

## COCCIDIOIDOMICOSE

### Relato do primeiro caso ocorrido em nativo do Brasil (\*)

H. VIANNA (1), H. V. PASSOS (2) e A. V. SANT'ANA (3)

#### RESUMO

Os Autores apresentam o primeiro caso clínico de coccidioidomicose pulmonar no Brasil, com comprovação radiológica e histopatológica. Atribuem ao pouco conhecimento da doença, à forma assintomática como geralmente se apresenta, aos raros levantamentos epidemiológicos especialmente no nordeste e à semelhança com outras patologias mais freqüentes, os motivos pelos quais a coccidioidomicose tem passado despercebida no Brasil.

#### INTRODUÇÃO

A coccidioidomicose é micose causada pela inalação dos artrosporos do *Coccidioides immitis*. O fungo ocorre saprofiticamente no solo alcalino de regiões com altas temperaturas durante todo o ano, ventos constantes ou intermitentes, escassa precipitação pluviométrica concentrada em curtos períodos, seguidos de longos períodos de seca<sup>3</sup>. As zonas endêmicas da micose situam-se em áreas restritas dos Estados Unidos da América do Norte, México, Guatemala, Honduras, Colômbia, Venezuela, Bolívia, Paraguai e Argentina<sup>1</sup>. Excluindo os pacientes que adquiriram a coccidioidomicose por fomites, o único caso relatado fora do continente americano ocorreu em jovem da Austrália, país que apresenta em determinadas áreas, condições climáticas favoráveis ao desenvolvimento da fase de saprofitismo do fungo<sup>2</sup>.

No Brasil, alguns estados das regiões nordeste e centro-oeste, apresentam as condições de clima e solo favoráveis ao desenvolvimento do *Coccidioides immitis*. No entanto, não existe até a presente data relato da ocorrência de coccidioidomicose no país. O primeiro trabalho trata do primeiro caso de coccidioidomicose, comprovado pelo exame histopatológico em nativo do Brasil.

#### RELATO CLÍNICO

Paciente do sexo masculino, com 35 anos, cor parda, lavrador, natural do Piauí, onde sempre viveu. Trabalhando em Brasília (DF), há um ano, procurou o ambulatório de Clínica Médica do Hospital Regional do Gama, queixando-se de epigastralgia, sem outra sintomatologia e com bom estado geral. A radiografia do tórax revelou múltiplos nódulos pulmonares, localizados predominantemente nas bases e nos campos médios, sendo alguns calcificados (Fig. 1). Exames de escarro, especialmente para micobactérias foram negativos. Teste cutâneo com a coccidioidina, positivo.

Foi sugerida a realização de biópsia pulmonar para esclarecimento diagnóstico. Retirado pequeno fragmento pulmonar, medindo 3x2x1 cm, de cor acinzentada, superfície pleural lisa com pequenos nódulos que, ao corte, mostravam cor amarelada e consistência elástica. O exame histopatológico do material corado pela HE, PAS e Prata metenamina, evidenciou formações granulomatosas constituídas por cápsula fibrosa com agregados de linfócitos na periferia, envolvendo área central de necrose de caseificação (Fig. 2). No material necrótico e na parede fibrosada foram encontradas estruturas esféricas, medindo de 10 a 16  $\mu$  de diâ-

(\*) Trabalho relatado nos Congressos Integrados de Patologia, realizado em Recife em 21/11/1975.

(1) Patologista do Hospital Regional do Gama (FHDF) — Brasília — DF, Brasil

(2) Clínico do H.R. Gama

(3) Farmacêutica do H.R. Gama

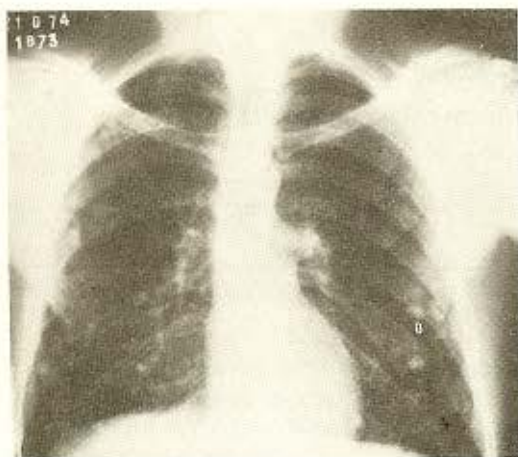


Fig. 1 — RX do tórax, mostrando nódulos múltiplos, principalmente nos lóbulos médios e inferiores.

