

## NOVOS CASOS DA MICOSE DE JORGE LÔBO ENCONTRADOS EM MANAUS, AMAZONAS (BRASIL)

Mário A. P. MORAES (1) e Wallace R. OLIVEIRA (2)

### RESUMO

Os autores apresentam as observações clínicas de dois casos de micose de Jorge Lôbo, encontrados em Manaus (Amazonas), no decorrer do ano de 1961. Constituem êles o 30.º e o 31.º casos da literatura. Foi tentado o cultivo do fungo, sem resultado. Nos comentários, referem os autores ser a doença de Lôbo, em sua casuística, a mais freqüente das micoses profundas no Estado do Amazonas.

### INTRODUÇÃO

A micose de Jorge Lôbo é uma doença bastante rara, referida pela primeira vez por JORGE LÔBO<sup>7</sup>, de Recife, e encontrada com maior freqüência na região amazônica.

Em trabalho recentemente publicado, um de nós<sup>8</sup> teve oportunidade de fazer uma revisão da casuística dessa micose, encontrando descritos, até 1960, 23 casos: 18 no Brasil, 2 na Venezuela, 1 na Colômbia, 1 no Panamá e 1 em Costa Rica. Outros casos existiam na região amazônica, porém inéditos. Ainda no citado trabalho, apresentou êle as observações de seis casos novos, diagnosticados no período de julho de 1957 a dezembro de 1960, na cidade de Manaus.

Os dois casos que aqui relatamos foram encontrados também em Manaus, no decorrer do ano de 1961. Até o presente, um total de 9 casos da micose de Jorge Lôbo foi por nós visto, nessa cidade.

### OBSERVAÇÕES CLÍNICAS

Caso 1 — J. B., sexo masculino, pardo, amazonense, 50 anos, braçal, residente no Alto Purus.

*História da moléstia atual* — Doente há 4 anos. Atribui o início de sua doença a uma "ura" (sic) aparecida na região glútea esquerda. A expulsão da larva foi conseguida por meio de excisão e expressão da lesão. Durante o ato nenhum cuidado de higiene foi tomado. Trabalhava na ocasião no transporte de sorva (*Couma utilis*), o qual é feito às costas em um saco fabricado rústicamente com palha de uma palmeira conhecida na localidade como cocai-açu (não nos foi possível identificá-la). O atrito da palha foi constante na região lesada, nos dias que se seguiram à extração. Algumas semanas depois, no local da miíase, apareceu-lhe um "caroço" (sic), e ao redor dêste, com o tempo, outros, menores, foram surgindo lentamente. A lesão era muito pruriginosa. Os nódulos confluíram, havendo por vêzes ulceração dos mesmos. Não tentou qualquer tratamento.

*Descrição da lesão* — Na região glútea esquerda (Fig. 1) vê-se uma lesão elevada, de forma irregular e consistência dura, que ocupa uma área de 9×8 cm. Cór vermelho-escuro. A superfície é bosselada, em virtude da lesão ter-se constituído pela fusão de vários nódulos de tamanhos diversos; pequenos nódulos, isolados, podem ainda ser vistos na periferia da mesma. Uma ulceração com 3×2 cm, que sangra com facilidade ao toque, é visível em sua parte superior.

*Exame a fresco do fungo* — Material colhido por raspagem da ulceração, misturado com soro

Trabalho do Instituto Nacional de Pesquisas da Amazônia (Diretor: Dr. Djalma Batista).

