

Blastomyose da glandula suprarenal, por *Coccidioides immitis*, sem lesões lymphaticas e com focos de fibrose nos pulmões (*)

por

A. PENNA DE AZEVEDO

(Com as estampas 3—5)

Os modos pelos quaes póde, clinicamente, manifestar-se o granuloma coccidioidico, são a fórmula lymphatico-tegumentar e a fórmula lymphatico-visceral. Os casos de localização lymphatico-visceral constituiriam, via de regra, casos de pouca frequencia, pelo menos em certos logares, como no Rio de Janeiro, segundo a observação corrente, ao contrario das verificações feitas em S. Paulo, por varios autores. A localização lymphatico-tegumentar é a fórmula que maior numero de vezes se encontra.

Outras fórmulas, entretanto, podem ocorrer sem que se possa encontrar nenhuma lesão, quer do tegumento cutaneo e mucosas, quer do systema gangliar. Nesses casos, talvez a lesão inicial tenha desaparecido sem deixar vestigio, de modo que as lesões tardias de localização profunda são as unicas encontradas.

Na solução dos varios problemas ligados ao estudo do granuloma coccidioidico, surgem como questões sobrelevantes, as que se referem ao modo de infecção, ao modo de processar-se a lesão inicial, ao aspecto morphologico do cogumelo e á cura da molestia.

Como adquire o individuo a infecção, é um facto bastante obscuro e não existe ainda hoje, nenhum dado de real valor, interpretando de modo satisfactorio, as questões ligadas ao apparecimento da doença em individuos de condição social indistincta. Comtudo, é fóra de duvida que mais atacados são aquelles que cuidam do cultivo do campo, entrando em contacto prolongado com vegetaes e animaes, aonde exista o agente causador da molestia, até hoje não identificado em vida livre. A lesão inicial do granuloma coccidioidico é tambem questão de difficil interpretação. Em geral, é admitido pelos especialistas, que a lesão inicial, na maioria dos casos, se localiza na cavidade buccal, compromettendo a amygdala, dahi partindo a infecção

(*) Recebido para publicação a 18 de Julho de 1934.

para órgãos distantes, por meio do systema lymphatico. A lesão inicial no tegumento cutaneo tambem é observada, mas de modo menos frequente apresentando-se em geral, após a localização nas mucosas. A localização primaria da infecção nos casos brasileiros, quasi sempre se acha no tracto digestivo, occupando a bocca e o intestino, os logares em que, com maior frequencia existem taes lesões. Os casos de granuloma coccidioidico, descriptos nos Estados Unidos da America do Norte, têm como ponto de origem, na grande maioria das vezes, localização na porção superior do tracto respiratorio, de modo que os pulmões frequentemente tambem são compromellidos.

Acreditamos que tambem o mesmo se dê entre nós, pois em todos os casos por nós necropsiados, encontramos sempre as lesões pulmonares, em extensão muito accentuada. O mesmo, entretanto, não podemos dizer sobre as localizações intestinaes que nos nossos casos eram ausentes. Por taes motivos, achamos que esses caracteres de localização no intestino e no pulmão, não devem ser tomados em linha de conta na individualização das fórmulas americana e brasileira do granuloma coccidioidico.

Um facto sempre referido pelos autores é o caracter progressivo das lesões de blastomycose por *Coccidioides immitis*, isto é, as lesões difficilmente regridem e uma vez formadas, desenvolvem-se sempre de modo progressivo. E até mesmo os casos de cura referidos, segundo a opinião de Olympio da Fonseca Filho, delles é permittido duvidar.

O caso que desejamos aqui apresentar, até certo ponto, vem em apoio dessa asserção. Trata-se de um doente, no qual a doença se acha localizada á glandula suprarenal, occorrendo em individuo que não fornece, nos dados sobre sua vida, nenhuma informação quanto a uma possivel lesão inicial interna de natureza blastomycotica. A necropsia posteriormente, comprovou taes asserções e o exame clinico. Além de não referir lesão inicial, o caso apresenta outro facto digno de nota: a presença de lesões fibrosas nos pulmões, as quaes possivelmente, pódem ser interpretadas como lesões antigas, em phase de cicatrização.

