

FORMA LINFÁTICO-ABDOMINAL DA BLASTOMICOSE SUL-AMERICANA

William BARBOSA (1), Roberto DAHER (2) e Aluizio Ramos de OLIVEIRA (3)

RESUMO

Os Autores relatam 11 casos de forma linfático-abdominal da Blastomicose sul-americana, oito dos quais de forma primitiva. Referem-se ao comprometimento intestinal diagnosticado por exame histológico em três casos, e por exame radiológico e retossigmoidoscópico, com demonstração do parasita, nos demais casos. Chamam a atenção para a alta incidência desta forma clínica em Goiás. Valorizam, também, a importância do diagnóstico precoce que permitiu a terapêutica satisfatória com recuperação de todos os doentes. Dão valor, fisiopatológico, à ausência de lesões pulmonares evidenciáveis pela radiologia nos casos de forma linfática intestinal primitiva, fato aliás, concordante com os achados da literatura. Observam o acometimento de pacientes jovens, no máximo, na terceira década de vida. Contribuem com o maior número de casos já estudados e seguidos por um único indivíduo ou equipe. Descrevem as lesões observadas radiologicamente nos intestinos, sistematizando-as.

INTRODUÇÃO

A Blastomicose sul-americana, em sua forma visceral, compromete freqüentemente os órgãos abdominais, acometendo os intestinos em número de vezes ainda não bem conhecido ou estudado.

Desde os trabalhos iniciais sobre a doença, há referência sobre a participação do aparelho digestivo no seu quadro clínico^{17, 37, 38, 46}. É assim que, em 1913, VIANA⁴⁶ publica o primeiro caso com lesões ulceradas do delgado terminal, do cólon e apêndice, em estudo de necrópsia. Dois anos depois, HABERFELD¹⁹ apresentou mais dois casos. Um ano depois, este mesmo Autor & LORDY²⁰ referem-se a um novo caso. Desde então, até 1966, cerca de oitenta casos foram relatados, com comprometimento do

aparelho digestivo, incluindo os mencionados no presente trabalho.

Contudo, a maioria destes casos foram estudados isoladamente, sendo muitos deles do ponto de vista exclusivamente patogênico^{19, 20}; outros somente anátomo-patológico. A maioria veio à luz tão somente pela excentricidade de seu aspecto^{2, 4, 5, 6, 19, 42}, quando não, por ser um achado cirúrgico insuspeitado^{14, 34}.

Com exceção de poucos trabalhos^{3, 8, 15, 22, 23}, as publicações se referem a um ou dois casos no máximo. As casuísticas mais numerosas são meras coletâneas estatísticas de vários serviços, reestudados sob determinado prisma^{3, 8, 15} e, na maioria das vezes, dentre os casos observados, dá-se a repeti-

Trabalho apresentado no 1.º Congresso de Medicina Tropical do "CONO SUR" Buenos-Aires, Agosto de 1966.

- (1) Do Instituto Central de Patologia Tropical e do Departamento de Clínica Médica da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás, Brasil.
- (2) Do Departamento de Clínica Médica da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás, Brasil.
- (3) Do Departamento de Clínica Médica da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás (Serviço de Radiologia)

ção de dois ou mais que são republicados^{3, 11, 27}. Uma das exceções é o trabalho de LIMA²² que apresenta, em sua tese de docência, o estudo pormenorizado de oito casos da forma linfático-intestinal, todos acompanhados pelo Autor.

Pelo número de casos estudados, as maiores casuísticas são as apresentadas pelos seguintes Autores:

BOCCALANDRO & ALBUQUERQUE³ que fizeram revisão de dez casos das diversas Clínicas do Hospital das Clínicas de São Paulo, e a revisão parcial dos arquivos de anatomia patológica do referido nosocômio, analisando também, o aspecto referente à icterícia e comprometimento hepático na blastomicose sul-americana. Os Autores não acompanharam, clinicamente, nenhum dos casos e, na série estudada, aparecem dois casos anteriormente publicados por CASTRO & col.⁵, e um caso já descrito por LIMA²².

Segue-se a casuística de CASTRO & col.⁵, com seis casos de comprometimento abdominal, dos oito que lhes serviram de motivo para a excelente atualização sobre as dificuldades diagnósticas na blastomicose sul-

americana. Desta série, pelo menos dois casos não foram acompanhados pelos Autores. Logo depois vem a casuística de MACHADO & MIRANDA²³ que relatam seis casos de comprometimento linfático-abdominal, sendo quatro de forma primitiva e, dois, de forma secundária, acompanhados pelos Autores, dentre os 313 casos seguidos até então. Um destes foi redescrito por CUNHA & GOUVEIA¹¹, e, posteriormente, por esses mesmos Autores e colaboradores, na parte referente ao aspecto radiológico¹².

Apesar das dificuldades que se devem, em parte, à exiguidade do número de casos observados pelo mesmo indivíduo ou equipe, com seguimento sistematizado, a forma linfático-abdominal da B.S.A., em muitos de seus aspectos, está relativamente bem estudada, embora ainda não divulgada adequadamente. Acreditamos, porém que a anatomia patológica seja bem conhecida^{13, 19, 28, 46}. Em contra-partida, muitos pontos obscuros restam a ser devidamente esclarecidos, sendo que, neste particular, o aspecto radiológico chama a atenção. Destaca-se, apenas, um trabalho que consta da literatura¹¹ em que são analisados, muito judiciosamen-