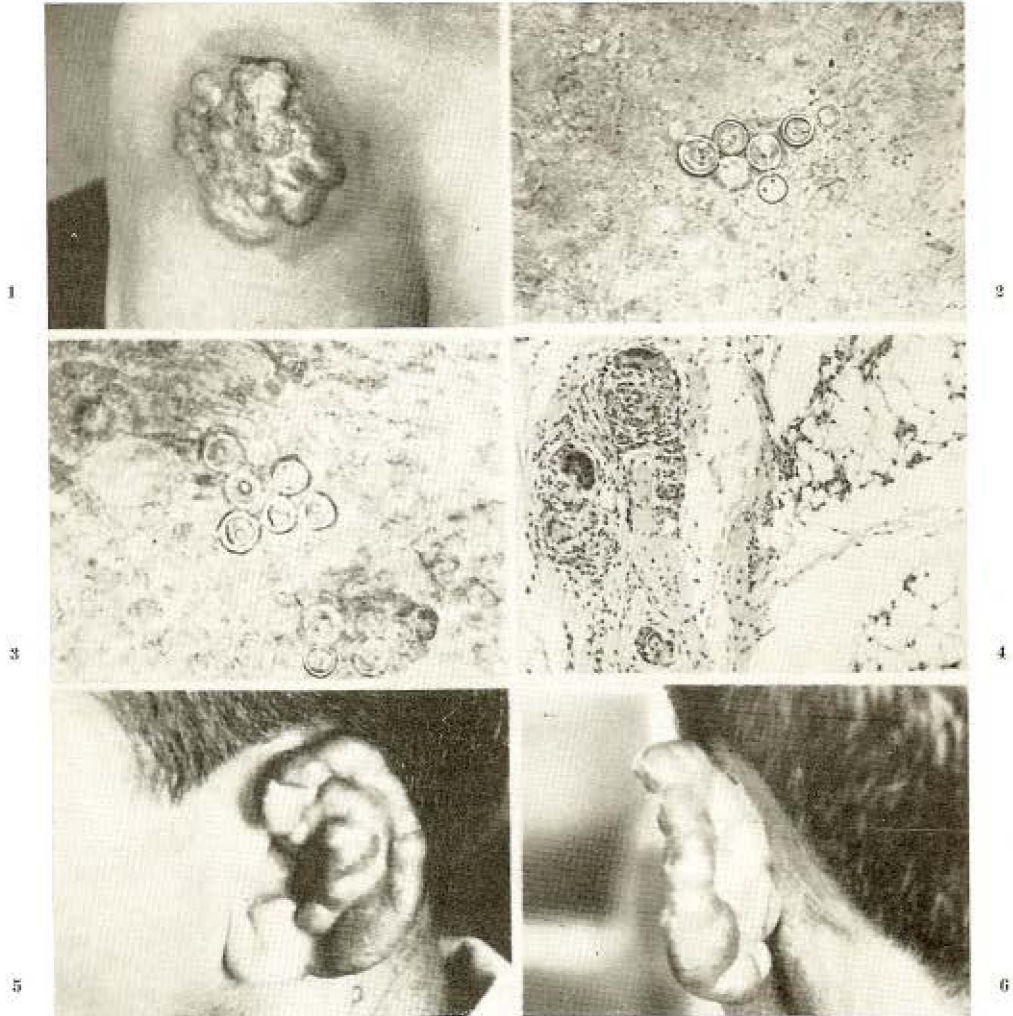
(1) Diretor da Divisão de Pesquisas Biológicas do I.N.P.A.

(2) Pesquisador-Chefe do Setor de Parasitologia.

fisiológico e examinado a fresco, revelou a presença de numerosas células arredondadas, com membrana de duplo contorno e tamanho mais ou menos uniforme. Em seu interior, muitas destas células apresentavam grânulos, em número de 1 a 12, por vèzes animados de movimento (Figs. 2 e 3).

*Histopatologia* — Epiderme — Acanthose. Hiperceratose. Em uma das extremidades do corte acha-se ela desaparecida.

*Derme* — Ocupada em tôda a sua espessura por um infiltrado granulomatoso denso. A hipoderme está íntegra. O infiltrado se apresenta



Figuras 1 a 6

Fig. 1 — Lesão do paciente do caso I.

Figs. 2 e 3 — Caso I — Microfoto dos parasitos obtidos por raspagem e examinados sem coloração. (Aumento 640×).

