

PARACOCCIDIOIDOMICOSE DUODENAL COM SANGRAMENTO DIGESTIVO

Roberto MARTINEZ (1) e Marcos A. ROSSI (2)

RESUMO

Apresenta-se um caso de hematêmese fatal por úlcera duodenal paracoccidiodomocítica. Tanto esta localização da paracoccidiodomocose, como sua manifestação clínica são incomuns, resultando provavelmente do grande comprometimento da cavidade abdominal.

INTRODUÇÃO

É freqüente a lesão das vísceras abdominais nas formas disseminadas da paracoccidiodomocose. Os intestinos delgado e grosso são envolvidos pela infecção fúngica em muitos doentes, conclusão obtida tanto de relatos de caso de necrópsia (LIMA¹⁰; PINTO¹⁵), como de estudos clínicos e radiológicos (MORAES & col.¹³; BARBOSA & col.²; MARTINEZ & col.¹¹). O comprometimento duodenal, porém, é infreqüente (FIORILLO & col.⁷), não tendo CUNHA MOTTA⁴ observado lesão desse segmento intestinal em 58 casos necropsiados.

Por essa razão, e também pela sua apresentação clínica incomum, relata-se o caso de uma paciente que foi a óbito devido a sangramento digestivo alto conseqüente a uma lesão paracoccidiodomocítica duodenal.

REGISTRO DO CASO

I.L., 35 anos, sexo feminino, branca, solteira, servente de limpeza, natural e residente em São José do Rio Pardo (SP).

Foi atendida no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto em 15/06/80. Havia tido, 18 meses antes, lesão amigdaliana diagnosticada como paracoccidiodomocose. A lesão regrediu com o uso de cotrimoxazole durante 4 meses, continuando de-

pois o tratamento com sulfadoxina e sulfametoxipiridazina. Esta medicação foi suspensa por seu médico em 15/05/80 porque havia ficado icterícia.

Após a interrupção da sulfamidoterapia, a paciente notou piora da icterícia e de lesões na face surgidas 3 meses antes, passando a apresentar também febre, fraqueza, inapetência, emagrecimento, constipação intestinal e adenomegalia cervical. Hospitalizada em sua cidade no dia 09/06/80, após 5 dias surgiram epigastralgia e vômitos de conteúdo sangüinolento e, nas horas seguintes, diarreia com fezes enegrecidas.

Transferida para o H.C.R.P., mostrava-se em regular estado geral, consciente e deambulando, embora estivesse desidratada, descorada e icterícia, com enfartamento ganglionar generalizado, ulceração na amígdala direita e várias lesões vegetantes e confluentes na face e cabeça. Acusava dor à palpação de todo abdome, sendo o fígado palpado a 10cm do rebordo costal direito.

Recebeu transfusão de 950 ml de sangue, além de outras medidas para controlar o sangramento digestivo. Nas 48 horas posteriores apresentou vômitos com coágulos de sangue e 8 evacuações, inicialmente de sangue vivo, seguindo-se melena. A hemorragia aparente-

Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto — U.S.P.