TABELA I
Forma linfático-abdominal da blastomicose sul-americana

Formas	Nome	Febre	Adinamia	Emagrecimento	Tumor Abdominal	Dor Abdominal	Diarréia	Vômitos	Icterícia	Adenopatia	Comprometimento		Lesões da mucosa retal	Lesão tegumentar		
											Radiol. intest. (RX)	Comprometimento Pulmonar		Hepatomegalia	Mucosa	Pele
Primitiva	D.F.	P	P	P	P	P	A	A	A	P	P	A	A	A	A	
	L.S.O.	P	P	P	P	P	P	A	P	P	P	A	A	P	A	
	D.P.F.	P	P	P	A	P	A	P	A	P	—	A	A	A	P	
	M.G.B.	P	P	P	P	P	P	A	A	P	A	A	A	A	A	
	J.D.C.	A	A	A	P	P	P	A	A	P	P	A	A	A	A	
	J.R.A.	P	P	P	P	P	P	P	A	P	—	A	A	A	A	A
	J.P.S.	P	P	P	P	P	A	A	A	P	P	A	A	A	A	A
	C.R.M.	P	P	P	P	P	P	A	A	P	P	A	A	P	A	A
Secundária	B.P.S.	P	P	P	P	P	P	A	A	P	A	A	P	A	A	
	M.J.M.	A	A	P	P	P	A	A	A	P	—	P	P	A	A	
	J.O.N.	P	P	P	A	P	A	P	P	P	—	A	P	A	P	

A = Ausente

P = Presente

te, os dados encontrados em três casos. Nos relatos de outras observações, embora muitas delas sejam omissas, quanto ao aspecto radiológico^{3, 18, 31}, encontram-se, aqui e ali, laudos radiológicos que atestam o comprometimento de órgãos abdominais^{8, 9, 16, 22, 33, 44}. Com estas considerações e pela oportunidade que tivemos de acompanhar 11 casos de forma linfático-abdominal de blastomicrose sul-americana, nesses últimos anos, em meio universitário, é que fomos incentivados a apresentar o trabalho em apêndice.

CASUÍSTICA

Nossos casos foram, em sua maioria, estudados no Hospital Geral de Goiânia e na Santa Casa de Misericórdia, sendo três deles pacientes de clínica particular. Todos eles foram devidamente observados nesses três últimos anos, com exceção do caso D.F., atendido por um de nós (W.B.), em 1956.

Nossa série consta de 11 pacientes, sendo nove do sexo masculino, e dois do sexo feminino, nove brancos e dois pardos. A idade oscilou de 8 a 33 anos, com predominância de pacientes já na segunda década de vida. Todos eles nasceram em Goiás, com exceção de dois, nascidos em Pernambuco e Pará, respectivamente. Seus diagnósticos foram feitos pelo achado do *Paracoccidioides brasiliensis*, por exame direto, quando possível, e os demais pelo estudo histopatológico (Tabela II).

A forma clínica apresentada foi a seguinte: oito casos são de *forma primitiva*, e três, da *forma secundária*. O conceito de forma primitiva corresponde àqueles casos em que os sinais e sintomas apresentados pelos pacientes estariam, inicialmente, relacionados ao aparelho digestivo, na esfera abdominal. Todos tiveram comprometimento intestinal, em cinco casos, comprovados radiologicamente por exame anátomo-patológico do gânglio mesentérico, do apêndice, e biópsia retal nos demais. Apenas um paciente de forma secundária (J.O.N.), não sofreu comprometimento intestinal. A duração da doença variou de 1 a 25 meses, com média de 11 meses. Dois casos de forma secundária tiveram como sede da lesão primária, em um caso, (M.J.M.), a *pleura*, e em outro, (J.O.N.), a *laringe*, apresentando, ambos, no decorrer da doença lesões na pele, natu-

ralmente, por disseminação hematogênica. No terceiro paciente (B.P.S.), a porta de entrada passou despercebida, sendo que o primeiro sinal da doença foi enfartamento ganglionar cervical, na ausência de lesão tegumentar ou pulmonar, e que, por este motivo, bem poderia ter sido enquadrado na forma linfático-abdominal primitiva.

Sintomatologia

O sintoma mais importante do comprometimento abdominal foi a dor, sempre presente em todos os casos, variando de intensidade: de pesada e contínua até a do tipo cólica, recidivante; poucas vezes foi de instalação súbita, fazendo-se acompanhar de fenômenos neurovegetativos intensos como sudorese, náuseas ou vômitos (D.P.F., J.R.A., M.J.M.). A perturbação do ritmo intestinal, com predominância da diarreia, ocorreu em seis dos casos de forma primitiva, e em um paciente de forma secundária. Nos casos de aceleração do trânsito, o quadro foi dominado pelo aspecto disentérico, com várias evacuações diárias, mucopio-sanguinolentas (L.S.O., M.G.B., J.D.C., C.R.M., B.P.S.). A obstipação foi notada em três casos (D.F., D.P.F., J.P.S.).

A *tumoração abdominal* fêz-se presente em todos os casos, sendo de tamanho considerável, móvel, e, quase sempre, dolorosa a palpação profunda. O quadro clínico de *abdômen agudo* foi observado três vezes: em dois casos, como peritonite e crise apendicular (J.R.A., D.P.F.), e um caso de suboclusão intestinal (D.F.). A icterícia foi também constatada em um dos pacientes (J.O.N.), em plena fase de convalescência, depois de quatro meses de tratamento, o que será motivo de uma futura comunicação. Outro caso (L.S.O.), referiu em sua história, icterícia no início da doença.

Todos os pacientes apresentaram comprometimento ganglionar, com aumento de volume dos gânglios periféricos ou profundos, em uma das fases evolutivas de suas doenças, sendo que nove vezes esta sintomatologia foi concomitante aos sinais e sintomas da esfera abdominal, e uma vez, porém, lhe foi posterior.

