

FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
CLINICA UROLOGICA — HOSPITAL DAS CLINICAS — SERVIÇO
DO PROF. LUCIANO GUALBERTO

AMEBIASE CUTANEO- MUCOSA DO PENIS

DR. CARMELLO COCUZZA
Assistente

CONSIDERAÇÃO EM TORNO DE UM CASO

DR. DANILO T. GUERREIRO
Ex-Assistente voluntario

Como sabemos a amebiose é uma protozoose de localização predominantemente intestinal, apresentando contudo, outras localizações extra-intestinais, algumas mais frequentes tais como: a hepática, a pulmonar, a cerebral, a apendicular e outras mais raras.

Entre estas ultimas destacamos as localizações cutaneas, as cutaneo-mucósas (fístulas post-operatórias) a amigdaliana, a bronquica, a renal, a vesical, a uretral, a vaginal, a cervico-uterina, a da vesicula biliar, a vulvar e a anal.

O que nos levou a apresentar o caso que passaremos a estudar, foi a oportunidade de termos deparado com uma forma, ou melhor uma localização extra-intestinal da amebiose; trata-se de um paciente portador de uma localização cutaneo-mucosa assestada, no penis. Estudando e investigando o referido caso, verificamos após consultar a literatura nacional e estrangeira tratar-se de uma localização efetivamente rara e ainda não descrita.

Passaremos portanto à apresentação do caso:

OBSERVAÇÃO

Deu entrada no serviço de urologia do Hospital das Clinicas, em 20-11-946, o Sr. J. H., de 52 anos de idade, do sexo masculino, casado, branco, brasileiro, procedente de Votuporanga, onde trabalhava em olaria, queixando-se de uma ferida no penis, há um mês.

Conta o paciente que durante um coito vaginal sentiu que feriu o penis (sic) em um pessario vaginal utilizado por sua esposa. Jul-

ga o doente, que o causador do traumatismo e ferimento do penis tenha sido esse pessario (sic). No dia seguinte, segundo informação do mesmo, notou que o prepucio se apresentava inchado, avermelhado e coçava muito. Procurou um médico, que lhe prescreveu aplicações locais de compressas úmidas e quentes. Cerca de dois a três dias depois notou o aparecimento, ao nível do sulco balano prepucial, de uma pequena mancha amarelada do tamanho comparavel ao da cabeça de um alfinete que com as aplicações das compressas já referidas não acusou melhoras. Cerca de 15 dias após, verificou o aparecimento nas faces laterais do prepucio, de pontos arroxeados que dois dias depois se romperam dando saída a um liquido de aspecto purulento, amarelado. No dia seguinte o pus se tornara escuro com côr de borra de café. O penis desde o inicio da molestia atual sempre permaneceu avermelhado da metade para a glande. Refere ainda o paciente que há 15 dias pode verificar o aparecimento de uma tumoração proliferante com aspecto de couve-flôr, de côr arroxeadada ao nível dos pontos de saída do pús. A conselho médico tomou penicilina em quantidade ignorada, não tendo apresentado melhoras, motivo pelo qual procurou este serviço.

Antecedentes — Tifo e maleita há 20 anos. Nega passado venéreo-sifilítico. Nega etilismo. Tabagista inveterado. A esposa tem proclino do útero e por esse motivo utiliza-se de pessario. Ela ainda apresenta surtos de diarréia com evacuações muco-sanguinolentas (hemorroides) (sic). Nega abortos. Onze filhos, dos quais 3 falecidos de causa ignorada, um sofre do coração.

No interrogatório sobre os diversos aparelhos, pudemos anotar como referencias dignas de nota as seguintes:

Aparelho digestivo — Há 6 anos apresentou durante cerca de um ano, dôres epigástricas após as refeições; dôres sem relação com qualidade de alimentos. Procurou um médico que diagnosticou afecção hepática fazendo tratamento com medicamentos cujo nome ignora; coincidindo com estas crises dolorosas acusava constipação intestinal evacuando cada 2 a 3 dias fézes de côr preta, duras com catarro. Nega tenesmo ou evacuações sanguinolentas; nega diarréia ou disenteria frequentes. Nega cólicas abdominais. Nega ictericia.

Quanto aos aparelhos respiratório e circulatório não verificamos queixas dignas de nota.