(1) Assistente Doutor do Departamento de Clínica Médica

(2) Professor Adjunto do Departamento de Patologia

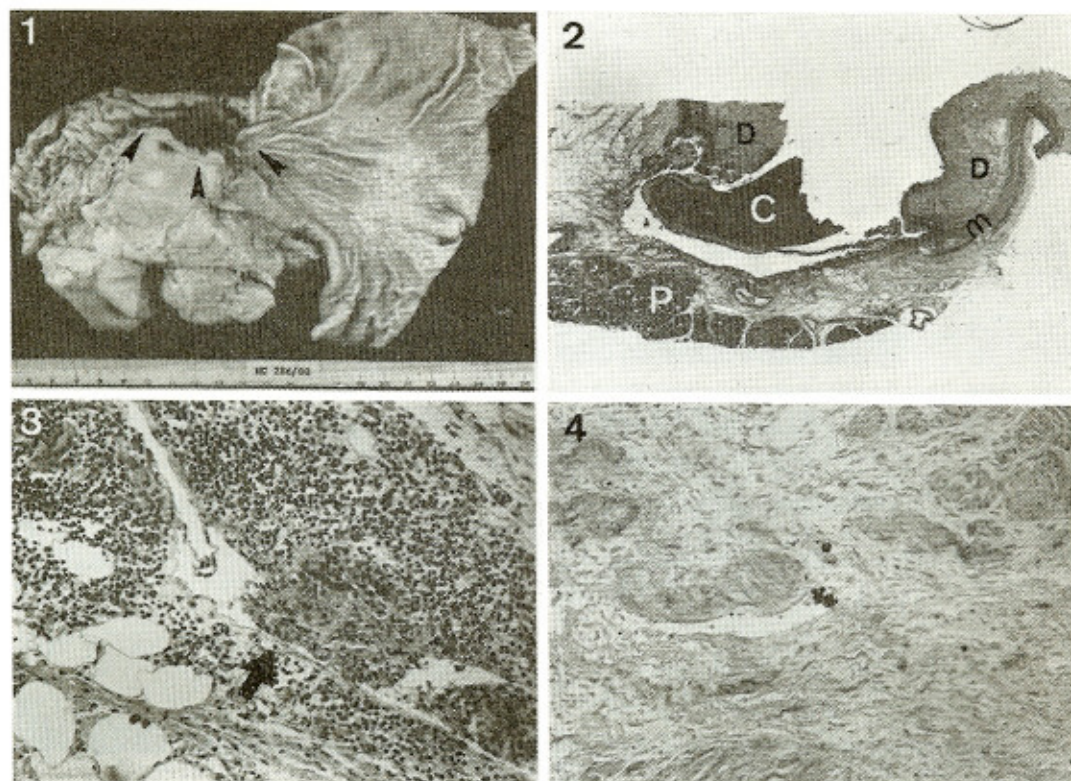


Fig. 1 — Segmento de estômago e duodeno. Úlcera duodenal juxtapiórica (pontas de flechas). Fig. 2 — Visão microscópica panorâmica da úlcera duodenal profunda. D, parede duodenal; m, camada muscular; P, pâncreas; C, coágulo sanguíneo. Hematoxilina-eosina (3 ×). Fig. 3 — Fundo da úlcera duodenal. Intenso infiltrado inflamatório linfomononuclear. Granuloma com célula gigante (flecha). Fig. 4 — *Paracoccidioides brasiliensis* na lesão ulcerada do duodeno. Prata-metenamina (130 ×).

mente cessou nos 2 dias subsequentes, mas ao se iniciar o 5.º dia de internação queixou-se de intensa dor epigástrica, ocorrendo algumas horas depois grande hematêmese, choque circulatório e óbito.

Resultados de exames laboratoriais efetuados na admissão da paciente — **Exame hematólogico:** hemoglobina = 5,7g%; hematócito = 24%; leucócitos = 39900/mm³; plaquetas sem alterações. Bioquímica sanguínea: albumina = 2,5g/dl; globulina = 3,5g/dl; bilirrubina total = 8,9mg/dl (indireta = 4,6mg/dl; direta = 4,3mg/dl); fosfatase alcalina = 155 milunidades/ml; uréia = 60,5mg/dl; cálcio = 8,3mg/dl; sódio = 129,1mEq/l; transaminase gl. — oxalacética, desidrogenase láctica, colesterol, creatinina, potássio, cloro, fósforo — todos dentro dos limites normais. Radiografia de tórax normal. Cultura de material de lesão cutânea: **Paracoccidioides brasiliensis.**

O exame necroscópico (Figs. 1 a 8) revelou lesões cutâneas úlcerovegetantes e confluentes no nariz, nas regiões frontal, temporo-parietal e malares e nos pavilhões auditivos. A região orofaríngeana apresentava lesões ulceradas de fundo avermelhado e pontilhado amarelado. Gânglios linfáticos aumentados de tamanho, com micronódulos, alguns com centro necrótico, existiam na região cervical, na caixa torácica, nos hilos pulmonares e no abdome. Os pulmões mostravam lesões micronodulares difusas. O fígado mostrava-se aumentado de tamanho, com acentuação da lobulação e retenção de pigmentos biliares, e apresentava um nódulo de 2,5 cm de diâmetro no lobo esquerdo. Os linfonodos do hilo hepático estavam muito aumentados de volume, confluentes e comprimindo as vias biliares extra-hepáticas. No baço e no pâncreas existiam lesões micronodulares difusas, algumas com centro necrótico. As mucosas gástrica e