A *hepatomegalia* apareceu em dois casos (M.J.M., J.O.N.). Houve comprometimento do reto em três pacientes (L.S.O., C.R.M., B.P.S.). Ao lado desta sintomatolo-

TABELA II

Casuística. Casos de B.S.A. da forma linfático-abdominal

Caso	Nome	Idade	Sexo	Côr	Tempo da doença	Ano	Forma clínica	Diagnóstico	Observações
1	D.F.	15	M	B	3 m.	1956	Linfático-abdominal	Laparotomia. Exame direto do material de gânglio e estudo histológico.	Tumoração no abdômen. Sub-oclusão. Laparotomia.
2	L.S.O.	17	F	B	12 m.	1964	Teg. Linf. abdominal	Biopsia de reto	Síndrome disentérica. Aspecto lupóide da pele. Gânglio tardio no pescoço.
3	D.P.F.	24	F	B	24 m.	1964	Linfático-abdominal	Laparotomia. Gânglio mesentérico.	Abdômen agudo, seguido de disseminação tegumentar linfática. Dôr abdominal.
4	M.G.B.	21	M	P	18 m.	1964	Linfático-abdominal	Biopsia de gânglio inguinal	Tumoração no abdômen. Diarréia com muco e sangue. Gânglios inguinais.
5	J.D.C.	11	M	B	12 m.	1965	Linfático-abdominal	Biopsia de gânglio cervical	Tumoração no abdômen. Dôr e diarréia.
6	J.R.A.	26	M	P	1 m.	1965	Linfático-abdominal	Exame histológico do apêndice	Abdômen agudo. Laparotomia. Apendicite.
7	J.P.S.	19	M	B	2 m.	1966	Linfático-abdominal	Exame direto de material de gânglio cervical. Estudo histológico.	Tumoração no abdômen. Diarréia.
8	C.R.M.	8	M	B	8 m.	1966	Linfático-abdominal	Biopsia de reto e exame direto.	Diarréia. Gânglios aumentados.
9	B.P.S.	16	M	B	1 m.	1964	Linfático-abdominal	Biopsia de gânglio cervical. Na ocasião, biopsia retal.	Diarréia pio-muco-sanguinolento. Tumoração no abdômen.
10	M.J.M.	33	M	B	1 m.	1965	Teg. Linf. abdominal	Biopsia de gânglio cervical.	Tumoração no abdômen. Dôr abdominal.
11	J.O.N.	26	M	B	25 m.	1965	Teg. Linf. abdominal	Biopsia de gânglio cervical.	Dôres abdominais e lombares. Icterícia.



Fig. 1 A — Lesão infiltrativa difusa do ceco ao reto, lembrando o aspecto radiológico de linfoma. Observar, ainda, as lesões em "saca-bocado" no cólon transverso (caso L.S.O.).

gia digestiva, sempre se encontrou comprometimento do estado geral do paciente, com emagrecimento, adinamia e febre. Somente em um paciente de forma secundária houve comprometimento pulmonar, tendo



Fig. 1 B — Observar após tratamento, o aumento de calibre do cólon transverso e desaparecimento das lesões em "saca-bocado", presentes na Fig. 1A (L.S.O.).

sido, provavelmente, o órgão lesado no início da doença. Nos casos de forma visceral primitiva, em dois casos (D. P. F., L. S. O.), houve, posteriormente, comprometimento tegumentar, ambos, provavelmente, por disseminação hematogênica (Tabela II).

Exames complementares e diagnósticos

Na maioria das vezes, a forma secundária da *Blastomicose-linfático-abdominal* não oferece dificuldade diagnóstica, de vez que o comprometimento tegumentar da pele ou mucosa oferece condições à demonstração do parasita, pelo simples exame direto. Não obstante, em algumas ocasiões, não existe exteriorização linfática ou tegumentar na época do aparecimento da sintomatologia abdominal. Dentre os nossos casos de forma secundária, dois não apresentaram, na ocasião, lesão tegumentar aparente (B. P. S. e M. J. M.), no entretanto, notavam-se adenopatias periféricas no segundo, além da lesão pulmonar e comprometimento retal no primeiro, onde se demonstrou o *Paracoccidioides brasiliensis*.

A forma primitiva da blastomicose sul-americana, via de regra, é de diagnóstico difícil, pois, frequentemente, pode ser confundida com outra patologia como tuberculose, doença de Hodgkin ou neopla-

sia 8, 14, 16, 22, 31. No entretanto, em áreas endêmicas, ela pode ser suspeitada facilmente, pois, atinge, quase sempre, indivíduos jovens, no máximo até a terceira década de vida, apresentando quadros digestivos de natureza tumoral e outros sintomas tais como: diarréias ou disenterias, acompanhadas de poliadenopatia, comprometimento do estado geral, fraqueza e emagrecimento.

Em nossa série de oito casos de forma primitiva, três foram laparotomizados: um dêles (D. F.), com quadro de suboclusão por tumeração e cujo diagnóstico clínico incluía a suspeita de B. S. A.; contudo, antes da cirurgia, os exames complementares não permitiram o diagnóstico etiológico de certeza. Os exames complementares foram os seguintes: hemograma: com leucocitose acentuada, neutrofilia e moderado desvio à esquerda, eosinofilia e linfopenia acentuadas. Granulações tóxicas ++ dos neutrófilos. Anemia hipocitêmica e hipocrômica ++ ponteados-basófilos; exames de fezes: *Strongyloides stercoralis* (larvas ++); *ancilostomidae* (ovos ++); raios X tórax: cam-