Aparelho genito urinário — Não refere passado venéreo; não apresentou hematuria, polaquiuria ou disuria; nega terminantemente coito-anal.

Sistema nervoso — Nervosismo, insónias frequentes; nega parésias ou paralisias.

EXAME FÍSICO

No exame físico destacamos apenas no abdome os seguintes elementos:

Figado percutível a partir do 6.^o espaço intercostal; palpável 3 dedos abaixo da reborda costal, com borda fina e pouco dolorosa.

Ponto vesicular indolor à pressão e percussão.

Cecum mole, gurgarejante, não doloroso.

Sigmoide da espessura de um polegar, duro não gurgarejante e não doloroso.

EXAME FÍSICO LOCAL



Fig. 1

Pela anamnese em que se faz referencias a traumatismo e ferimento do penis durante um ato sexual e pela exame físico local em que verificamos a presença de uma lesão extensa, prepucio e glande, de tipo ulcerativo e proliferativo, recoberta de uma secreção purulenta, levantamos a hipótese de um processo neoplásico com infecção secundária. Em vista disso, e pelo fato de apresentar rubor e edema circunvizinhos à lesão, foi instituído um tratamento com sulfatiazol e penicilina intramuscular na dose de 20.000 unidades cada 3 horas durante 4 dias, afim de que melhorasse o processo inflamatório para que se procedesse a uma biopsia.

No dia 28-11-946, foi realizada uma biopsia sob anestesia local com solução de novocaina a 1% tendo sido retirados 2 fragmentos da lesão assestada no prepucio. Após a biopsia o doente continuou com o tratamento anti-infeccioso já referido até o dia 9-12-946 quando recebemos o resultado da mesma que foi o seguinte:

Inflamação purulenta ulcerativa. Amebíase.

No exudato purulento foram encontradas numerosas formas vegetativas de *Entamoeba histolítica*, ao lado de áreas de tecido necrosado.

Com este diagnóstico fornecido pelo exame anatomo patológico para confirmação realizamos no dia 12-12-946 nova biopsia com retirada de 2 fragmentos do prepucio, em outros pontos da lesão.

O resultado deste novo exame histo-patológico revelou um aspecto idêntico ao da biopsia anterior com o mesmo diagnóstico: Amebíase, inflamação purulenta ulcerativa.

Confirmado o diagnóstico de amebíase pelos dois exames histo-patológicos, procuramos investigar o modo pelo qual se processou a contaminação. Assim sendo pesquisamos as várias e possíveis fontes de origem da *Entamoeba histolítica*, procedendo-se aos exames que a seguir passaremos a enumerar com os respectivos resultados:

1.º — A preocupação inicial foi verificar a presença de *Entamoeba histolítica* nas fezes do paciente; em 7 de dezembro de 1946 pediu-se uma pesquisa dos protozoários, sendo-nos fornecido o seguinte resultado:

Pesquisa de helmintos — negativa

Pesquisa de protozoários — Cistos da *Giardia Lamblia*

Cerca de uma semana após procedeu-se a novo exame de fezes após administração de um purgativo salino (sulfato de sódio — 30 grs.); este material foi enviado ao departamento de parasitologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e o resultado que nos foi fornecido pelo Dr. Dácio do Amaral revelou: Cisto de *Giardia Lamblia* e *Entamoeba Histolítica*.

2.º — Exame de urina tipo I e pesquisa dos protozoários no sedimento — Resultado negativo.

3.º — Hemograma: 23-11-946

Hemacias	.....	4.100.000		
Leucocitos	.....	8.000		
Hemoglobina	.....	89% — 14,2 grs. %		
VG.	.....	1		
Neutrofilos	{	metamielocitos	0
			bastonetes	29%
			segmentados	42
Eosinofilos	.....		1%	
Basofilos	.....		1%	
Linfocitos	{	Tipicos	23,0
			Leucocitoides	1,0
			Atipicos	0
Monocitos	.....		3,0	

Neutrofilia — Neutrofilos com granulações tóxicas — Desvio à esquerda e Anisocitose discreta.

