

RELATO DE CASO

MONOARTRITE DE JOELHO COMO MANIFESTAÇÃO ISOLADA DE PARACOCCIDIOIDOMICOSE

Marco Túlio Alvarenga Silvestre, Marcelo Simão Ferreira, Aécio Sebastião Borges, Ademir Rocha, Gildo Moacir de Souza e Sérgio Andrade Nishioka

Artrite como manifestação isolada de paracoccidioidomicose, tem sido raramente descrita na literatura médica. O presente relato, descreve mulher de 46 anos de idade, com monoartrite crônica do joelho em tratamento com anti-inflamatórios não hormonais durante 4 anos, cujo diagnóstico definitivo foi obtido apenas por biópsia da membrana sinovial, que revelou uma inflamação crônica granulomatosa de tipo tuberculóide, com abundantes elementos leveduriformes do Paracoccidioides brasiliensis. A terapêutica específica (iniciada com ketoconazol e seguida por cotrimoxazol) levou à completa recuperação funcional da articulação acometida. Não se detectou a presença de outros sítios acometidos pela doença, apesar da utilização de vários métodos propedêuticos, incluindo tomografia axial computadorizada do tórax e abdome. Os autores chamam a atenção para a raridade do caso e discutem os possíveis fenômenos fisiopatológicos responsáveis por esta monoartrite fúngica.

Palavras-chaves: Artrite. Joelho. Paracoccidioidomicose. Paracoccidioides brasiliensis.

A paracoccidioidomicose é micose sistêmica de distribuição geográfica limitada à América Latina, com maior incidência no Brasil, Venezuela, Colômbia, Equador e Argentina. Causada pelo fungo dimórfico *Paracoccidioides brasiliensis*, é adquirida por via inalatória, resultando na formação de um complexo primário pulmonar ganglionar que, na maioria das vezes, regride espontaneamente com o estabelecimento de imunidade específica do hospedeiro. Antes do estabelecimento desta imunidade, porém, usualmente ocorre disseminação linfohematogênica, desenvolvendo-se focos secundários em qualquer sítio orgânico, que igualmente regridem com o surgimento da imunidade. Nas lesões residuais da primo-infecção, pulmonares ou extrapulmonares, o fungo pode permanecer viável, em latência, por muitos anos. Estes casos regressivos de infecção geralmente são assintomáticos ou com manifestações pouco expressivas e inespecíficas, sendo detectadas pela reação intradérmica à paracoccidioidina. As formas progressivas e disseminadas geralmente atingem os pulmões, mucosas, linfonodos, pele e adrenais; porém,

ocasionalmente podem atingir qualquer órgão ou sistema. A apresentação clínica e o curso da doença variam de paciente para paciente². Excepcionalmente, as lesões ósseas e/ou articulares apresentam-se como manifestações isoladas desta micose, sem qualquer evidência clínica de envolvimento de outros órgãos¹. No presente trabalho relatamos um caso de paracoccidioidomicose articular, no qual a avaliação clínica e laboratorial não evidenciou da infecção em nenhum outro local do organismo.

RELATO DE CASO

Mulher de 46 anos de idade, leucodérmica, natural de Água Bela (PE), procedente de Estrela do Sul (MG), que foi atendida no serviço de ortopedia do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia, referindo que, há aproximadamente quatro anos, iniciou com dor em joelho esquerdo, de moderada intensidade, seguida posteriormente por outros sinais inflamatórios (calor, rubor e edema). Foi tratada em sua cidade com anti-inflamatórios não hormonais por longos períodos, sem resolução do processo. Ao exame clínico, evidenciaram-se edema, aumento da temperatura e dor à mobilização da articulação acometida. Radiografias simples e tomografia computadorizada do joelho acometido, não demonstraram áreas de lise óssea ou alterações de partes moles. Foi então submetida a cirurgia, tendo o estudo histopatológico da membrana

Centro de Ciências Biomédicas da Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, MG.