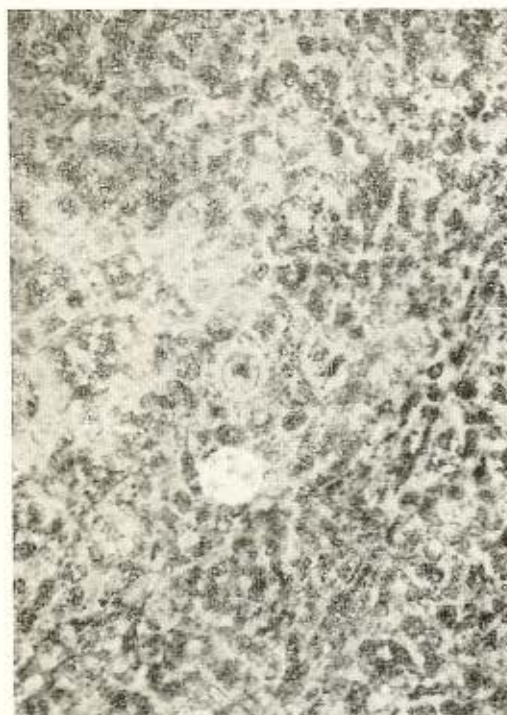


Fig. 2 — Exame direto do material colhido do reto em contraste de fase, mostrando o *P. brasiliensis* (caso C.R.M.) 150 X.

pos pleuropulmonares normais; clistér opaco: distensão de alças e compressão externa por massa tumoral.

Comentários: neste último caso, havia concomitância de micropoliadenopatia periférica. É provável que, se na ocasião (1956), estivéssemos mais atentos para a B. S. A., poderíamos ter feito o diagnóstico etiológico correto pela punção de um gânglio, porquanto os dados epidemiológicos e o quadro clínico e radiológico se enquadram perfeitamente no de forma linfático-abdominal primitiva. Os outros dois casos laparotomizados foram D.P.F. e J.R.A., sendo o primeiro dêles (D. P. F.), antes que viesse a ser nosso paciente. O segundo (J. R. A.), com quadro de apendicite aguda e poliadenopatia periférica teve o diagnóstico clínico cirúrgico confirmado posteriormente, acusando apendicite blastomicótica. Dos outros cinco casos de forma abdominal primitiva, dois dentre eles foram diagnosticados por biopsia de reto.

No caso L. S. O., encontramos muita dificuldade ao fazer o diagnóstico, porquanto a paciente, que se achava enferma há um ano, apresentava-se caquética, com lesões da pele, à semelhança de lupus eritematoso e quadro digestivo tumoral, com intensa diarreia. O estudo radiológico do intestino mostrou infiltração difusa das paredes intestinais, do ceco ao reto e teve o diagnóstico radiológico de linfoma. A retossigmoidoscopia evidenciou ulcerações na mucosa retal, sendo encontrado na biopsia o *Paracoccidioides brasiliensis*, pelo exame histológico.

O caso C. R. M., de uma criança de oito anos, doente há oito meses, com tumores abdominais e diarreia, grande emagrecimento, teve seu diagnóstico pelo exame direto de material do reto, colhido durante a retossigmoidoscopia. Este caso foi estudado atentamente do ponto de vista radiológico, sendo encontradas, então, alterações no ceco e no íleo terminal. Os três últimos casos de forma primitiva (J. D. C., M. G. B., J. P. S.) foram diagnosticados precocemente, por biopsia de gânglio periférico, e depois estudados radiologicamente; com exceção de M. G. B., nos outros dois pacientes foram encontradas lesões, radiologicamente demonstráveis, no ceco e cólon ascendente. O caso J. P. S. deste grupo, é irmão de B. P. S., por-

tador de forma linfático-abdominal secundária há dois anos antes, estudado por um de nós (R. D.).

Salvo os exames complementares que têm a finalidade de diagnóstico etiológico, como o exame direto do material colhido no gân-

glio, no reto, nas lesões cutâneas, quando presentes, e o exame histopatológico de idêntico valor, parece-nos que o estudo radiológico do intestino é o mais importante para a avaliação da extensão do comprometimento abdominal desta doença.

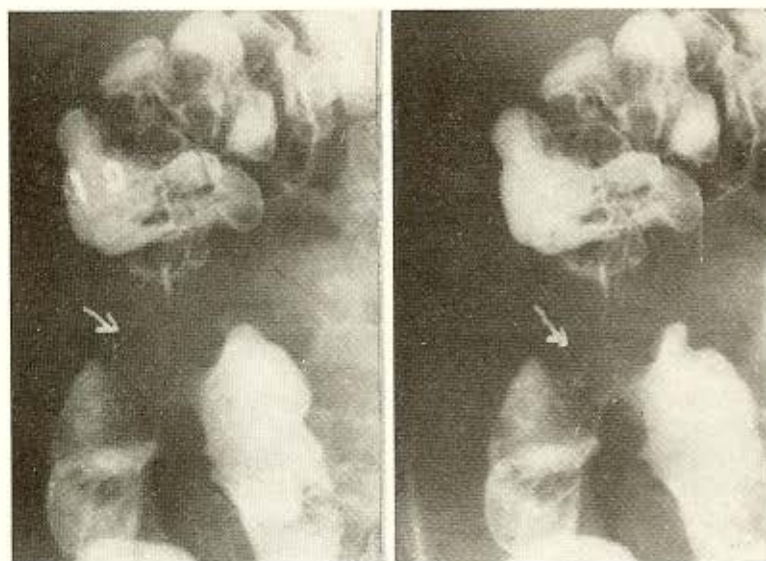


Fig. 3 A — Aspectos radiológicos do comprometimento do ceco na B.S.A. (casos J.D.C. e J.P.S.).