Hemograma — 7-12-946

Hematias	.....	4.000.00		
Leucocitos	.....	8.200		
Hemoglobina	.....	80% — 12,8 grs. %		
VG.	.....	1		
Neutrofilos	{	metamielocitos	1,6
			bastonetes	16,0
			segmentados	44,0
Eosinofilos	... ..		8,0	
Basofilos	. . . . .		0,8	
Linfocitos	{	Tipicos	20 %
			Leucocitoides	..	2,4%
			Atipicos	..	0
Monocitos	... ..		7,2	

Neutrofilos com poucas granulações tóxicas — Desvio à esquerda — Eosinofilia ligeira — Anisocitose com microcitose e hipocromia discretas.

- 4.º — Van den Bergh —
Direta tardia levemente positiva
- 5.º — Takata-Ara
Negativo = 000110000
- 6.º — Bilirubinemia:
Bilirubina direta, imediata: 0,0 mgr. por 100 mls.
Bilirubina direta, total: 0,1 mgr. por 100 mls.
Bilirubina indireta: 0,05 mgrs. por 100 mls.
Bilirubina total: 0,15 mgrs. por 100 mls.
- 7.º — As pesquisas de Entameba histolítica na secreção vaginal e nas fézes da esposa foram negativas.
- 8.º — Reação de Wassermann e Kahn: negativas.
- 9.º — Exame reto-sigmoidoscópico: realizado após administração de lavagem intestinal não revelou lesões amebianas do reto-sigmoide.

Diagnóstico — Amebíase cutaneo-mucosa do penis (Autocontaminação).

Histórico — Fazendo uma revisão na literatura médica a respeito do caso presente muito pouco encontramos que se relacione com a localização peniana da amebíase, ao passo que quanto às localizações no trato urinário as referências são mais frequentes.

Assim é que encontramos já em 1927, E. B. Rogers citando um caso de cistite amebiana no *South Western Medicine* de fevereiro.

No mesmo ano, M. Segurola, na “*Vida Nueva*”, cita um caso de localização renal. Ainda em 1927 R. Viviani publicou um caso de localização vesical da Entameba histolítica.

A. Van Cutsem-Franco, de Bruxelas, fez referências sobre um paciente portador de amebas na urina em 1928. Ainda neste ano G. Cascio Rocca na “*Reforma Médica*” divulgou um caso de cistite amebiana.

Em 1933, Ngai, S. K. e Frazier, C. N., no *Chinese Med. Journal*, relataram um caso de ulceração do meato uretral, vulva e anus com a presença de E. Histolíticas no exsudato.

A. Rex E. Van Duzen em maio de 1935 publicou um caso de cistite amebiana no *Urologic Cutaneous Review*.

Em 1936, Frank Thomas relata no *Urologic Cutaneous Review*, de março, mais um caso de cistite amebiana.

A primeira referencia sobre amebiase peniana encontramos no *Genesh Fijdschr*, em 1924, em que Straub relata um caso em que o paciente apresentava uma ulcera cronica da glande proveniente de coito retal.

Foi somente em 1942 que encontramos a publicação de um segundo case, em que Harold B. Hermann e Leonard S. Berman publicaram no *J.A.M.A.*, nov., uma observação de um soldado de 25 anos que apresentou após 7 dias do ato sexual, uma ulceração na glande, próxima ao sulco balano-prepucial.

O exame parasitológico do exsudato desta lesão, bem como o das fezes revelaram formas císticas de *E. Histoliticas*.

Os AA. concluíram tratar-se de uma contaminação local por falta de medidas higienicas.

Patogenia — A origem das localizações extra-intestinais da amebiase ainda não está perfeitamente elucidada e por esse motivo foram estabelecidas algumas teorias por diferentes autores procurando explicar o aparecimento dessas lesões ectópicas nos casos por eles observados.

Assim é que alguns autores admitindo como foco primário a infestação intestinal pensam na possibilidade da disseminação e posteriores localizações extra-intestinais através as vias sanguinea e linfática.

Seria esta uma forma de infestação endogena.

Petzetakis admite como ponto de partida das localizações secundárias uma septicemia inicial; em observações por êle realizadas encontrou *E. Histoliticas* no escarro e na urina em pacientes com disenteria amebiana.

Nos casos de infestação das vias urinárias dar-se-ia a localização ao longo do trato por via exogena ou endogena; na primeira hipotese, o protozoário alcançaria a uretra, daí a bexiga e o trato superior; na segunda hipotese, a via endogena seria sanguinea e linfática. Esta é a opinião defendida por K. D. Manohar.