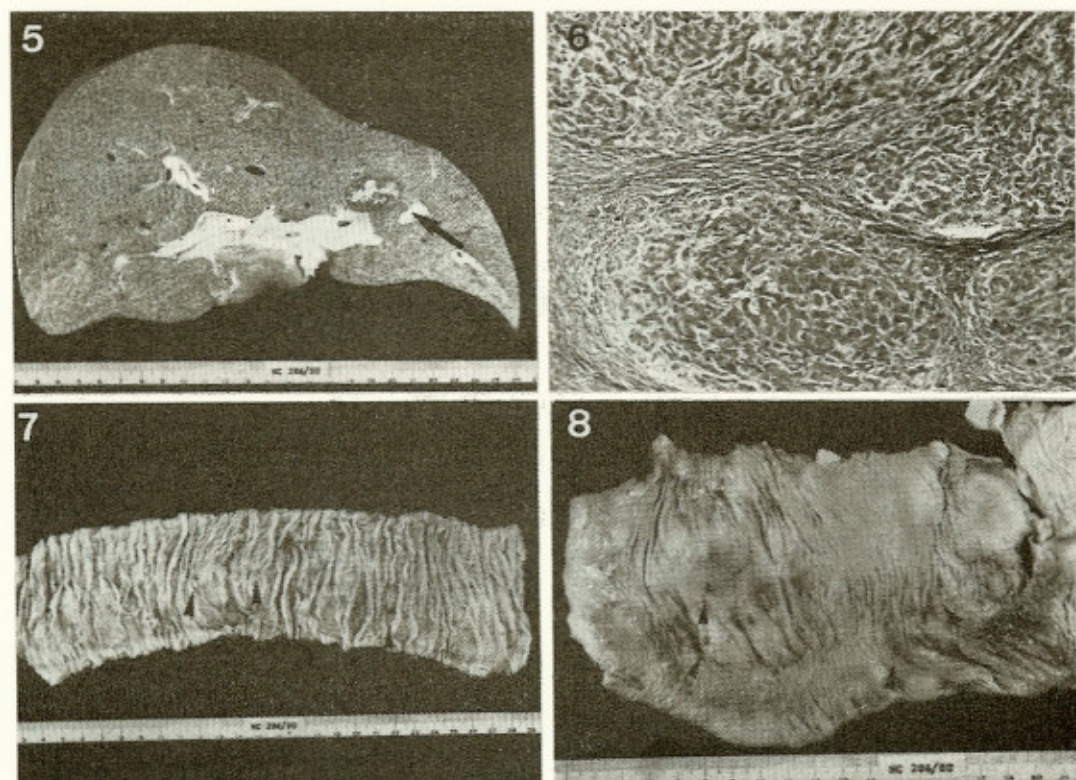


Fig. 5 — Aspecto macroscópico da superfície de corte do fígado. Nódulo no lobo hepático esquerdo (flecha). Fig. 6 — Aspecto microscópico do nódulo hepático. Bandas de fibrose subdividem o parênquima em pequenos pseudolóbulos. Hematoxilina-eosina (130 \times). Fig. 7 — Segmento de jejuno. Microulcerações rasas com fundo hemorrágico são evidentes (pontas de flechas). Fig. 8 — Segmento de cólon descendente. Microulcerações com fundo hemorrágico são evidentes (pontas de flechas).

duodenal mostravam-se hiperêmicas, com múltiplas lesões ulceradas rasas de fundo hemorrágico, medindo 1 a 2 mm de diâmetro. Na primeira porção do duodeno, imediatamente após o anel do piloro, havia uma úlcera profunda, hemorrágica, de bordos elevados e intensamente hiperemiados, com vaso arterial roto no fundo da lesão e aderida à cabeça do pâncreas. As mucosas dos intestinos delgado e grosso apresentavam hiperemia, edema e microulceras rasas de fundo hemorrágico. O conteúdo intestinal era hemorrágico.

O exame microscópico demonstrou a presença de granulomas, isolados e confluentes, nas lesões cutâneas, na orofaringe, nos linfonodos cervicais, torácicos e abdominais, nos intestinos delgado e grosso, no baço, no pâncreas e nos pulmões. Em particular, a úlcera duodenal mostrou um intenso infiltrado inflamatório nos bordos e fundo da lesão, com predominância de células linfo-monu-

cleares e presença de granulomas com células gigantes tipo corpo estranho. Grande quantidade de leveduras com características do **Paracoccidioides brasiliensis** existiam nos focos de necrose, nos macrófagos e células gigantes dos granulomas. No tecido hepático foram observados espaços porta com infiltrado inflamatório linfo-mononuclear, fibrose, proliferação de canaliculos biliares e acentuada retenção biliar; focos de necrose hepatocitária, com infiltrado neutrofilico, também existiam. O nódulo hepático apresentava perda da arquitetura normal, com bandas de fibrose e formação de nódulos de regeneração. Não foram encontrados fungos no fígado.