Fig. 4 — Caso I — Microfoto de um dos cortes histológicos, mostrando que o infiltrado granulomatoso (à esquerda) detém-se no limite superior da hipoderme (à direita). (Aumento 100×).

Figs. 5 e 6 — Lesão do paciente do caso II.

sob a forma de massas nodulares, separadas por faixas de tecido conjuntivo denso, e compostas quase que exclusivamente por células gigantes tipo corpo estranho e histiócitos. No ponto correspondente à ulceração, entre essas células do S.R.E., vêem-se também alguns leucócitos mononucleares, especialmente plasmócitos. No interior das células gigantes e dos histiócitos acham-se numerosos parasitos arredondados, com membrana de duplo contôrnio, medindo 10 a 14 micra de diâmetro. Alguns apresentam-se sem conteúdo, outros exibem um núcleo com cromatina sob a forma de grânulos. Na parte mais profunda do infiltrado vêem-se grupos de histiócitos finamente vacuolizados, sem parasitos no interior.

Conclusão: micose de Jorge Lôbo.

*Culturas* — Foram utilizados diversos meios, não havendo crescimento todavia.

*Tratamento* — A lesão foi retirada cirurgicamente com larga margem de segurança para os lados. Em profundidade, o corte foi até a hipoderme, notando-se que esta não estava lesada, o que facilitou a retirada total da lesão.

CASO 2 — P.P.B., pardo, 42 anos, solteiro, amazonense, lavrador, residente em Tapuruquara, Rio Negro.

*História da doença atual* — Há 10 anos doente. Refere que durante uma caçada feriu-se nos espinhos de um cipó conhecido na localidade onde reside por jacitara. O ferimento foi no pavilhão auricular esquerdo. Depois de 2 meses, este começou a inchar e a tornar-se de uma tonalidade violácea. A lesão era dura e diz que nunca houve ulceração. Com cinco anos de doença foi à cidade de Uaupés para tratar-se. Aplicaram-lhe penicilina, sem resultado.

*Descrição da lesão* — Infiltração difusa de quase todo o pavilhão auricular esquerdo, poupando apenas o lobo auricular, o tragus e a concha. Alguns nódulos eritemato-violáceos são também visíveis. Na face interna do pavilhão a lesão se detém no sulco correspondente à antélix (Figs. 4 e 5).

*Reação de Montenegro* — Fortemente positiva (leitura com 48 horas).

*Histopatologia* — *Epiderme* — Hiperkeratose. Retificação da junção dermo-epidérmica.

*Derme* — Inteiramente infiltrada por células histiocitárias, carregadas de parasitos redondos, de duplo contôrnio e tamanho uniforme. Vêem-se também algumas células gigantes tipo corpo estranho, cheias de parasitos.

O infiltrado granulomatoso está separado da epiderme apenas por uma ligeira faixa de tecido conjuntivo. Em profundidade, estende-se até a cartilagem do pavilhão auricular.

Conclusão: micose de Jorge Lôbo.

*Culturas* — Utilizaram-se fragmentos semeados na superfície de Sabouraud-glicose. Um fragmento maior foi colocado em um tubo de ensaio

com sôro fisiológico estéril<sup>3</sup>. Não houve crescimento, porém, no tubo com sôro fisiológico, após 60 dias, os parasitos pareciam estar ainda vivos, com os grânulos do interior das células bem visíveis.

## COMENTARIOS

Apesar dos numerosos trabalhos já existentes a respeito é ainda escassa a casuística da micose de Lôbo. Trata-se de uma doença rara. Com as duas observações aqui relatadas ficam descritos ao todo 31 casos na literatura.