No caso por nós exposto acreditamos que a *Entameba histolitica* tenha se instalado numa mucosa previamente traumatizada; seria portanto uma outra forma de infestação exogena exigindo uma erosão ou ferimento previo da mucosa prepucial e balanica para que aí se dê a localização do processo amebiano.

Diagnóstico — Clinicamente a afecção não apresenta sintomas ou sinais patognomonicos. Trata-se de um processo que se caracteriza

por uma ou várias ulcerações localizadas na glândula ou no prepúcio com fenômenos de infecção local, com edema e congestão circunvizinhos e recobertos por um exsudato sero-purulento.

O aspecto macroscópico da lesão pode-nos conduzir a uma suspeita de neoplasia maligna, a uma ulceração venérea por Ducrey ou treponema, e muito raramente o granuloma inguinal. Existem outras formas raras possíveis de confusão com as ulcerações já descritas e entre elas encontramos a tuberculose, o herpes pro-genital e a balanita ulcerativa.

No nosso caso, suspeitamos inicialmente em neoplasia maligna pelo aspecto macroscópico da lesão com caracteres de um processo destrutivo e proliferativo em alguns pontos. Por esse motivo indicamos e realizamos a biópsia e o resultado do exame histo-patológico nos surpreendeu demonstrando a presença de Entamoebas histolíticas conforme o exame e o relatório fornecido pela Dra. Maria Luiza Mercadante, que passamos a relatar:

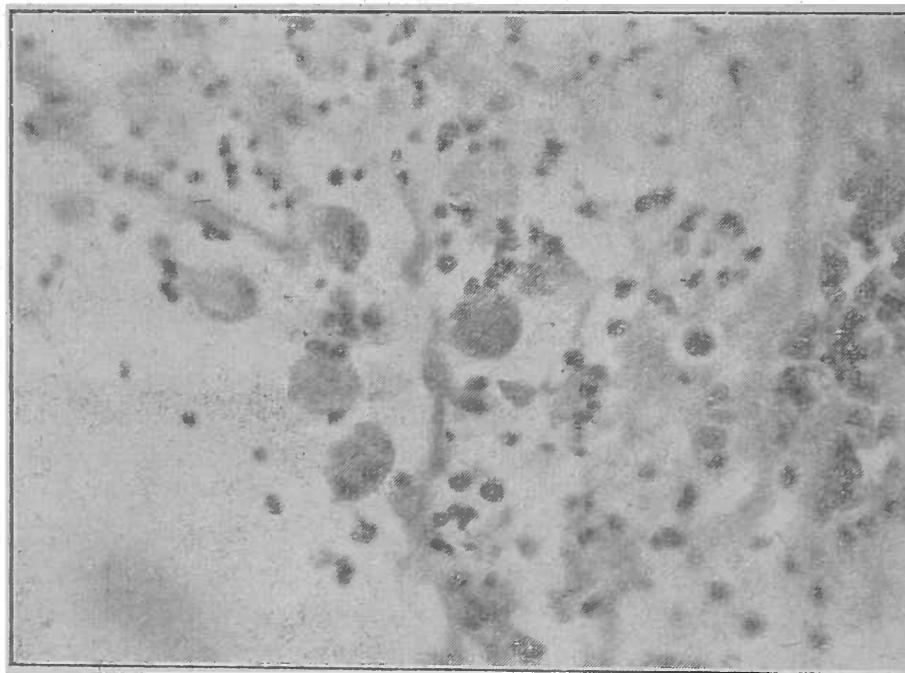


Fig. 2

Exame macroscópico — Fragmentos de tecido de consistência firme, recobertos por grande quantidade de substância filante; estes fragmentos apresentavam-se parcialmente recobertos por pele.

A superfície do corte era de cor castanha com áreas brancas opacas.

Exame microscópico — Epitélio com acantose muito acentuada. O derma apresenta-se intensamente infiltrado por numerosos neutrofilos, linfocitos, plasmocitos e eosinofilos. Na profundidade do derma encontra-se uma camada de necrose revestida por um infiltrado inflamatório constituído por neutrofilos e numerosas formas vegetativas de *E. Histolitica*.

