorações de rotina (Hematoxilina - Eosina) e prata-metenamina (Grocott).

Os achados radiológicos das lesões no íleo e cólon são inespecíficos na paracoccidioidomicose. Predomina o aspecto grosseiro do relevo mucoso, geralmente acompanhado de hiperplasia linfóide, caracterizada por pequenas falhas de enchimento. Poderão ocorrer também estenose fixa e perfurações simulando tuberculose, Crohn e neoplasia.

CASO CLÍNICO

A.D.N., de 19 anos, sexo feminino, natural de Marabá-PA e procedente de Araguaína-TO, história de diarreia com muco e sangue há cerca de 8 meses. Submetida a investigação clínica, há 4 meses, quando foi realizada uma

colonoscopia e feito o diagnóstico de doença de Crohn. Naquela oportunidade foi iniciado o tratamento com sulfassalazina, porém sem melhora significativa da sintomatologia.

Procurou o ambulatório de coloproctologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da UFG, quando se apresentava com estado geral comprometido, emagrecida, pálida e fácies de sofrimento. Internada na emergência para investigação diagnóstica. Nova colonoscopia mostrou lesões granulomatosas, ulceradas, com convergência de pregas, além de hiperemia acentuada e edema, comprometendo a mucosa colônica, desde o reto inferior até o íleo, intercalada por áreas sem alterações. Havia maior intensidade de lesões na região do cólon direito e íleo-cecal. Foram feitas biópsias em todos os segmentos anatômicos do cólon. O estudo radiológico (enema baritado e trânsito intestinal) mostrou irregularidade ao nível da mucosa do íleo terminal, além de estreitamento ao nível do cólon transverso e ascendente. O estudo histopatológico do material de biópsia evidenciou um processo inflamatório crônico, com granulomas, porém, sem microabscessos de cripta, além da presença abundante do *Paracoccidioides brasiliensis*.

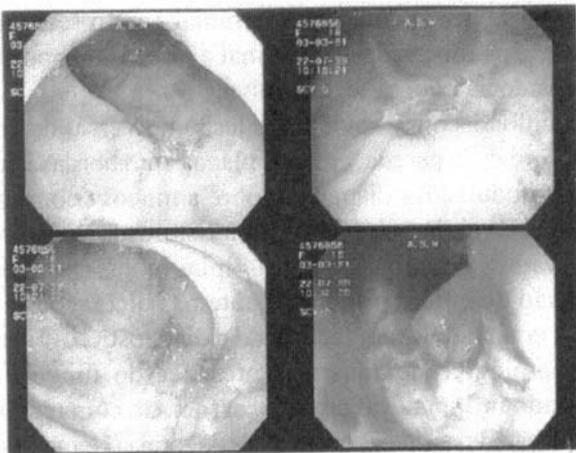


Fig 1 - Aspectos endoscópicos. Hiperemia, ulcerações com fibrina, nódulos e convergência de pregas

Feito o diagnóstico de blastomicose sul-americana, instituiu-se o tratamento com sulfametoxazol (800mg) e trimetropin (400mg) de 12 em 12 horas. Evoluiu com melhora importante da sintomatologia e o estudo colonoscópico com 30 e 60 dias mostrou melhora progressiva das lesões, permanecendo apenas uma discreta hiperemia da região íleo-cecal.

DISCUSSÃO

A Blastomicose Sul-americana ou Doença de Lutz é uma micose profunda, tendo como agente etiológico o

Paracoccidioides brasiliensis, fungo encontrado na terra e em plantas que passam ao ser humano devido ao costume de algumas pessoas mascarem vegetais (provavelmente a forma de contaminação da nossa paciente), ou mesmo utilizá-los na higiene perianal. O quadro mórbido acomete, por conseguinte, pacientes com condições sócio-econômicas desfavoráveis e residentes no meio rural. Por ser uma doença de ampla distribuição geográfica no nosso país, há variedade na frequência de apresentações clínicas de acordo com o órgão envolvido.