metro, sem brotamentos, e cápsula de espessura variável (Fig. 3). Em apenas um dos cortes, duas estruturas com aspecto morular, com cápsula mal definida, foram observadas (Fig. 4).

Para confirmação diagnóstica foi feita nova biópsia com retirada de fragmento pulmonar de superfície externa lisa, cor cinza, medindo 4x3x2,5 cm, com pequena área amarelada que, à palpação evidenciou nódulo intrapulmonar. Cortes realizados revelaram parênquima de coloração cinzenta envolvendo nódulo amarelado, constituído por material caseoso delimitado por parede bem definida (Fig. 5). O exame histopatológico revelou lesões granulomatosas, algumas constituídas apenas por tecido fibroso e outras por área central de necrose caseosa envolvida por cápsula fibrosa.



Fig. 2 — Granuloma pulmonar, constituído por parede fibrosa envolvendo área central de necrose de caseificação.

Em meio ao material necrótico e na cápsula foram encontradas formações semelhantes às observadas na biópsia anterior. Em mais de 100 cortes histopatológicos foram evidenciadas

raras estruturas fúngicas com endo-esporulação, apresentando cápsula bem definida medindo aproximadamente 60  $\mu$ , características de *Coccidioides immitis* em parasitismo (Fig. 6).

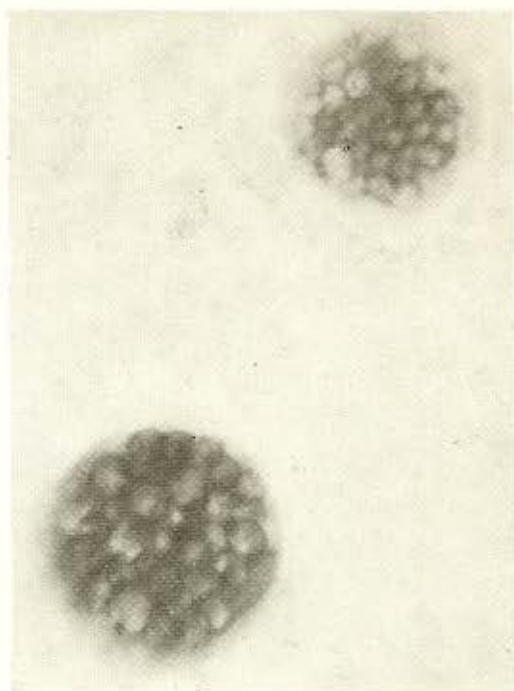
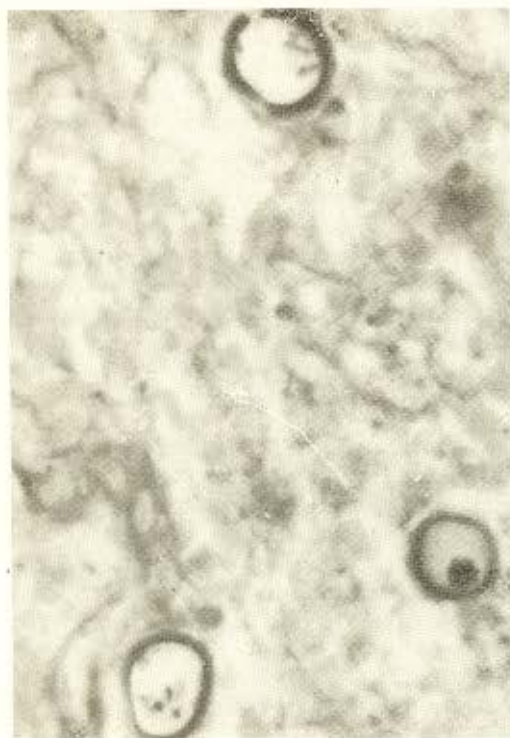


Fig. 3 — Formações esporuladas de cápsula espessa, encontradas em meio a necrose de caseificação.