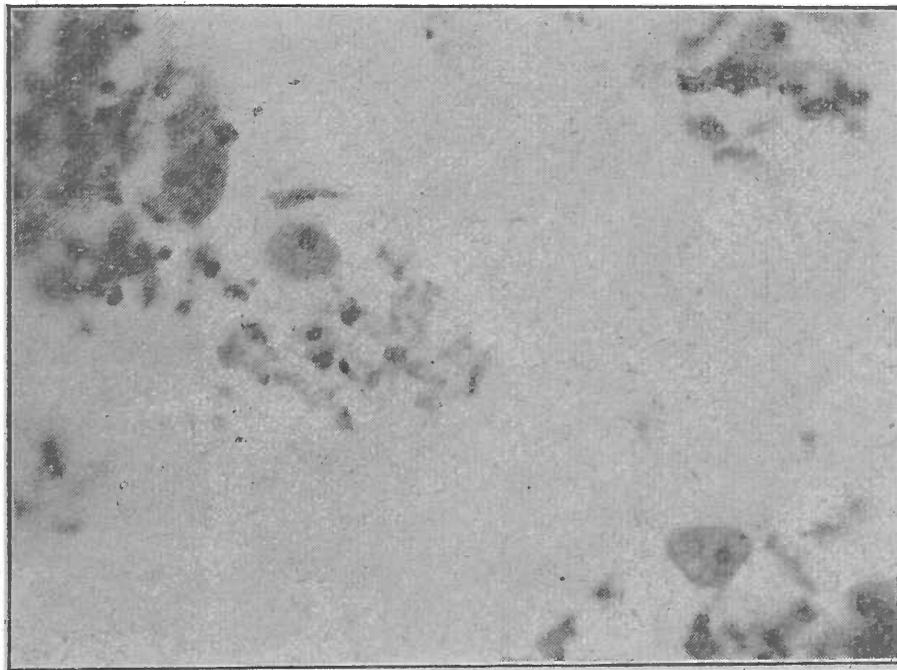


Fig. 3

Algumas delas contém citoplasma vacuolizado com hemátias parcialmente digeridas no seu interior. Conforme ficou exposto a biopsia e o exame histopatológico são de valor inestimável e decisivo para um diagnóstico da lesão em apreço.

Exame dermatológico — Lesão ulcero-vegetante, atingindo todo o sulco balano-prepucial e do corpo do penis. Fundo granuloso, avermelhado, recoberto por uma secreção purulenta. Bordas salientes, cortadas a pique, e em certos pontos escavada. Observa-se um edema em torno da lesão, mole pela palpação, ao mesmo tempo que a pele se apresenta de cor vermelho-violáceo que se vai esmaecendo à medida que se aproxima da raiz do penis. Dôr à palpação relativamente intensa.

Tratamento — Uma vez verificada a etiologia da afecção de que era portador o nosso paciente, instituímos tratamento exclusivo pelo cloridrato de emetina na dose de 0,08 de início e 0,06 durante 9 dias atingindo a dose total de 0,62. No 2.º dia do tratamento verificamos

desaparecimento do exsudato e no 4.º dia o aparecimento de tecidos de granulação.

A tolerancia para a emetina foi ótima e não se registraram fenomenos de intoxicação emetinica.