Endereço para correspondência: Dr. Marco Túlio Alvarenga Silvestre. R. Vital José Carrijo 572, 38400-035 Uberlândia, MG.

Fax: (034) 214-4009.

Recebido para publicação em 12/09/96.

sinovial revelou inflamação crônica granulomatosa de tipo tuberculóide, com abundantes elementos leveduriformes do *P. brasiliensis* (Figuras 1 e 2). A avaliação clínica e laboratorial exaustiva (exame físico, Rx de tórax, endoscopia digestiva, CT de tórax e abdome e a avaliação radiográfica dos ossos adjacentes à articulação acometida) não demonstraram acometimento de nenhum outro local do organismo. A paciente foi inicialmente

tratada com ketoconazol, na dose de 400mg/dia durante sessenta dias, com regressão completa do quadro articular. Por problemas de ordem econômica, o esquema inicial de tratamento foi trocado por cotrimoxazol oral em dose de 800mgS/160mgT a cada doze horas, do qual a paciente vem fazendo uso regular, estando atualmente assintomática. Os exames laboratoriais de acompanhamento da doença se mostram dentro dos limites da normalidade.

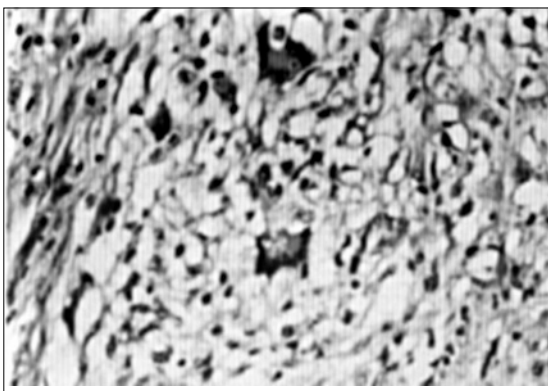


Figura 1 - Sinóvia do joelho - Granuloma tuberculóide, com duas células gigantes do tipo Langhans em meio a numerosos macrófagos. Presença de fungos no citoplasma das células gigantes. Hematoxilina-eosina; aumento original: 400x.

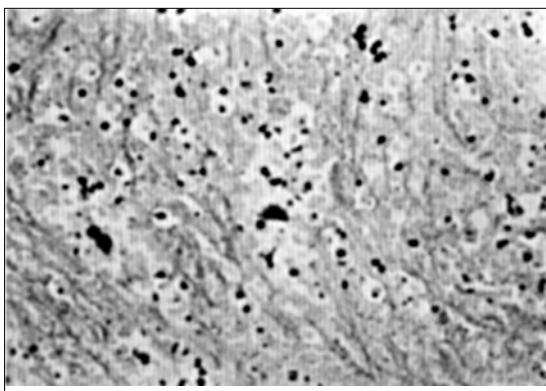


Figura 2 - Sinóvia do joelho - Numerosos elementos leveduriformes de Paracoccidioides brasiliensis, com tamanhos variados, ora isolados, ora agrupados. Notam-se elementos multibrotantes. Prata metenamina de Grocott; aumento original: 400x.

DISCUSSÃO

O acometimento ósteo-articular na paracoccidioidomicose foi inicialmente reportado por Pereira e Vianna, em 1911⁶. Na maioria dos casos relatados posteriormente o diagnóstico foi acidental, sendo os pacientes assintomáticos e as lesões descobertas por achados radiológicos. Excepcionalmente, as lesões ósseas são as únicas manifestações da doença⁷ e mais raramente ainda, o acometimento isolado da membrana sinovial articular é a forma de apresentação inicial desta micose, com raros casos descritos na literatura médica^{3 4}. As lesões ósteo-articulares ocorrem em todas as faixas etárias, predominando, entretanto, nos indivíduos mais jovens e, como em outras formas de apresentação da doença, o sexo masculino é o mais frequentemente acometido. Não se conhecem os fatores que predis põem a este tipo de comprometimento,