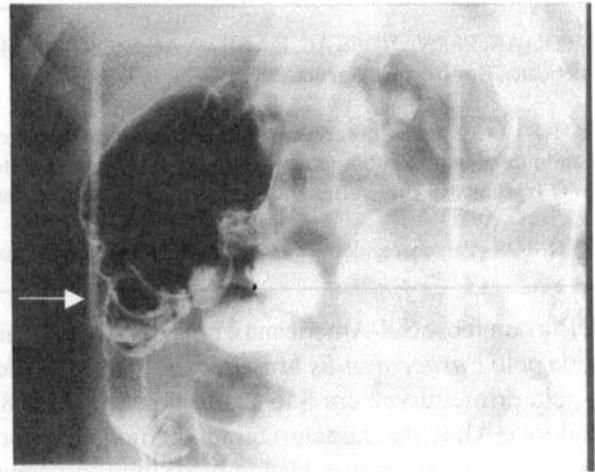


Fig 2 - Comprometimento do íleo terminal com retração do ceco na Blastomicose sul Americana

As localizações mais frequentes da Blastomicose Sul-americana são: boca, faringe e gânglios linfáticos. Alguns autores consideram que a principal porta de entrada do parasita no organismo é através das vias aéreas superiores, pela inalação de poeiras infectantes contendo esporos do fungo. Como, neste paciente não havia comprometimento pulmonar, supomos que existe mais de uma forma de contaminação. Provavelmente esta paciente ingeriu o fungo, como conseqüência, houve maior comprometimento do intestino.

A apresentação clínica depende da área afetada. Deve-se assinalar que o comprometimento do trato digestivo é infrequente e, quando ocorrem lesões no intestino, tanto delgado como colon, pode haver com diarreia muco-sanguinolenta, retorragia, dor abdominal, síndrome de mal absorção com enteropatia perdedora de proteínas. É bem conhecida a possibilidade de agentes de natureza infecciosa ou parasitária provocarem lesões mais ou menos extensas do intestino delgado^{16,17}. Nesta síndrome o quadro caracteriza-se pela presença de hipertrofia linfóide na submucosa, produzindo pequenos nódulos que fazem saliência na mucosa e ulcerações secundárias no íleo. O processo inflamatório pode alterar a reparação tecidual, surgindo tecido fibroso. Este se dispõe entre as várias cama-

das do intestino, alterando conseqüentemente a absorção de nutrientes. São descritos em alguns pacientes, quadros disabsortivos provocados por lesões ao nível do sistema linfático, podendo ocorrer esteatorréia, pós-sobrecarga de gordura, absorção deficiente de D-xilose e interferência na absorção de triglicérides¹⁸. No nosso caso, embora a paciente se apresentasse com sinais clínicos iniciais de uma possível síndrome disabsortiva, não foram feitos exames complementares que pudessem confirmar esta hipótese. Embora as localizações intestinais ganglionares mesentéricas sejam frequentes na infecção pelo *Paracoccidioidis brasiliensis*, a possibilidade dessas lesões provocarem o aparecimento de malabsorção é rara. Nas manifestações do cólon, o diagnóstico pode ser difícil pela semelhança com a retocolite ulcerativa, doença de Crohn, amebíase e tuberculose intestinal, quando compromete a região íleo-cecal. Principalmente na retocolite ulcerativa e Doença de Crohn esta semelhança é bastante acentuada, devendo portanto, antes de qualquer intervenção terapêutica, fazer o diagnóstico diferencial. O estudo histopatológico costuma definir o diagnóstico, conforme descrito por Mota¹⁰, principalmente pela presença de *Paracoccidioides brasiliensis*, como ocorreu no nosso caso, além de infiltrado inflamatório crônico e tecido de granulação. F. J. Pena³ relata um caso de criança com 8 anos apresentando diarreia com muco e sangue, dores abdominais em cólicas e severa desnutrição, semelhantemente ao encontrado nos casos de retocolite ulcerativa. Com diagnóstico e terapêutica adequados a paciente evoluiu bem com melhora completa da enfermidade.



Fig 3-Alterações do íleo terminal. Estenoses com irregularidade de mucosa.