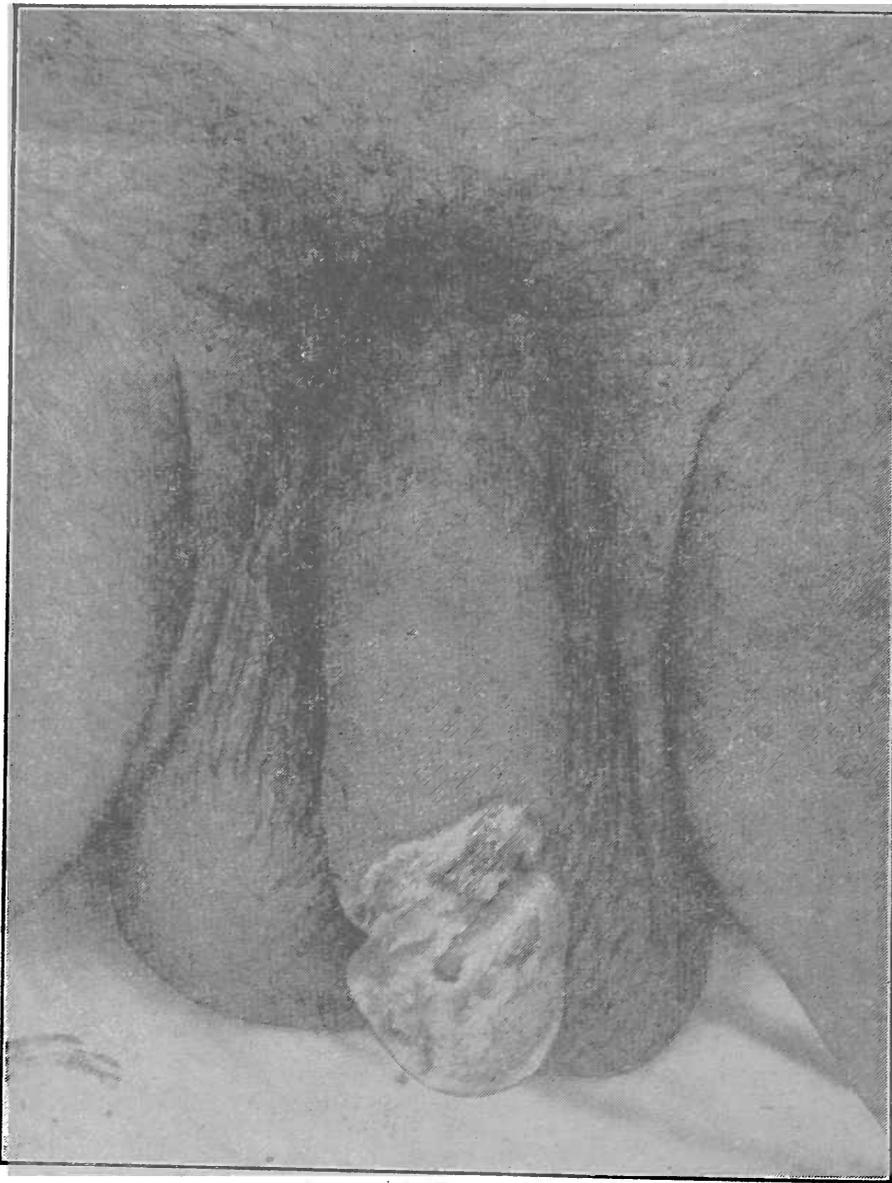


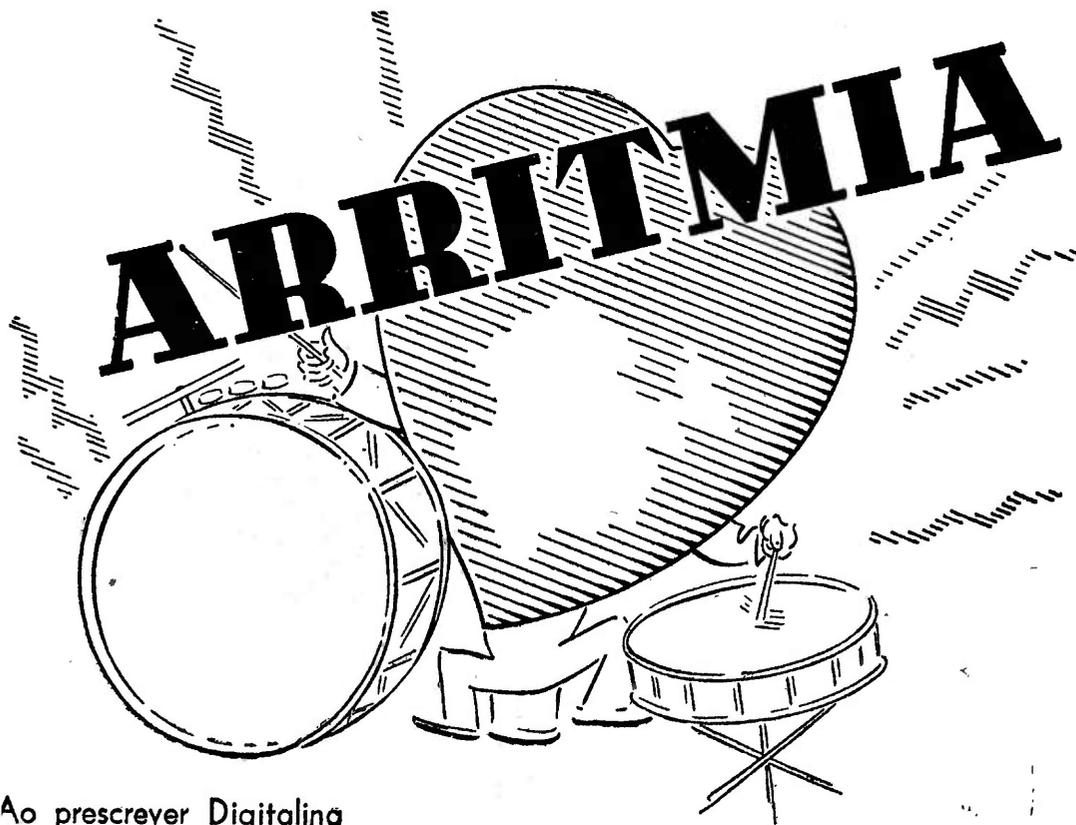
Fig. 4

Com este tratamento observamos a regressão completa do processo permanecendo apenas uma pequena área de cerca de $\frac{1}{2}$ cm. na face ventral que estava em plena granulação. Procurando abreviar a estadia do paciente no serviço, pois que manifestava desejos de ter alta por motivos particulares, resolvemos aplicar solução aquosa de carbonase a $\frac{1}{2}\%$ com o intuito de promover uma cicatrização mais

rápida. Estas aplicações foram realizadas durante 3 dias consecutivos em 3 curativos diários. Observou-se uma melhora discreta, mas dada a insistencia, o paciente obteve alta.

BIBLIOGRAFIA

- HIMMAN, F. — Principles and Practice of Urology — Pag. 952 — 1935
YOUNG, H. — Practice of Urology — Pag. 367 — Vol. 1
BRUMPT — Precis de parasitologie — Pag. 33 — 1913
LOWSLEY and KIRWIN — Clinical Urology — Ed —
WILDBOLZ, H. — Tratado de Urologia — Ed —
HERMAN — Practice of Urology —
GAZZOLO, J. J. — Tratado de las Enfermedades genito urinarias — 1944
PONTES, J. F. — Amebiase —
CRAIG & FAUST — Clinical Parasitology —
ROGERS, E. B. — South Western Medicine — Cistite amebiana — Vol. II — Pag. 81-83 — Fev. 1927.