mas acredita-se que traumas localizados facilitem o estabelecimento do fungo neste sistema durante a fase de fungemia⁵. A disseminação hematogênica é mais frequente para as regiões com melhor irrigação sanguínea como a metáfise e a epífise de ossos longos e o envolvimento articular geralmente se deve à disseminação por contigüidade dos ossos adjacentes¹ e, nos casos de acometimento articular isolado, o fungo se instalaria diretamente na articulação por disseminação hematogênica ou linfática⁴. O acometimento da articulação torna o processo mais evidente, pelo aparecimento de processo flogístico visível ao exame clínico, e pode evoluir para a perda da função articular.

No presente caso, apesar de toda a propedêutica clínica e laboratorial, não detectamos sinais de atividade da doença em nenhum outro órgão ou sistema. Parece-nos

que, nesta paciente, durante a fungemia inicial se estabeleceu um foco infeccioso na membrana sinovial, não nos sendo possível, entretanto, determinar se o processo resultante foi decorrente da reativação de um foco que tenha permanecido latente ou tenha se seguido à disseminação hematogênica inicial. Em regiões onde a paracoccidiodomicose é endêmica, o presente caso nos sugere que esta doença deva

ser incluída no diagnóstico diferencial das monoartrites que evoluem de forma arrastada; a biópsia sinovial é a única forma segura de se fazer o diagnóstico. A boa resposta à terapêutica antifúngica, com completa recuperação da função articular, reforça ainda mais a necessidade de se fazer o diagnóstico antes que lesões irreversíveis se tenham instalado.

SUMMARY

Osteoarthritis in paracoccidiodomycosis has been rarely reported. The present case describes a 36 "year"old woman, with chronic monoarthritis in the knee lasting 4 years. The diagnosis was achieved only after sinovial biopsy, by anatomopathological examination showing granulomatous reaction with a large number of the characteristic "pilot wheel" Paracoccidioides brasiliensis yeast cells. Specific therapy, initially with ketoconazole and followed by

cotrimoxazole led to complete functional recovery of the compromised joint. No other affected site was detected by various propaedeutic methods, including computed axial tomography of the thorax and abdomen. The authors emphasize the rarity of the case and discuss its possible pathophysiology.

Key-words: Arthritis. Knee. Paracoccidiodomycosis. Paracoccidioides brasiliensis.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Baranski MC, Silva AF, Rodrigues D. Lesões ósseas e osteoarticulares. *In: Del Negro G, Lacaz CS, Fiorillo AM (eds) Paracoccidiodomicose, Sarvier-Edusp, São Paulo p. 211-219, 1982.*
2. Brummer E, Castañeda E, Restrepo A. Paracoccidiodomycosis: an update. *Clinical Microbiology Reviews 6:89-117, 1993.*
3. Lumbreras H. *Paracoccidioides brasiliensis* arthritis. Report of a case and review of the literature. *Journal of Rheumatology 12:356-358, 1985.*
4. Mendes RP. The Gamut of clinical manifestations. *In: Franco M, Lacaz CS, Restrepo AM, Del Negro G (eds) Paracoccidiodomycosis, 2nd edition, CRC Press, Boca Raton, p. 233-258, 1994.*
5. Mendes RP. Bone and Joint Lesions. *In: Franco M, Lacaz CS, Restrepo AM, Del Negro G (eds) Paracoccidiodomycosis, 2nd edition, CRC Press, Boca Raton, p. 331-338, 1994.*
6. Pereira M, Vianna GO. A propósito de um caso de blastomicose (Piohemia blastomycótica). *Archivos Brasileiros de Medicina 1:63-83, 1911. 6.*
7. Silva AF. Contribuição aos estudos da paracoccidiodomicose no Paraná e das lesões ósseas e articulares paracoccidiodômicas. Tese de Livre docência, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, PR, 1976.