Por vários autores<sup>2, 4, 6</sup> tem sido comentada a freqüência da micose de Lôbo na região amazônica. Em nosso opinião, é ela a mais freqüente das micoses profundas no Estado do Amazonas. Trabalhando neste Estado há mais de cinco anos, podemos dizer que: 1) é mínima, na região amazônica, a incidência da outra grande micose brasileira, a doença de Lutz, fato que, aliás, não corrobora a tese defendida por alguns<sup>1, 2</sup> de ser a micose de Lôbo apenas uma forma anátomo-clínica da blastomicose sul-americana; 2) é a micose de Lôbo, inegavelmente, a mais encontrada das micoses profundas no Estado do Amazonas, só não o sendo também no vizinho Estado do Pará, devido à existência, nas imediações de Belém, de um grande foco de cromomicose, já assinalado por SILVA<sup>10</sup> e MORAES & col.<sup>9</sup>, foco este que, por sua extensão, relega para plano inferior tôdas as outras micoses profundas.

Nossa casuística atual de micoses profundas, no Instituto Nacional de Pesquisas da Amazônia, em Manaus, registra o seguinte:

Micose de Jorge Lôbo	9 casos
Esporotricose	..... 8 casos
Cromomicose	..... 3 casos
Doença de Lutz	.... 3 casos

Devemos ressaltar que 3 dos casos de esporotricose não podem, a rigor, ser considerados autóctones.

Como nos casos anteriores de MORAES<sup>8</sup>, tentamos a cultura do parasito, sem resultado. Infelizmente, trata-se de um fungo de cultivo muito difícil. Acreditamos que não tenha sido ainda cultivado.

Em nosso caso I, observamos pela histopatologia que o infiltrado detém-se em profundidade na hipoderme. Os parasitos não penetram na espessura da camada gordurosa da pele. Êste aspecto, já constatado por PELAYO CORRÊA<sup>5</sup>, faz prever bons resultados nas lesões tratadas cirurgicamente, quando localizadas em partes outras que não o pavilhão auricular. Neste, o infiltrado vai até a cartilagem, obrigando à remoção total do órgão para cura da doença.

#### SUMMARY

*Two new cases of Jorge Lôbo's disease, from Manaus, Amazonas (Brazil).*

The authors report two cases of the Jorge Lôbo's disease, found in Manaus (Amazonas, Brazil) during the year of 1961. These cases are the 30<sup>th</sup> and the 31<sup>st</sup> cases of the medical literature. The authors tried to cultivate the causative fungus, without success.

In the comments, the authors refer to the Jorge Lôbo's disease as the most frequent of the deep mycoses in Amazonas State.

#### REFERÊNCIAS

1. ALMEIDA, F. — Considerações sobre a blastomicose sul-americana em sua forma queloidiana. Rev. Instit. Adolfo Lutz 10:31-33, 1950.
2. AZEVEDO, P. C. — Alguns considerações sobre a micose de Jorge Lôbo. Belém, 1949. Tese livre docência Fac. Med. Pará.
3. CAMPO-AASEN, I. — Blastomycosis queloidiana o enfermedad de Jorge Lôbo en Venezuela. Dermatologia venezol. 2:215-240, 1958.
4. CARNEIRO, L. S. — Contribuição ao estudo microbiológico do agente etiológico da doença de Jorge Lôbo. Recife, 1952. Tese livre docência Fac. Med. Recife.
5. CORREA, P. — Blastomicose queloidiana. Rev. latino-amer. Anat. patol. 2:139-143, 1958.
6. LEITE, J. M. — Doença de Jorge Lôbo: contribuição ao seu estudo anátomo-patológico. Belém, 1954. Tese prof. Fac. Med. Pará.
7. LÔBO, J. — Um caso de blastomicose produzida por uma espécie nova, encontrada em Recife. Revista méd. Pernambuco 1: 763-765, 1931.
8. MORAES, M. A. P. — Blastomicose tipo Jorge Lôbo: seis casos novos encontrados no Estado do Amazonas, Brasil. Rev. Inst. Med. trop. São Paulo 4:187-197, 1962.
9. MORAES, M. A. P.; FERREIRA, J. L. S. & PINTO, M. N. — A cromomicose na Amazônia. [no prelo]
10. SILVA, D. B. — Micose de Lane e Pedroso. Belém, 1955. Tese prof. Fac. Med. Pará.

Recebido para publicação em 14 agosto 1962.