SEGUROLA, M. — Vida Nueva — Vol. 20 — Pags. 24-28 — 15 jul. 1927 — Caso renal —
VIVIANI R. MORGANI — Vol. 68 — Pags. 1089-1903 — 29 Ag. — 1926
CASCIÒ — ROCCA, G. — Reforma Médica — Vol. 44 — Pag. 344-388 — 26 Maio 1928.
HANSEN, M. G. & STARK, H. — Nebraska Medicine Journal — Vol. 16 — Pags. 23-25 — 1931.
VAN KUTSEN A. & FRANCO — Bruxelas Med. — Vol. 8 — Pag. 711 — 25 Março 1928.
NGAI, S. K. & FRAZIER, C. N. — Chinese Medical Journal — Vol. 47 — Pags. 1154-1170
STRAUB — Genesk Tidschr — V. Nederland — Vol. 64 — Pags. 989 — 1924 — (Abcesso amebiano do penis).
VAN DUZEN, A. E. — Urologic and Cutaneous Review — Vol. 5 — Pag. 317 — Maio 1935 — (Cistite amebiana)
THOMAS, F. — Urologic Cutaneous Review — Vol. 40 — N.º 3 — Pag. 199 — Março 1936.
CARDINI, A. — Bulletin de la Soc. de Path. Exotique — T. 29 — 13 Maio de 1935.
MANOHAR, K. D. — British Medicine Journal — Vol. 1 — Pags. 694-695 — 4 Abril 1936.
HERMANN, H. B. & BERMAN, S. H. — J. A. M. A. — Nov. 1942 — Pag. 827.
LOWSLEY, O. — Year Book — Pag. — 1943.



Ao prescrever Digitalina
convém especificar sempre
a marca "RHODIA"



Ação constante
Rigorosa titulação
Estabilidade perfeita
Preço acessível

Digitalina
Rhodia

VIDROS
DE 10 cm³

★ CORRESPONDÊNCIA: RHODIA - CAIXA POSTAL 95-B — SÃO PAULO ★