

SÍNDROME DE COMPRESSÃO DA VEIA CAVA INFERIOR NA PARACOCCIDIOIDOMICOSE

Silvino Alves de CARVALHO (1), Giovanni Guido CERRI (2), Mario SHIROMA (3), Maria Aparecida SHIKANAI-YASUDA (4), Antonio Alci BARONE (5) e Vicente AMATO NETO (6)

RESUMO

Os Autores registram o primeiro caso de síndrome de compressão da veia cava inferior devida a paracoccidiodomicose. Resumem a evolução clínica do paciente, tratamento e os achados laboratoriais e ultrassonográficos que evidenciaram o diagnóstico de compressão da veia cava inferior.

UNITERMOS: Paracoccidiodomicose humana — Compressão da veia cava inferior — Ultrassonografia.

INTRODUÇÃO

A paracoccidiodomicose representa em alguns países da América Latina, e em especial no Brasil, grave problema das doenças infecto-parasitárias.

Causada pelo fungo *P. brasiliensis* (SPLENDORE, 1912) ALMEIDA, 1930⁷, a paracoccidiodomicose se constitui numa infecção de caráter sistêmico, acometendo principalmente os órgãos respiratórios, o sistema linfo-glandular e o tegumento. Entretanto, pelas suas características fisiopatogênicas e seu caráter invasivo, qualquer órgão ou sistema pode ser acometido pelo *P. brasiliensis*.

Dados da literatura revelam acometimento dos mais variados órgãos: sistema nervoso central⁸, fígado e vias biliares^{2,16}, pâncreas¹², aparelho digestivo (esôfago, estômago e intestinos)^{1,5,10}, peritônio⁵, glândulas supra-renais⁷,

ossos³, miocárdio¹³, endocárdio⁴, vasos^{11,14}, testículos⁹ e vias respiratórias^{6,15}.

O acometimento do sistema linfo-glandular pode levar a mecanismos compressivos de órgãos intra-abdominais. Entretanto não há relato na literatura de compressão de veia cava na paracoccidiodomicose e que seria o objeto desse relato.

REGISTRO DO CASO

Paciente de 41 anos, amarelo, masculino, apresentou em 1972 quadro de semi-oclusão intestinal. Submetido à laparotomia exploradora comprovou-se histologicamente paracoccidiodomicose. Com anfotericina B teve excelente resposta terapêutica. Fez uso de sulfadoxina de manutenção até 1975, quando perdeu-se o se-

- (1) Professor-assistente da Clínica de Doenças Infecciosas e Parasitárias da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
- (2) Professor-assistente doutor do Departamento de Radiologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
- (3) Professor-adjunto da Clínica de Doenças Infecciosas e Parasitárias da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
- (4) Professora-assistente doutora da Clínica de Doenças Infecciosas e Parasitárias da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
- (5) Médico-assistente da Clínica de Doenças Infecciosas e Parasitárias do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
- (6) Professor-titular da Clínica de Doenças Infecciosas e Parasitárias da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

guimento. Em 22-04-82 retornou com acometimento ganglionar periférico e lesões de oro-faringe. Reinternado, constatou-se: presença de *P. brasiliensis* em material de oro-faringe, contraímunoelctroforese 1/32 e à ultrassonografia abdominal realizada em 27-05-82 (Fig. 1), evidenciou adenomegalia no hilo hepático e cadeia para-aórtica. Em 28-05-82 medicado com ketoconazol (400 mg/dia) regularmente por dois meses e desde então usou irregularmente o medicamento. Em 07-10-82 retornou com aumento do volume abdominal e edema dos membros inferiores. Constatou-se, ao exame clínico, ede-

ma (+++) e ausência de ascite ou massas palpáveis no abdome. Em 14-10-82 a ultrassonografia de abdome (Fig. 2) revelou a veia cava inferior reduzida de calibre, com imagens hipoecogênicas múltiplas (PRÉ-CAVA) em topografia peri-cava caracterizando uma linfadenopatia peri-cava com compressão da mesma. Foi reintroduzida a terapêutica com ketoconazol (400 mg/dia). Em 24-11-82 foi feita linfografia, cujo resultado foi normal e em 13-12-82 foi realizada nova ultrassonografia (Fig. 3) que não evidenciou linfadenopatia peri-cava.



Fig. 1 — Ultrassonografia realizada em 27/05/82 mostrando a presença de linfonodos (L) em hilo hepático e região peri-aórtica (A)

CONCLUSÃO

Embora sejam relativamente frequentes na paracoccidiodomicose, síndromes compressivas de estruturas intratorácicas e principalmente intrabdominais, o presente caso constitui-se no

primeiro relato de compressão da veia cava inferior com repercussões clínicas e hemodinâmicas.

Chamamos a atenção para a possibilidade desse evento em portadores de forma linfoglandular intrabdominal da paracoccidiodomicose.