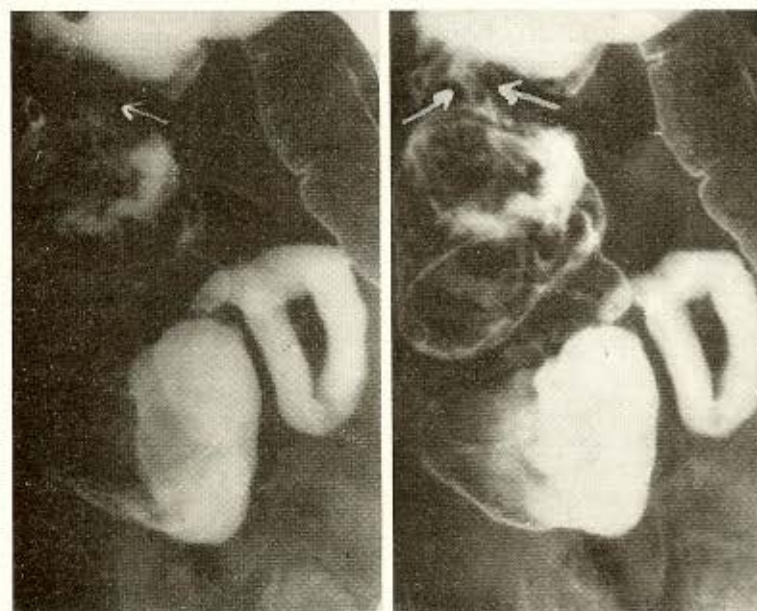


Fig. 3 B — Lesão infiltrante e circular, estenosando acentuadamente a porção inicial do cólon ascendente (casos J.D.C. e J.P.S.).

Em nossa experiência ficou evidenciado, portanto, que o exame radiológico pode auxiliar, em muito, o estudo da blastomicose sul-americana do aparelho digestivo. Nossos

cinco casos, com comprometimento do cólon, revelaram aspectos radiológicos com certo grau de semelhança, que nos permitem agrupá-los e identificá-los como sendo de nature-



Fig. 4 — Lesão infiltrante e retrátil, simulando neoplasia em um caso de B.S.A. (C.R.M.).



Fig. 5 — Extensa lesão infiltrante do reto (seta única) e do ceco (seta dupla) (L.S.O.).

Em nossa experiência ficou evidenciado, portanto, que o exame radiológico pode auxiliar, em muito, o estudo da blastomicose sul-americana do aparelho digestivo. Nossos

cinco casos, com comprometimento do cólon, revelaram aspectos radiológicos com certo grau de semelhança, que nos permitem agrupá-los e identificá-los como sendo de nature-

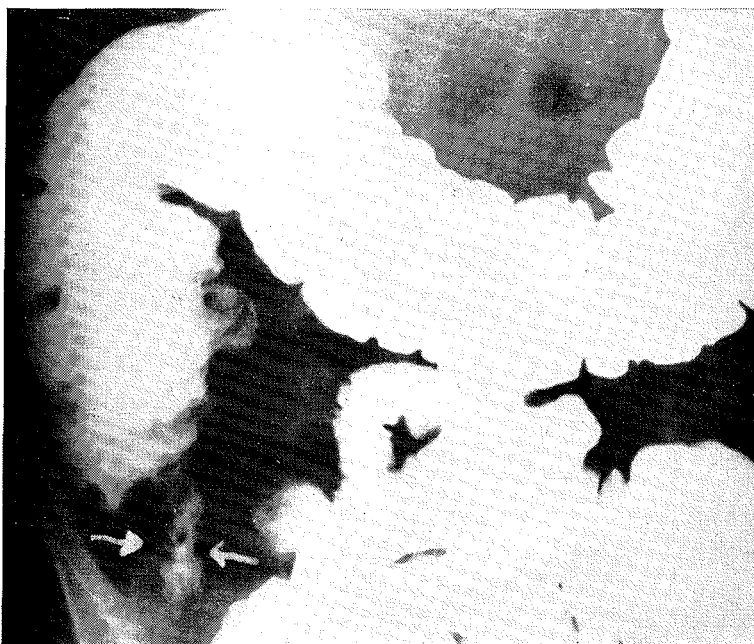


Fig. 4 — Lesão infiltrante e retrátil, simulando neoplasia em um caso de B.S.A. (C.R.M.).

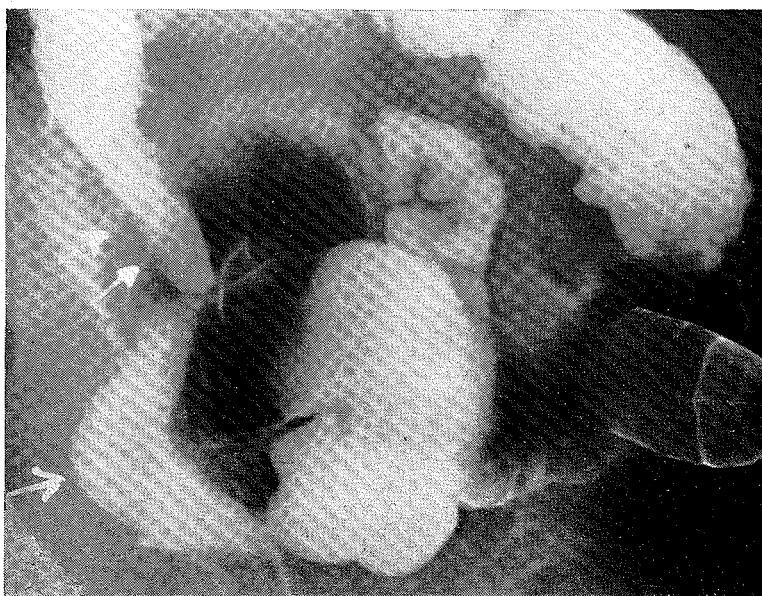


Fig. 5 — Extensa lesão infiltrante do reto (seta única) e do ceco (seta dupla) (L.S.O.).

za micótica. Dentre êles, quatro evidenciaram lesões no ceco e cólon ascendente, sendo que dois mostraram comprometimento do reto, e um com infiltração difusa do ceco ao reto e pequenos segmentos radiologicamente normais de permeio.

