

Polimorfismo das lesões dermatológicas na blastomicose de Jorge Lobo entre os índios Caiabí

PAULO DE ALMEIDA MACHADO
Instituto Nacional de Pesquisas
da Amazônia

SINOPSE

São estudados casos de blastomicose de Jorge Lobo encontrados entre índios Caiabí vivendo numa aldeia nativa à margem do rio Tatui (Amazônia Mato Grossense). Aqueles índios não devem ser confundidos com os Caiabí estudados por outros Autores no Parque do Xingu. Foram encontrados cinco quadros dermatológicos distintos e que o Autor divide em dois grupos polares: um grupo hiperérgico (formas maculosas e gomosas) e um grupo hipóérgico, forma queloidiforme. É enfatizada a conveniência do estudo da classificação das formas clínicas, já proposta por D. Silva, como elemento básico para melhor interpretação das diferentes observações e como ponto de partida para pesquisas imunológicas indispensáveis à melhor compreensão da Doença de Jorge Lobo.

MATERIAL E MÉTODOS

Foram examinados índios Caiabí encontrados em uma aldeia nativa à margem esquerda do rio Tatui. Aquele rio é também denominado rio dos Peixes ou rio S. Francisco em certos mapas. A aldeia encontra-se a cerca de 20 km da confluência do Tatui com o Arinos, aproximadamente a 57°58', de longitude oeste e 10°40' de latitude sul, a cerca de 400 km, em linha reta, a oeste do Parque Nacional do Xingu.

Os índios considerados neste trabalho não devem ser confundidos com outros Caiabí, portadores de blastomicose de Jorge Lobo e descritos por outros Autores no Parque Xingu (Pereira Filho, 1957 e Baruzzi e cols, 1967). Não foi possível determinar a população da aldeia uma vez que a expedição foi realizada durante a estação de caça e cada dia chegavam ou partiam alguns habitantes. Uma estimativa em termo de 40 pessoas seria bastante aproximada da realidade.

O exame consistiu na inspeção e palpação dermatológica, exame da cavidade oro-faríngea e procura de ganglios palpáveis. Foi feita a biopsia em todos os casos com lesões não passíveis de diagnóstico imediato: um caso típico de tokelau e um caso com lesão queloidiforme típica deixaram de ser biopsiados. O material foi sempre colhido junto aos bordos da lesão, à exceção de nódulos profundos que foram removidos após dissecação. O material foi imediatamente colocado em formol a 10% e transportado para S. Paulo, onde, três semanas depois, foi confiado ao Dr. Decio Fleury da Silveira para exame histopatológico. A anamnese foi sumária, em virtude da barreira linguística.

RESULTADOS

Em um só paciente foi encontrada lesão queloidiforme. Tratava-se de lesão única localizada na região sacro-glútea (Fig. 1).



Fig. 1 — Lesão queloidiforme, Caiabí, do rio Tatui
(Foto P. A. Machado)

Em um jovem de provavelmente 15-17 anos, foi vista, ao nível da omoplata direita, uma lesão inconspícua, que teria passado desapercebida. Somente foi notada graças à cooperação de uma senhora idosa que, respondendo à pergunta "Como começa o piraip?" chamou o jovem e apontou para o seu ombro. Tratava-se de uma área circular irregular, com bordos pouco definidos, onde a pele não apresentava a secreção sebacea conferindo brilho ao restante do tegumento cutâneo. Não havia infiltração, discromia nem hiperemia. Aquela lesão foi denominada "incharacterística" e a biopsia foi feita na suposição de tratar-se de uma forma indeterminada de hanseníase, tendo o resultado da histopatologia consistido numa surpresa, revelando o quadro histológico típico da micose de Lobo, com extraordinária riqueza em parasitos. Ao praticar a biopsia foi notado que o tecido sangrava com mais abundância do que o que se costumava presenciar ao biopsiar lesões de hanseníase.