Fig. 4 — Estruturas «moruliformes», de cápsula mal definida, encontradas na primeira biópsia.

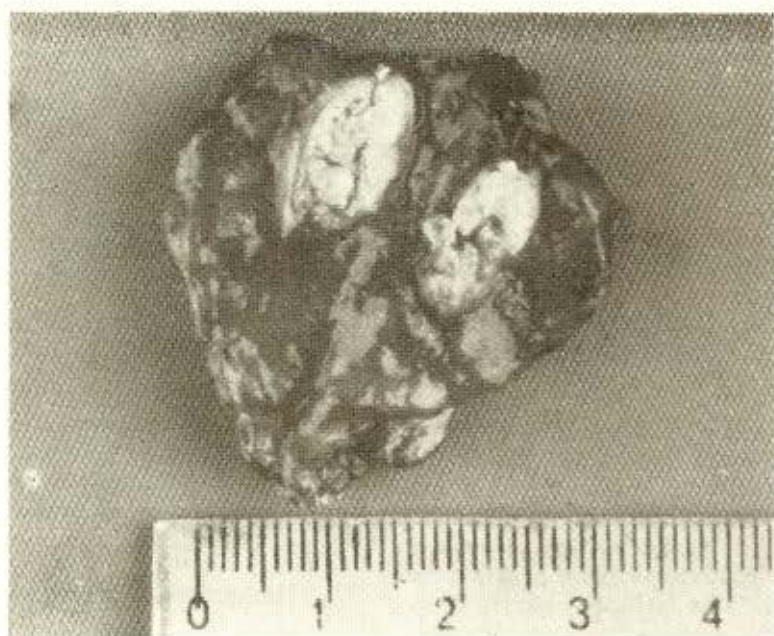


Fig. 5 — Espécime cirúrgico da segunda biópsia, revelando na superfície de corte, nódulo bem definido, de conteúdo caseoso e parede fibrosa.

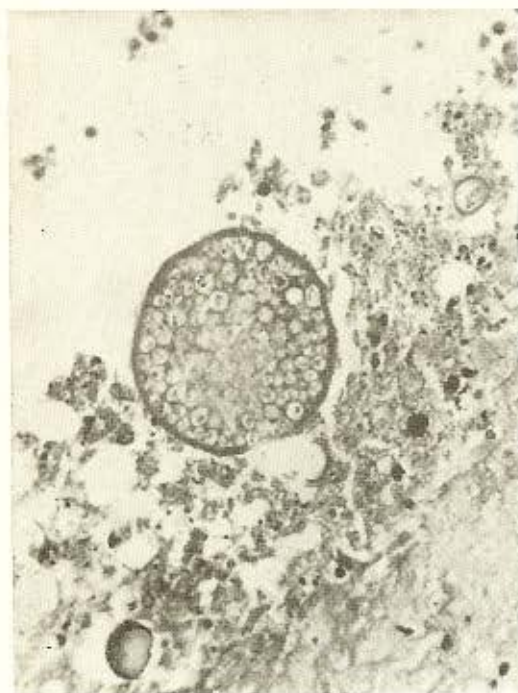


Fig. 6 — Formação endo-esporulada, de cápsula bem definida, típica de *C. immitis*, ao lado de esporos livres.

Embora não tenha sido possível o isolamento em cultura, o aspecto micromorfológico do fungo em parasitismo é suficiente para o diagnóstico de coccidioidomicose.

#### COMENTÁRIOS

É surpreendente que a coccidioidomicose ainda não houvesse sido verificada no Brasil, em especial em habitantes da vasta região semi-árida no nordeste, onde as condições fisiográficas e climáticas são semelhantes as das zonas endêmicas da micose, que se encontra em quase todos os países limítrofes com o Brasil.