Os tipos de lesões poderão ser, assim, resumidos: 1) *Redução do calibre do cólon comprometido* — Êste foi o dado dominante nos quatro casos (L. S. O., J. D. C., J. P. S. C. R. M.). O segmento lesado destaca-se dos demais pela falta de elasticidade parietal, quando o órgão foi submetido à pressão, seja pelo contraste baritado, seja pela insuflação de ar. Êste sinal variou, de grau moderado a extremo, chegando mesmo a uma retração quase total do ceco em um dos casos (C. R. M.). A estenose retrátil pode simular tumor maligno, quando compromete pequena zona, como no caso J. P. S..

2) *Perda de haustrações* — Associada à redução de calibre, nota-se modificação na forma do cólon, com desaparecimento das haustrações, substituídas por segmentos que permanecem rígidos e com a mesma forma.

3) *Irregularidade do contôrno parietal* — Foi o sinal que acompanhou os demais casos. O contôrno do órgão infiltrado mostrou-se finalmente irregular, e, às vêzes, com aspecto grosseiro, chegando mesmo a falhas de enchimento, configurando lesões em "saca-bocado", como pode ser visto no caso L. S. O..

4) *Compressão extrínseca* — Foi verificada, em um caso, grande massa ganglionar comprimindo o íleo terminal, a ponto de provocar quadro de suboclusão. No estudo do trânsito intestinal, o caso C.R.M. mostrou lesões difusas do íleo terminal, com redução de calibre, alterações de forma, e aspecto grosseiro tubular do órgão.

Dos outros exames complementares realizados: hemograma, dosagem de proteínas, eletroforese das proteínas séricas, exame parasitológico de fezes, exame de urina, prova de labilidade protéica, verificou-se, pelos resultados obtidos, que todos os pacientes eram portadores de parasitoses intestinais. Apresentaram, também, anemias hipocrômicas ou normocrômicas, e os hemogramas revelaram, ainda, leucocitose e eosinofilia. As taxas de proteínas totais foram normais, sen-

do que, eletroforéticamente, havia aumento de α_1 e α_2 , bem como aumento de gmaglobulina.

DISCUSSÃO

Ao contrário do que ocorre nas demais áreas endêmicas de blastomicrose sul-americana, do país, parece que, em Goiás, a forma linfático-abdominal desta doença é mais freqüente, de vez que, nos últimos três anos, num total de 35 casos diagnosticados e por nós acompanhados nada menos de dez apresentaram esta forma clínica.

Todavia, os achados anátomo-patológicos são concordantes com os nossos dados clínicos: BOCCALANDRO & ALBUQUERQUE³ referem em seu material, 60% de casos com comprometimento abdominal, relatando, também, na revisão de 21 casos de autópsia, lesão do baço, sendo 16 dêles com blastomicrose generalizada.

A revisão feita por LIMA²², exaustivamente, do material anátomo-patológico do Hospital das Clínicas de São Paulo, dentre os 32 exames documentados histopatologicamente, foram encontradas em 14 dêles, lesões intestinais, dando-nos a entender, com isto, que o diagnóstico anátomo-patológico de necrópsia é verificado com a maior freqüência do que o diagnóstico clínico, em vida, naquele Estado. Em tôdas as casuísticas maiores^{3, 8, 22}, há referências a óbitos, atestando a gravidade desta forma clínica, quando não diagnosticada em tempo. Todavia, em nossos 11 casos, todos os diagnósticos foram feitos no decurso da primeira semana de internação do paciente, não constatando nenhum óbito. Quanto ao diagnóstico, cremos que uma sistematização da conduta clínica nos permitirá, mais vêzes, realizá-lo, precocemente, devendo basear-se a conduta clínica na busca do agente etiológico por biopsia de gânglio periférico, presente na maioria dos casos; retossigmoidoscopia com biopsia de ulceração, quando presente, o que ocorre, aparentemente, em 30% dos casos. Êsses exames deverão ser secundados, quando possível, pelo estudo radiológico do paciente, que fornece dados indiretos de valor inestimável. A radiografia do tórax, na forma linfático-abdominal primitiva mostra campos pleuropulmonares de transparência normal, dado êste de valor

indireto apreciável, que merece estudo judicioso, quanto à explicação fisiopatológica. No que diz respeito ao estudo radiológico do intestino pela radiografia simples do abdômen, trânsito do delgado e clistéer baritado, todos são capazes de fornecer subsídios valiosos ao diagnóstico. CUNHA & col.¹¹, registram, pelo estudo do abdômen simples, dados sobre calcificações de gânglios, e diminuição da coluna gasosa, com desvio do eixo do cólon transverso, bem como ao apagamento do psoas em um dos casos.

Em revisão por nós efetuada nos achados radiológicos da literatura^{8, 9, 16, 22, 33, 44}, e, pela experiência pessoal do estudo radiológico de sete casos, podemos resumir, assim, os tipos de lesões: a) compressão extrínseca; b) redução do calibre do cólon comprometido; c) perda das haustrações; d) irregularidade do contorno parietal; e) lesões difusas do íleo terminal, com redução de calibre, alterações de formas, e aspecto grosseiro e tubular do órgão. As lesões se assestam, conforme demonstraram categoricamente, vários estudos anátomo-patológicos^{19, 28, 21, 22, 46}, principalmente no ceco, cólon ascendente, transverso, e no íleo. Estes aspectos radiológicos encontrados, traduzem naturalmente, as lesões anátomo-patológicas existentes. Nas formas ganglionares sistêmicas, cuja porta de entrada foi inaparente, comprometimento de gânglios mesentéricos da cadeia periaórtica e do hilo hepático, podem ocasionar compressões extrínsecas visualizáveis pelos raios X. O comprometimento linfático intestinal das placas de Payer, difusamente, sua evolução natural e o comprometimento da mucosa, explicam outros achados radiológicos.