Em dois casos, ambos do sexo feminino e do grupo etário 20-30 anos, e sempre no antebraço, foram encontrados nódulos duros, não aderentes ao plano superficial e somente detectáveis à palpação. Feita a exeresse por dissecação, constatou-se tratar-se de nódulos ovoides, com 15 a 20mm em seu maior diâmetro, duros. Seccionando-os, verificou-se ser o seu conteúdo de cor amarela, consistente e firme. Uma das pacientes portava um nódulo único e nenhuma outra lesão. Na outra paciente havia dois nódulos, distanciados de 8 cm e sem qualquer comunicação visível entre ambos. Os nódulos eram indolores. A histopatologia revelou riqueza em parasitos. (Machado, 1966)

Em dois outros casos, foram encontradas lesões gomosas multiplas, com ou sem ulceração. Nos portadores de lesões gomosas não foram encontradas lesões de outro tipo. (Fig. 2 e Fig. 3).

Nos casos restantes, as lesões eram do tipo anteriormente descrito (Machado 1972) como forma maculosa: lesões únicas ou multiplas, em diferentes estágios evolutivos.

Havia desde a mácula circinada com bordos ligeiramente hiperenicos, (Fig. 4), até máculas infiltradas, turgidas, (Fig. 5) e lesões que



Fig. 2 — Lesões gomosas, Caiabí, do rio Tatuí. (Foto P. A. Machado)



Fig. 3 — Lesões gomosas evoluindo para a supuração — Caiabí do rio Tatuí. (Foto P. A. Machado)



Fig. 4 — Lesão maculosa única, inicial, estágio-pré-infiltrativo — Caiabí do rio Tatuí. (Foto P. A. Machado)

passaram a fase de turgescencia e apresentavam pontos onde se daria eliminação de um fluído caseoso (Fig. 6). Em alguns pacientes há lesões maculosas multiplas em diferentes estágios (Fig. 7). Com frequência nota-se evidente atividade" da lesão (Fig. 8). Em casos já antigos encontram-se, ao lado de lesões em franca atividade, lesões cicatriciais, aparentemente curadas (Fig. 9). Em todos os casos, o exame histopatológico revelou a mesma riqueza em parasitos. Lesões localizadas na cabeça ou no pescoço, não foram encontradas, embora as orelhas sejam tradicionalmente citados como a localização preferencial da micose de Jorge Lobo.



Fig. 5 — Lesões maculosas em diferentes estágios evolutivos, máculas infiltradas no braço — Caiabí do rio Tatuí. (Foto P. A. Machado)



Fig. 6 — Lesões maculosas em diferentes estados evolutivos, notar os diferentes graus de infiltração e os pontos de supuração em formação sobre o bordo da lesão após desaparecimento da infiltração generalizada da lesão — Caiabí do rio Tatuí. (Foto P. A. Machado)

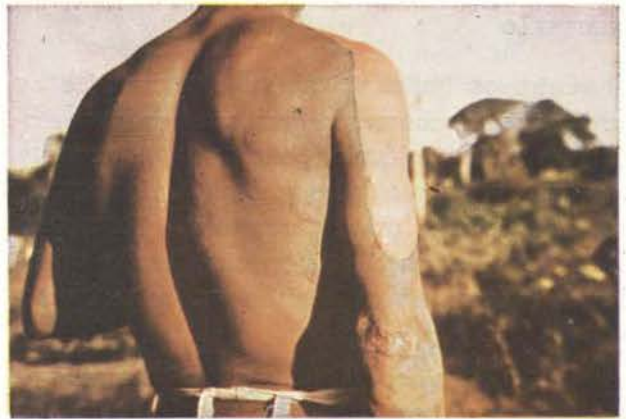


Fig. 7 — Diferentes estágios evolutivos das lesões maculosas: lesões iniciais, porém já infiltradas, no tronco; lesões maculosas em via de supuração no braço e lesões cicatriciais no cotovelo — Caiabí do rio Tatuí. (Foto P. A. Machado)



Fig. 8 — Lesão maculosa em atividade, estágio post-infiltrativo; regredida a infiltração, formam-se pontos de supuração — Caiabí do rio Tatuí. (Foto P. A. Machado)