SUMMARY

Vena cavae compression syndrome in paracoccidioidomycosis

The Authors report the first description of an inferior vena cavae compression syndrome due to paracoccidioidomycosis. The clinical course of the disease, laboratory and ultrasonographic findings are summarized, providing evidence to the diagnosis of inferior vena cavae compression.

AGRADECIMENTOS

Ao Dr. Aluisio Augusto C. Segurado, pela ajuda na realização do presente trabalho.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ANDRADE, D. R.; HUTZLER, R. U.; CARVALHO, S. A.; ROSENTHAL, C.; CARVALHO, M. A. B. & FERREIRA, J. M. — Hipoproteinemia em pacientes com paracoccidioidomycose do tubo digestivo e sistema linfático abdominal. *Rev. Hosp. Clín. Fac. Med. S. Paulo* 31: 174-179, 1976.
2. BARANSKI, M. C.; GOMES, N. R.; MOTA, C. C. S.; CUNHA, C. A. M.; ALENCAR, J. V.; BRENNER, S.; LEAL, W. M. & BUFFARA, M. — Icterícia obstrutiva na blastomicose sul-americana, apresentação de 2 casos. *An. Fac. Med. Paraná* 8: 25-39, 1965.
3. BARONE, A. A.; SHIROMA, M. & AMATO NETO, V. — Paracoccidioidomycose óssea generalizada: relato de um caso. In: Congresso da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical XV, Campinas (SP), 1979.
4. BOULOS, M. I. C.; SHIROMA, M.; DUARTE, M. I. S.; SILVEIRA, M. I. & AMATO NETO, V. — Endocardite paracoccidioidomycótica. In: Congresso da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical XVI, Natal (RN), 1980.
5. CESAR, R. C.; CARINI, A.; LAUAND, F. & LIA, N. — Abdomen agudo de etiologia blastomicótica. *Hospital (Rio de J.)* 61: 625-637, 1962.
6. COSTA, I. A.; BRANDÃO, H.; ARTIGOS, G. V. & BETTEGA, J. L. — Tratamento cirúrgico de estenose blastomicótica da traquéia. *An. parana. Tuberc.* 3: 103-109, 1958.
7. DEL NEGRO, G.; LACAZ, C. S. & FIORILLO, A. M. — Paracoccidioidomycose. São Paulo, Sarvier-Edusp, 1982.
8. FARAGE FILHO, M.; BRAGA, M. R. & KUHN, M. L. S. — Granuloma blastomicótico na medula cervical. Registro de um caso. *Arq. Neuro-psiquiat. (S. Paulo)* 35: 151-155, 1977.
9. FAVA NETTO, C. & DEL NEGRO, G. — Localização testículo-epididimária de blastomicose sul-americana. *Rev. Ass. méd. bras.* 1: 210-213, 1954.
10. FONSECA, L. C. & MIGNONE, C. — Paracoccidioidomycose do intestino delgado. Aspectos anatomo-clínicos e radiológicos de 125 casos. *Rev. Hosp. Clín. Fac. Med. S. Paulo* 31: 199-207, 1976.
11. GONÇALVES, A. J. R.; BARBOSA, L. S. G.; COSTA, I. C.; MORAES, J. C. O. & GUIMARAES NETO, F. D. — Aneurisma blastomicótico da aorta abdominal. Relato de um caso e revisão da literatura. *Rev. méd. Hosp. Serv. Est.* 29: 167-172, 1977.
12. MARENGO, R.; CALDAS, E. A. & RAFFO, J. M. — Granuloma paracoccidioides com localização pancreática. *Sem. méd. (B. Aires)* 41: 975-979, 1934.
13. MILAZZO, L. A.; DUARTE, C. M.; AFONSO, C. C.; ALBUQUER, J. W.; SILVA, S. T. D.; FLORES, A. P. & BARBOSA, E. T. — Blastomicose sul-americana ou doença de Lutz. Comprometimento cardíaco. *Arq. bras. Cardiol.* 22 (supl. 1): 70, 1970.
14. MILLINGTON, F. R.; MELLO, M. V.; MILLINGTON, M. A.; FADIGA, E. M.; TAVARES, H. R.; LEITE, E. V.; MEDEIROS, R.; GONÇALVES, A. L. & LIMA, J. M. M. — Manifestações menos frequentes na paracoccidioidomycose. In: Congresso da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, XV. Campinas (SP), 1979.
15. PILHEU, J. A.; YERGA, M.; NEGRONI, R. & COHEN, J. — Estenose traqueal por Paracoccidioides brasiliensis. *Tórax* 14: 184-186, 1965.
16. ROCHA, A.; PORTILHO, D. V.; ALMEIDA, H. O.; LOPES, E. R. & SANTOS, S. P. — Abdomen agudo por colecistite blastomicótica. *Rev. Goiana Med.* 26 (1-2): 63-69, 1980.

Recebido para publicação em 10/7/1985.