Quanto ao achado de icterícia, ocorrido apenas duas vezes na série estudada (L.S.O. e J.O.N.), resultou, naturalmente, dos dois mecanismos que, aparentemente, são os responsáveis por este sintoma; no primeiro caso houve, certamente, comprometimento direto do hepatócito e, no segundo caso, a icterícia foi causada por colestase intra ou extra-hepática. Aliás, na literatura^{3, 15, 16, 31}, os estudos sugerem que dois mecanismos podem interferir para a formação do quadro icterico:

1) o comprometimento do colédoco por compressão extrínseca, ou por processo cica-

tricial granulomatoso de sua parede, levando à diminuição de sua luz;

2) lesão do parênquima hepático por ação direta do *Paracoccidiodes brasiliensis*.

Ainda aqui, o auxílio da radiologia, através da colangiografia percutânea, poderá oferecer valiosos dados para o diagnóstico¹².

Acreditamos ainda que a linfografia virá a se constituir em exame subsidiário, de valor, no diagnóstico da forma linfático-abdominal da blastomicose sul-americana.

Dos exames complementares de valor para o contrôlo evolutivo da B.S.A., destacamos a eletroforese das proteínas séricas, que parece ser concordante com a reação de fixação do complemento, e a prova de precipitinas²⁹, o hemograma, todos êles tendentes a se normalizar no decurso da terapêutica, coincidindo com o desaparecimento dos sintomas clínicos, melhora do estado geral e ganho de peso pelo paciente.

Devemos acrescentar que, nesta série de casos, não houve envolvimento do esôfago nem do estômago. Aliás, ainda que descrito o comprometimento destes órgãos, carecem de importância clínica, dada sua raridade^{22, 23, 33, 44, 36}.

SUMMARY

Lymphatic abdominal form of the South American blastomycosis

Eleven cases of lymphatic abdominal South American blastomycosis (S.A.B.), eight of which belonging to the primitive form of the disease, are reported, and the following items stressed by the Authors: a) histopathological diagnosis in three patients, and X-ray plus biopsy examination with demonstration of *Paracoccidiodes brasiliensis* in the remainder, of all the cases exhibiting intestinal commitment; b) description and systematization of the intestinal tract lesions studied by X-rays; c) the physiopathological meanings of the absence of pulmonary lesions demonstrated by X-rays, in those patients presenting the lymphatic intestinal primitive form of S.A.B., a finding which is in accordance to the reports of pertinent literature; d) the high incidence of this clinical form in the State of Goiás, Brasil, especially on young subjects on the third

decade of life; e) the value of an early diagnosis, which has allowed the successful treatment and recovery of the patients studied.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ARANTES, A. A. — *Linfogranuloma maligno de origem coccidióide*. Tese inaugural. São Paulo, 1921.
2. BAPTISTA, L. & BELLIBONI, N. — Paracoccidióidose sistêmica (blastomicose sul-americana) simulando erimatodes. *Rev. Hosp. Clín. Fac. Med. Univ. São Paulo* 10: 134-143, 1955.
3. BOCCALANDRO, I. & ALBUQUERQUE, F. J. — Icterícia e comprometimento hepático na blastomicose sul-americana. A propósito de 10 casos. Revisão bibliográfica. *Rev. Paul. Med.* 56:350-366, 1960.
4. BOGGINO, J. & INSAURRALDE, P. R. — Terceiro caso nacional de granuloma paracoccidióide. *Ann. Fac. Ci. (Paraguay)* 11: 21-31, 1938.
5. CAMPOS, E. S. & ALMEIDA, F. P. — Contribuição ao estudo das "blastomicoses" (Granulomas coccidióides) observadas em São Paulo. *An. Fac. Med. Univ. São Paulo* 2:203-220, 1927.
6. CAMPOS, E. C. — Sobre dois casos de granuloma paracoccidióide no Rio Grande do Sul. *Arq. Depart. Estadual de Saúde (Rio Grande do Sul)* 3:71-81, 1942.
7. CARINI, A. — Um caso de blastomicose peritoneale à *Coccidioides immitis*. *Bull. Soc. Path. Exot.* 10:712-715, 1915.
8. CASTRO, R. M.; DEL NEGRO, G.; BASSOI O, N. & FARIA, C. V. — Dificuldades diagnósticas na Blastomicose sul-americana (A propósito de oito casos). *Rev. Paul. Med.* 53:479-496, 1958.
9. CESAR, H. C. — Abdôme agudo de etiologia blastomicótica. *Hospital (Rio)* 61: 229-241, 1962.
10. CHIRIFFE, A. — La paracoccidioidosis en el Paraguay. *An. Fac. Ci. Med. (Assunção)* 4:9-66, 1944.
11. CUNHA, M. de A. R. & GOUVEIA, O. F. de — Forma linfático abdominal da doença de Lutz. *Arq. Brasil. Med.* 51:269-276, 1961.
12. CUNHA, M. de A. R.; PEREIRA, A. A.; GOUVEIA, O. F.; PIMENTEL, J. R. de L.; SAAD, M.; TEIXEIRA, D. & MYIAHIRA, A. R. — Contribuição ao estudo radiológico da Blastomicose sul-americana no aparelho digestivo. *Hospital (Rio)* 69:169-174, 1960.
13. FIALHO, F. — Localizações viscerais da Micose de Lutz. *Bol. Acad. Nac. Med. (Rio)* 134:18-23, 1962.
14. FORATTINI, O. P. — Um caso de blastomicose com localização pancreática. *Rev. Med. C.A.O.C.* 30:515-520, 1946.
- 14b. FORATTINI, O. P. — Blastomicose da região pancreática. *Rev. Paul. Med.* 31: 165-173, 1947.
15. FRIOZZI, G. — O fígado na blastomicose sul-americana. *Arq. Hosp. Sta. Casa (São Paulo)* 7:109-110, 1961.
16. GOFFI, F. S.; THIAGO, J. B. S.; FERRARINI, E. & SILVA, L. de C. — Icterícia obstrutiva por granuloma blastomicótico do colédoco (tratamento cirúrgico). *Rev. Paul. Med.* 57:11-21, 1960.
17. GONÇALVES, A. P. — Caso de blastomicose brasileira com presença de *Paracoccidioides* nas fezes. *An. Brasil. Derm.* 21:85-86, 1946.
18. GUIMARAES, F. N. & MACHADO, D. G. — Contribuição ao estudo da blastomicose na Amazônia (*B. queloidiana* e B.S.A.). *Hospital (Rio)* 38:223-233, 1950.
19. HABERFELD, W. — Blastomicose de localização abdominal e um caso desta moléstia com disenteria amebiana. *An. Brasil. Med.* 5:107-145, 1915.
20. HABERFELD, W. & LORDY, C. — Forma visceral primária da Blastomicose. *An. 1.º Cong. Med. Paul.* 2:47-73, 1916.
21. LACAZ, C. da S. & OLIVEIRA, E. — Blastomicose da região ano-retal considerações sobre dois casos. *Hospital (Rio)* 33:845-851, 1948.
22. LIMA, F. X. S. — *Contribuição ao estudo clínico e terapêutico da blastomicose sul-americana visceral*. Tese de docência. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 1952.
23. MACHADO Filho J. & MIRANDA, J. L. — Considerações relativas à blastomicose sul-americana. *Hospital (Rio)* 58:129-170, 1960.
24. MAFFEI, W. E. — Micoses do sistema nervoso. *An. Fac. Med. Univ. São Paulo* 19: 297-328, 1943.
25. MARENGO, F.; CALDAS, E. A. & RAFFO, J. M. — Granuloma *paracoccidioides* com localização pancreática. *Semana Med.* 2: 975-979, 1934.