Fig. 9 — Lesões maculosas na perna. Lesões cicatriciais na região maleolar e no terço inferior da coxa, lesão macular na região da pantorilha, em estágio post-infiltrativo, com formação de pontos de supuração. No terço inferior da perna existe lesão cicatricial hipercronica certamente de origem inespecífica. Caiabí do rio Tatuí. (Foto P. A. Machado)

DISCUSSÃO

Entre os índios Caiabí, a blastomicose de Jorge Lobo é encontrada com quadros dermatológicos muito variáveis, polimorfos, e somente o exame histopatológico permitiu demonstrar tratar-se de uma única parasitose. Compreende-se que Pereira Filho (op.cit.) tenha considerado a doença dos Caiabí como outra blastomicose.

A multiplicidade dos quadros dermatológicos é mais um argumento a favor da oportunidade de uma classificação das formas clínicas na blastomicose de Lobo. D. Silva (op.cit) foi o primeiro a tentar aquela classificação, fazendo-o com a autoridade de quem tem a maior experiência da blastomicose de Lobo entre nós.

A classificação das formas clínicas e a adoção de uma nomenclatura única irá permitir o melhor intercâmbio de informações e sobretudo irá constituir a base indispensável ao desenvolvimento de pesquisas imunológicas altamente necessárias ao melhor conhecimento da enfermidade. Se bem que haja indiscutível embricamento de certas formas clínicas, como com muita propriedade notou D. Silva, é certo que as diferentes formas clínicas até hoje descritas sugerem a existência de dois comportamentos diferentes nas interações agente-hospedeiro. Em um tipo de comportamento, existe uma reação evidente do organismo, com tendência à eliminação do parasita num caseum amarelo por vezes sanguinolento. O organismo parece rejeitar o agente. Existe uma disseminação provavelmente hematogênica com multiplicidade de lesões, como se vê nas fig. 6 e 7. As lesões tem caráter evolutivo (Machado 1972).

O outro tipo caracteriza-se por uma certa complacência do organismo. Não há tendência à produção de caseum e à eliminação do germe que permanece aparentemente tranquilo em lesões localizadas com pouca ou nenhuma tendência invasora, lesões geralmente únicas. (Fig. 1). Não existe caráter evolutivo embora possa haver crescimento das lesões e ampliação da área doente.

O primeiro tipo, onde existe um comportamento que chamariamos hiperérgico, é constituído

do fundamentalmente pela forma maculosa. A forma gomosa seria também um tipo hiperérgico. No tipo diametralmente oposto, hipoérgico, situariamos as formas queloidiformes e verruciformes. A lesão incaracterística mencionada neste trabalho seria apenas o estágio inicial da forma maculosa.

Já a forma nodulosa, que não figura na classificação de D. Silva, e que foi registrada também por Baruzzi e cols. (op.cit), necessitaria de mais estudos e observações para ser melhor situada. Nos dois casos citados neste trabalho, não havia tendência à caseificação e ulceração, pelo menos no estágio observado. Já no caso 3 de Baruzzi, pode-se supor uma possibilidade de ulceração futura. O caso documentado à figura 9 de D. Silva (op.cit) não teria sido um nódulo que posteriormente se ulcerou?

Apesar da impressão formada após o estudo dos dois casos citados no presente trabalho, as observações dos colegas que documentaram casos em outro estágio, dá impressão de que os nódulos caminham para a ulceração.

A fig. 7 do trabalho de D. Silva, mostra um nódulo ulcerado próximo de lesão gomosa. A foto reveste de importância e sugere um parentesco imunológico entre nódulo e goma, podendo ser o nódulo uma manifestação hiperérgica. De maneira geral, nos casos maculosos não encontramos lesões queloidiformes ou verruciformes, e vice-versa. O fato é sugestivo da existência de um substrato imunológico, caracterizando dois tipos polares de blastomicose de J. Lobo.