Os achados radiológicos não são específicos¹⁸ no intestino grosso, podendo ser encontrados, principalmente estreitamentos fixos múltiplos, além de irregularidades da mucosa “Diagnóstico diferencial inclui Doença de Crohn, retocolite ulcerativa, amebíase, esquistossomíase, balantídiase, trichúriase, tuberculose e linfoma^{3,15}. Entretanto,

quando um paciente é proveniente de áreas endêmicas, o diagnóstico da Blastomicose Sul-americana deve ser considerado, principalmente se há envolvimento da região íleo-cecal, como ocorreu no nosso relato. No caso acima descrito houve semelhança com as características radiológicas relatadas na literatura²⁰.

O objetivo deste trabalho foi mostrar a importância da colonoscopia no diagnóstico da blastomicose intestinal comprometendo o cólon. Utilizada para investigar um quadro clínico de sangramento anal, nos permitiu demonstrar lesões diferentes das observadas na doença de Crohn e retocolite ulcerativa” lesões granulomatosas com ulcerações e convergência central e hiperemia intensa com maior intensidade na região íleo-cecal e cólon direito, o que nos fez suspeitar de outra doença que foi confirmada posteriormente com o estudo histopatológico.

A colonoscopia, mais uma vez mostrou-se importante no diagnóstico diferencial das lesões inflamatórias da mucosa colônica. Os achados endoscópicos, quando acompanhados por uma boa história clínica, biópsias seriadas, aliadas ao adequado estudo histológico, permitem o diagnóstico de doenças raras que poderiam passar despercebidas.

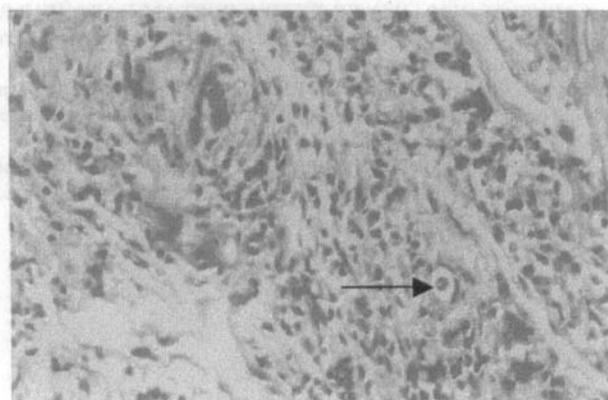


Fig 4- Histologia: Processo inflamatório intenso com células gigantes e *Paracoccidioides brasiliensis*.

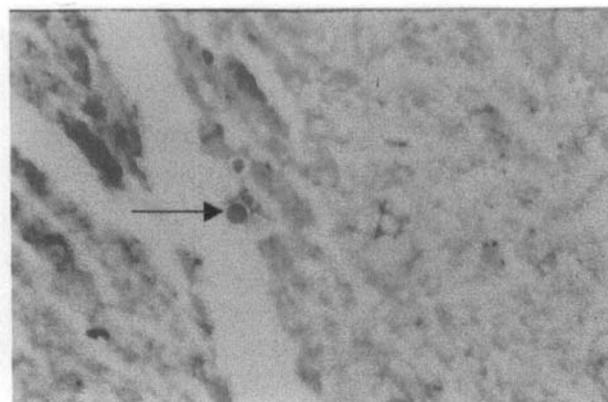


Fig 5- Histologia: Coloração especial para fungo (prata metanamina-grocott) *Paracoccidioides brasiliensis*.

AZEVEDO AN, FERNANDES AC, DA SILVA AG, MOREIRA MAR, LEITE ACA, MOREIRA H - Diagnóstico por colonoscopia da blastomicose sul-americana.

SUMMARY: The authors describe a case of a patient who presented an accomitment of large and small bowel caused by Paracoccidioides brasiliensis and simulating Crohn's Disease. The differential diagnosis was made by performing colonoscopy and biopsy which confirmed the fungal infection. Treatment using trimethoprim-sulfamethoxazole was successful.