26. MONTEIRO, A. & FIALHO, A. — Sôbre um caso de blastomicose perineo-ano-retal. *Rev. Brasil. Cir.* 6:177-180, 1937.
27. MOSTO, D. & JARICI, V. — Presentacion de um caso de granuloma por *Paracoccidioides brasiliensis*. *Rev. Assoc. Med. Argent.* 59:826-830, 1945.
28. MOTTA, L. C. — Granulomatose paracoccidióica (Blastomicose brasileira). *An. Fac. Med. Univ. São Paulo* 21:205-227, 1945.
29. NETTO, C. FAVA — (Comunicação Pessoal).
30. NIÑO, F. L.; LATIENDA, F. & VOLPI, J. P. — Granuloma paracoccidióidico ganglionar localizada en la cavidad abdominal. *Rev. Sanid. Militar* 45:1290-1302, 1946.
31. NOHMI, N. — Icterícia obstrutiva na doença de Lutz (A propósito de dois casos). *Hospital* (Rio) 62:103-114, 1962.
32. OLIVEIRA, E. — Blastomicose do reto. *An. Paul. Med. Cir.* 59:451-456, 1950.
33. PASSARELLI, N. — Blastomycosis of the digestive tract. *Proc. Bockus Alumni International Society of Gastroenterology*, 1961.
34. ROCHA, G.; SOMOGY, L.; DUARTE, F.; PEREIRA, L. B.; BARBOSA, M. & LIMA, E. F. — Blastomicose sul-americana, caso de forma linfático abdominal e pseudotumoral. *Hospital* (Rio) 69:795-801, 1966.
35. SAMPAIO, S. de A. P. — *Tratamento da blastomicose sul-americana com Anfotericina B*. Tese para cátedra. São Paulo, 1966.
36. SANTOS, L. & ALMEIDA, F. P. — Peritonite e perfuração do estômago por blastomicose. *An. Paul. Med. Cir.* 23:104, 1932.
37. SILVA, P. D. da — *Contribuição ao estudo das blastomicoses tegumentares*. Tese de docência. Rio de Janeiro, 1913.
38. SILVA, P. D. da — Sôbre dois casos de blastomicose hepato-esplênico e ganglionar. *Rev. Med. São Paulo* 1:306-307, 1917.
39. SILVA, P. D. da & CAMPOS, E. S. — Sôbre mais um caso de blastomicose hepato-esplênico-ganglionar. *Rev. Med. São Paulo* 1:346-347, 1917.
40. SILVA, P. N. da — *Algumas considerações sôbre o estudo da blastomicose*. Tese de doutoramento. São Paulo, 1931.
41. SODRÉ, L. A. & CERRUTI, H. — Retite blastomicética. *Bol. Soc. Med. Cir. São Paulo* 14:167-176, 1930.
42. TAVES, H. J. & BEOLCHI, E. A. — Sôbre um caso de blastomicose ganglionar generalizado. *Rev. Med.* 40:41-42, 1943.
43. TELLA, R. — *Blastomicoses tegumentares*. Tese inaugural. Rio de Janeiro, 1925.
44. TOBIAS, J. W. & NIÑO, F. L. — Localizaciones em estomago, intestino y pancreas del granuloma paracoccidióidico. *Arch. Argent. Enferm. Apar. Dig.* 20:163-176, 1937.
- 44b. TOBIAS, J. W. & NIÑO, F. L. — Estudio de una nueva observacion de granuloma paracoccidióidico (forma linfático visceral). *Prensa Med. Argent.* 2:1-84, 1938.
45. TORRES, L. — Micose de Lutz. *Arq. Brasil. Med.* 9/10:383-386, 1956.
46. VIANA, GASPAR O. — *Moléstia de Posada Wernicke*. Tese de docência. Rio de Janeiro, 1913.

Recebido para publicação em 9/6/1967.