As observações feitas em um núcleo pequeno como a aldeia do rio Tatui, onde o reduzido número de pessoas vivendo em idênticas condições indica como mais lógico o parasitismo por uma única cepa, reforça a suposição de que as diferentes formas clínicas se devam a uma reação diferente de parte do organismo parasitado.

A histopatologia deveria preocupar-se com este aspecto e a imunologia deveria interessar-se também pela blastomicose de Lobo.

No entretanto, é da maior oportunidade o esforço pioneiro de D. Silva no sentido de procurar uma classificação para as formas clíni-

cas, estabelecer uma nomenclatura comum e fornecer a base indispensável ao desenvolvimento da pesquisas imunológica.

A título de contribuição, sem o intuito de contestar mas com a preocupação de apoiar a classificação de D. Silva, e com todo o respeito que merece a opinião daquele mestre, parece-nos admissível a seguinte classificação das formas clínicas até hoje encontradas na blastomicose de Lobo :

 incarcerística (?)
formas hiperergicas : maculosa
 gomosa
 nodulosa (?)
formas hipoergicas : queloidiforme
 verruciforme

A classificação proposta evita a expressão "infiltrativa" uma vez que, segundo observação de D. Silva, a infiltração ocorre não só na forma maculosa como também nos prodromos da forma queloidiforme. E na própria forma maculosa, a infiltração é um episódio : surge e desaparece, permanecendo a mácula.

A forma encaracterística é citada com um ponto de interrogação. Só existe um caso descrito, sem follow-up, e não é fácil prever se a lesão irá evoluir para uma forma queloidiforme ou para uma lesão maculosa. Pela sua extensão, parece que evoluiria para a forma maculosa, mas á falta de dados científicos, não é possível afirmar e justifica-se a dúvida.

Também está seguida de um ponto de interrogação a forma nodulosa que necessita de mais acuradas observações para ser situada entre as formas hipóergicas (como parece nos casos de nossa observação) ou nas formas hiperergicas (como o indicam as observações de outros colegas).

Entre os índios Caiabí do rio Tatui, predominam as formas hiperergicas.

ABSTRACT

Different clinical aspects of Lobo's disease among Caiabi Indians are described. The patients were seen in a native village, outside the Parque Nacional do Xingú, 400 km West of said Reservation. Distinct dermatological aspects were found.

Some dermatological aspects are suggestive of an intense immunological reaction, lesions are evolutive and caseification and ellimination of parasites occurs. There are multiple lesions and an invasive behaviour of the disease. Such cases are classified as a hyperergic group of clinical manifestations. In other group of dermatological aspects, there is a certain tolerance between the system and the pathogenic organism. Lesion is usually an isolated only one. There is no tendency to caseification and suppuration. The invasive characteristic is absent. This group of dermatological pictures is supposed to be a hypoergic group. Classification of dermatological pictures, as attempted for the first time by D. Silva and establishment of a nomenclature is emphasized as a most convenient step in order to facilitate scientific comparison of case descriptions and to establish a starting point for sound immunological research on Lobo's disease.

BIBLIOGRAFIA CITADA

BARUZZI, R. G. ET ALII

1967 — Ocorrência de blastomicose queiloideana entre índios Caiabi. *Rev. Inst. Med. Trop. S. Paulo*, 9(3) : 135-142.

MACHADO, P. A.

1966 — "Piraip, a falsa lepra dos Caiabi". In : *XVI Cong. Bras. Hig.*, Curitiba, Paraná.

1972 — Regressão expontânea e lesões maculosas na Blastomicose de Jorge Lôbo. *Acta Amazonica*, Manaus, 2(2).

PEREIRA FILHO, M. J.

1957 — Os fungos da doença de Adolfo Lutz, da Doença de Jorge Lôbo e o da blastomicose dos índios do Alto Xingu (Brasil-Central — Estado de Mato Grosso). *Rev. Med. Rio Grande do Sul*, 14 : 10-64.

SILVA, D.

1972 — Micose de Lobo. *Rev. Soc. Med. Trop.*, 6 (2) : 85-98.