Lembramos que o relato do segundo caso argentino<sup>7</sup>, só ocorreu mais de 30 anos depois do primeiro, levando-nos a crer que a forma frusta como geralmente se manifesta a doença, os raros levantamentos epidemiológicos com a coccidioidina<sup>4,5,6,9</sup>, especialmente nos estados do nordeste, a falta de facilidade para o diagnóstico micológico, o pouco conhecimento dela entre nós e a semelhança de suas lesões radiológicas e histopatológicas com outras patolo-

gias tropicais mais frequentes em nosso meio, como a blastomicose e tuberculose, poderiam contribuir para erros de diagnóstico, principalmente quando o parasita não está na lesão ou não se apresenta sob forma típica, que é a endo-esporulada.

O paciente cujo caso ora é relatado nunca esteve fora do país, ou mesmo em regiões fronteiriças, nem consta tivesse contato com produtos provenientes de áreas endêmicas que sugerisse ter o mesmo contraído a doença por fomites<sup>2</sup>. Isto indica que o paciente adquiriu a doença na própria região onde sempre viveu grande parte de sua vida.

Esta hipótese deve ser comprovada posteriormente: 1) pelo reestudo com colorações especiais em peças cirúrgicas e material de necrópsia nas quais não tenha sido feito um diagnóstico preciso; 2) por levantamentos epidemiológicos com coccidioidina em habitantes da região e 3) pelo estudo de animais, em especial roedores<sup>6</sup>.

#### SUMMARY

#### Coccidioidomycosis in Brasil. Report of the first case

The Authors report the first clinical case of pulmonary coccidioidomycosis in Brasil, its radiologic and histopathologic confirmation. They attribute to: (i) — the lack of knowledge of this disease, (ii) — the asymptomatic form in which it generally occurs, (iii) — the rare epidemiologic survey especially in the northeast states and (iv) — the similarity with other pathologies which are much more frequent, the reasons why coccidioidomycosis has been misdiagnosed in Brasil.

#### AGRADECIMENTOS

Os Autores agradecem ao Professor A.T. Londero da Universidade de Santa Maria (Rio Grande do Sul) pelo exame de nosso material e incentivo à publicação deste trabalho e ao Professor P. Negróni de Buenos Aires, que nos cedeu a coccidioidina para o teste cutâneo.

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. AJELLO, L. — Comparative ecology of respiratory mycotic disease agents. *Bact. Rev.* 31: 6-24, 1967.

2. ALBERT, B. L. & SELLEERS, T. F. — Coccidioidomycosis from fomites. *Arch. Intern. Med.* 112: 233-261, 1963.
3. CAMPINS, H. — Coccidioidomycosis in South America. A review of its epidemiology and geographic distribution. *Mycopath. et Mycol. Appl.* 41: 25-34, 1970.
4. CARVALHO, A. — De alguns testes micóticos em pneumopatias crônicas não tuberculosas; estudo baseado em 1.119 indivíduos na cidade do Rio de Janeiro. *Rev. Brasil. Tuberc.* 21: 1025-1046, 1953.
5. DOUAT, N. E. & DIAS, V. M. — Intradermorreações de Paracoccidioidina, Coccidioidina e Histoplasmina: resultados dos testes em 300 indivíduos. *Rev. Brasil. Tuberc.* 26: 663-668, 1958.
6. LACAZ, C. da S. — Blastomicose sul-americana, reações intradérmicas com a Paracoccidioidina, Coccidioidina e Blastomicetina. *Rev. Hosp. Clin. Fac. Med. Univ. São Paulo* 3: 11-18, 1948.
7. MAZZA, S. & PARODI, S. E. — Micosis laringea con parasitos analogos a los Megale sporideos de Posadas. *Bol. Inst. Clin. Quir.* 3: 909-914, 1927.
8. SYMMERS, W. C. — An Australian case of Coccidioidomycosis? *Pathology* 3: 1-8, 1971.
9. VERSIANI, O. — Blastomicose sul-americana; teste cutâneo com Coccidioidina. *Rev. Brasil. Biol.* 6: 211-214, 1946.

Recebido para publicação em 1/3/1978.