DISCUSSÃO

A maioria dos pacientes com paracoccidioidomicose da cavidade abdominal apresenta sintomatologia digestiva, tais como dor de

características variáveis, diarreia ou disenteria, constipação intestinal, vômitos, tumoração palpável no abdome, ascite e icterícia (PASSARELLI¹⁴; FIORILLO & col.⁷). O sangramento digestivo alto manifestado no presente caso, entretanto, é observado excepcionalmente na moléstia. Ocorreu na evolução de 2 dos 10 doentes com acometimento abdominal analisados por ANDRADE & col.¹, um dos quais com úlceras no intestino delgado. Em outro caso relatado por RAPHAEL & col.¹⁶, sem lesões gastrintestinais, na fase terminal da evolução ocorreram coma hepático e sangramento digestivo. Portanto, apesar do pequeno número de casos descritos, esta complicação parece ter diversas causas, sua gravidade sendo evidenciada pela evolução de todos os doentes para óbito em curto prazo.

Uma úlcera duodenal paracoccidiodomicótica foi a causa da grande hematêmese no caso descrito, ao romper uma artéria. As lesões duodenais específicas são incomuns, tendo sido referidas como microulcerações difusas (TOBIAS & NIÑO¹⁸; TRIEGER & col.¹⁹) ou como úlceras isoladas ou duplas que tendem à perfuração (LIMA¹⁰; FONSECA & MIGNONE⁸). Ocorrem geralmente em pacientes com processo disseminado na cavidade abdominal, propagando-se por contiguidade ou surgindo a partir do tecido linfóide intestinal. Considerado um dos segmentos do intestino menos afetados pela micose, a frequência de comprometimento duodenal pode todavia ser maior do que tem sido admitido. A visualização direta do duodeno de 30 doentes, pelo exame endoscópico, revelou 3 casos de duodenite paracoccidiodomicótica, um dos quais na forma de lesão polipóide isolada (MARTINEZ & col.¹²).

Além dos múltiplos outros locais onde o granuloma paracoccidiodomicótico foi encontrado, no caso descrito existiam lesões do pâncreas, do fígado e compressão das vias biliares. As lesões pancreáticas tem sido observadas ocasionalmente em laparotomias ou necrópsias de pacientes com a doença generalizada, referindo DEL NEGRO⁶ a sua frequência em 5,3% de 56 casos necropsiados. A compressão de vias biliares por gânglios aumentados de volume no hilo hepático é causa comum de icterícia na paracoccidiodomicose (BOCCALANDRO & ALBUQUERQUE³; DAHER & col.⁵). O nódulo observado no fígado tinha

aspecto histopatológico compatível com o diagnóstico de cirrose. Como as lesões hepáticas da micose tendem a evoluir para fibrose, já tendo sido referidas como cirrose (LAZO & BUENAÑO⁹), é provável que tal nódulo fosse o resultado de processo blastomítico cicatrizado. As outras alterações hepáticas são semelhantes às observadas por TEIXEIRA & col.¹⁷ em estudo de 60 fígados obtidos em necrópsia.