UNITERMOS - Paracoccidioidomicose. Blastomicose Sul Americana. Colon. Colonoscopia.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. LUTZ, A -Uma micose pseudococcídica localizada na boca e observada no Brasil. Contribuição ao conhecimento das Linfoblastomicoses Americanas do Brasil Brasil-Med,22,121-141,1908
2. SPLENDORE, A -Un'affezione micótica com localizzazione nella mucosa della bocca.osservata in Brazile, determinata da funghi appartenenti alla tribu degli. Roma,G. Bertero, 1912 p 421-458 (volume in onore dei Prof Angelo Celli nel 25 anno di insegnamento)
3. PENNA, F. J. Case report Blastomicose of the colon resembling clinically ulcerative colitis. Revista Brasileira de Pediatria 1979 ,20,896-899
4. MACKINNON, J. E. Geographical distribution and prevalence of paracoccidioidomycosis. Proceedings of the First Pan American Symposium. (Pan American Sanitary Bureau, Scientific Publication No.254), pp. 45-52. Pan American Health Organisation: Washington D.C. 1972
5. HUGHES, W. T; FRANCO, S; OH, M. H. K. Systematic blastomycosis in childhood.Case report and review. Clinical pediatrics, 8, 597-601. 1969
6. BARBOSA, W -Blastomicose Sul-Americana. Contribuição ao seu estudo no Estado de Goiás. Goiás, 1968. (Tese - Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás).
7. CANNELAS, H M; LIMA, F.P; BITTENCOURT. J.M.T; ARAÚJO R.P.L.; AUGHUINAH, A. -Blastomicose do sistema nervoso; Arch. Neuropsiquitria (São Paulo), 9; p203-222,1951
8. DEL NEGRO G; ALBUQUERQUE,F.J.M.; CAMPOS E. - Localização nervosa de Blastomicose Sul Americana; Revisão da Literatura e registro de Dois Casos; Rev. Hosp. Clin. Fac. Med. S. Paulo, 9: 64, 1954
9. DEL NEGRO, G; BRITO, T; MEIRA, J.A. -Retocolite ulcerativa pseudo-polipóide. In: 10º Congresso da sociedade brasileira de medicina tropical, Curitiba 1974.
10. FORATTINI, O.P. -Blastomicose da região pancreática. Revista paulista de medicina (29), 166 1947
11. MOTTA, L. da C. -Granulomatose paracoccidioidica (Blastomicose brasileira) Anais da FacMed. São Paulo, II: 293,1945
12. PASSOS, J.N; TAKATA, P.K; TURINI, T.L e BALDY, J.L.S. -Blastomicose Sul Americana. Apresentação de seis casos na forma aguda disseminada e de sete casos com localização das lesões ou de forma de apresentação insólitas. 100 Congresso brasileiro de medicina tropical. Campinas .1979
13. SANTOS, S .M- Blastomicose pulmonar. Revista brasileira de medicina., 3: 723 a 733 .1943
14. MAGALHAES A. -(Blastomicose sul Americana) Aspectos radiológicos Revista Hosp Clínicas Fac. Med São Paulo, 149-153,1980
15. FERNANDEZ J. A. C. -Blastomicose mediante colonoscopia. Arq. Gastroenterologia. São Paulo 16(1):24-29, 1979
16. BETARELLO. A; MEGALDI C; AMATO Neto. Síndrome de malabsorção na Blastomicose Sul Americana. Relato de caso. Revista Hosp.Clin. Fad. Med. São Paulo. 27: 245,1972
17. LAUDANNA, A. A; BETTARELLO, A; Van BELLEN; South American Blastomycosis as a cause of malabsortion and protein-losing enteropathy. Arq. Gastroent. (São Paulo), 12:195, 1975.
18. ALTÉRIO O.L; DEL NEGRO, G- BSA associado a Doença de Hodgkin HOSPITAL(Rio de Janeiro), 57:73, 1960.
19. MACHADO FILHO, J; LISBOA MIRANDA, J. Considerações relativas à Blastomicose Sul-Americana. Localizações, sintomas iniciais, vias de penetração e disseminação em 313 casos consecutivos. O Hospital, 58, 99-137.1960
20. ROCHA, A.; LOPES, E. R.; CHAPADEIRO, E.; ALMEIDA, H. de O.; PORTILHO, D. -Abdome agudo por colecistite blastomycótica: relato de um caso. In: 13º CONGRESSO DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA TROPICAL, Brasília, p. 193. 1977