SUMMARY

Duodenal paracoccidiodomycosis with hematemesis

The Authors report a case of fatal hematemesis caused by a paracoccidiodomycotic duodenal ulcer. This localization and its clinical manifestation are unusual in paracoccidiodomycosis and is probably the result of disseminated disease in the abdominal cavity.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ANDRADE, D. R. de; HUTZLER, R. U.; CARVALHO, S. A. de; ROSENTHAL, C.; CARVALHO, M. A. B. de & FERREIRA, J. M. — Hipoproteinemia em pacientes com paracoccidiodomicose do tubo digestivo e sistema linfático abdominal: revisão de casos de necrópsia e apresentação de um caso com perda protéica digestiva. *Rev. Hosp. Clín. Fac. Med. São Paulo* 31: 174-179, 1976.
2. BARBOSA, W.; DAHER, R. & OLIVEIRA, A. R. de — Forma linfático-abdominal da blastomicose sul-americana. *Rev. Inst. Med. trop. São Paulo* 10: 16-27, 1968.
3. BOCCALANDRO, I. & ALBUQUERQUE, F. J. M. — Icterícia e comprometimento hepático na blastomicose sul-americana. A propósito de 10 casos. *Rev. paul. Med.* 56: 350-366, 1960.
4. CUNHA MOTTA, L. — Granulomatose paracoccidiodomíca (blastomicose brasileira). VI. Intestino. *An. Fac. Med. Univ. São Paulo* 31: 205-225, 1945.
5. DAHER, R. R.; VASCONCELOS, W. M. P. & CARDOSO, V. M. — Fígado e blastomicose sul-americana. *J. Bras. Med.* 25: 83-90, 1973.
6. DEL NEGRO, G. — Localização supra-renal da blastomicose sul-americana. São Paulo, 1961. [Tese — Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo].
7. FIORILLO, A. M.; MARTINEZ, R. & MORAES, C. R. — Lesões do aparelho digestivo. in DEL NEGRO, G.; LACAZ, C. da S.; FIORILLO, A. M. (ed). *Paracoccidiodomicose: blastomicose sul-americana*. 1.^a ed., São Paulo, Sarvier — Edusp, 1982, p. 179.
8. FONSECA, L. C. & MIGNONE, C. — Paracoccidiodomicose do intestino delgado. Aspectos anatomo-clíni-

- cos e radiológicos de 125 casos. *Rev. Hosp. Clín. Fac. Med. São Paulo* 31: 199-207, 1976.
9. LAZO, S. R. F. & BUENAÑO, S. — Síndrome cirrótico en la paracoccidioidosis. *Rev. ecuat. Hig. Med. trop.* 30: 103-114, 1977.
 10. LIMA, F. X. P. — *Contribuição ao estudo clínico e terapêutico da blastomicose sul-americana visceral.* São Paulo, 1952. [Tese de Livre-Docência apresentada à Faculdade de Medicina de São Paulo, U.S.P.].
 11. MARTINEZ, R.; MENEGHELLI, U. G.; DANTAS, R. O. & FIORILLO, A. M. — O comprometimento gastrointestinal na blastomicose sul-americana (paracoccidioidomicose). I. Estudo clínico, radiológico e histopatológico. *Rev. Ass. méd. bras.* 25: 31-34, 1979.
 12. MARTINEZ, R.; MÓDENA, J. L. P. & BARBIERI NETO, J. — Avaliação endoscópica do comprometimento de esôfago, estômago e duodeno na paracoccidioidomicose humana. XIX Congresso da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, Rio de Janeiro, 1983. Livro de resumos, p. 123.
 13. MORAES, C. R. de; FIORILLO, A. M. & COSTA, J. C. — Lesões radiológicas intestinais na blastomicose sul-americana. *Hospital (Rio)* 71: 733-744, 1967.
 14. PASSARELLI, N. — Blastomycosis of the digestive tract. Review of literature and presentation of 3 cases. In: Proceedings of Bockus Alumni International Society of Gastroenterology. Rio de Janeiro, 1961, p. 297-315.
 15. PINTO, H. B. — La paracoccidioidosis brasiliensis como enfermedad sistémica. Comentarios a la casística venezolana. *Mycopathologia (Den Haag)* 15: 90-114, 1961.
 16. RAPHAEL, A.; CAMPANA, A. O. & WAIMANN, J. — Coma hepático na blastomicose sul-americana. *Rev. Ass. méd. bras.* 10: 151-154, 1964.
 17. TEIXEIRA, F.; GAYOTTO, L. C. & BRITO, T. de — Morphological patterns of the liver in South American blastomycosis. *Histopathology* 2: 231-237, 1978.
 18. TOBIAS, J. W. & NIÑO, F. L. — Estudio de una nueva observación de granuloma paracoccidioidico (forma linfático-visceral). *Prensa Med. Argent.* 25: 232-243 e 286-301, 1938.
 19. TREIGER, M.; MADI, K.; PEÇANHA, L. C.; LACERDA, P. R. S.; DUARTE, F. & PAOLA, D. de — Enterocolite blastomycótica. *Bol. Cent. Estud. Hosp. Serv. Est. (IPASE)* 18: 180-182, 1966.

Recebido para publicação em 24/8/1983.