O caso em resumo, assim póde ser referido:

J. B. R., 65 annos, branco, brasileiro, lavrador, residente em Alto da Serra do Sertão, municipio de Vassouras. Foi internado na 3a. enfermaria do Hospital S. Francisco de Assis, serviço clinico do prof. Rocha Vaz, em 18-4-933, aonde veiu a fallecer quasi tres mezes depois. Durante a sua permanencia na enfermaria, foram feitos varios exames, cujos resultados passamos a relatar, graças á gentileza do Dr. I. Brown, digno assistente da mesma enfermaria.

A temperatura maxima do doente, foi verificada em 26-5-933;

quando attingiu 37,6. Em geral, a temperatura se mantinha sempre abaixo de 37,4 e muitas vezes não attingia mesmo a 37. Em vista da ascite que apresentava, foi feita uma punção, retirando-se 7.500 c.c. de liquido com Rivalta negativo e exame de sedimento apresentando cellulas epitheliaes, leucocytos mononucleares e polymorphonucleares. O exame de urina nada accusava de anormal. Tensão arterial, pelo Pachon, accusava maxima 12, minima 4 e média 8. Exame de escarro, negativo para bacillo de Koch. Exame de sangue revelou:

Hematias	1.980.000
Leucocytos	5.000
Hemoglobina	40 %
Valor globular.	1.02

Na formula leucocytaria havia 76 % de neutrophilos.

Na sua historia, refere o doente ter tido grippe, pneumonia e paludismo. Alguns mezes antes de procurar o hospital, apresentou diarrhéa, edema dos membros inferiores e ascite. A diarrhéa cedeu facilmente, persistindo edema e ascite, queixando-se tambem de cephalea. A constipação intestinal, após a cessação da diarrhéa, reapareceu como antigamente. Ao mesmo tempo, sentia muito cansaço e insomnia. Presença de circulação collateral. Tegumento cutaneo livre de lesões ulcerativas, em todo o corpo. Ganglios lymphaticos cervicaes, submaxillares e supraclaviculares palpaveis. Mucosas visiveis descoradas. Labios grossos e descorados. Soalho da bocca, bochechas, gengivas, abobada palatina e amygdalas normaes. Esophago normal. Após quasi tres mezes, o doente veio a fallecer em 10-7-933, com o diagnostico de cirrhose atrophica do figado, cujos signaes clinicos eram dos mais claros.

A autopsia (A. 6399) foi executada 6 horas depois da morte, sendo as alterações anatomo-pathologicas encontradas, resumidas no seguinte diagnostico:

Granuloma coccidioidico da glandula suprarenal esquerda. Fibrose dos pulmões. Bronchopneumonia. Cirrhose atrophica de Laënnec. Hydroperitoneo. Hydrothorax duplo. Esplenomegalia. Edema e hyperemia passiva dos pulmões. Atrophia parda do miocardio. Ankylostomose. Tricocephalose. Edema subcutaneo.

A glandula suprarenal esquerda, ao exame macroscopico, apresentava volume pouco augmentado, e continha na espessura uma formação nodular mal delimitada, constituida por substancia branca amarellada, de aspecto caseoso, não sendo reconhecida proliferação do tecido conjunctivo

em toda a espessura do órgão. A suprarenal direita era livre de taes alterações, apresentando sómente augmento de pigmentação da cortical.

Tanto o exame macroscopico como o microscopico, não revelaram, em nenhum outro órgão, aspecto semelhante ao que foi visto na suprarenal esquerda, tendo todos os órgãos sido examinados de modo minucioso, inclusive os ganglios lymphaticos, órgãos da bocca e intestino. O exame macroscopico dos pulmões revelou: Ambos os pulmões têm volume pouco augmentado, pesando o direito 530 grs. e o esquerdo 610 grs. A pleura é lisa e brilhante, em toda a extensão. Pela palpação, a crepitação é diminuida, não sendo percebida a existencia de nodulos. Ao córte, a superficie é de côr vermelha escura, humida, dando sahida por compressão, a liquido espumoso misturado a sangue. Na espessura do lobo superior de ambos os pulmões, no seu terço médio, encontram-se ligeiros fócios de proliferação do tecido conjunctivo, de coloração brancacenta, sendo que no pulmão direito, em relação com um desses fócios de fibrose, existe um pequeno nodule de coloração amarellada e de consistencia dura, porém não petrea.

As alterações encontradas nos restantes órgãos são as que existem habitualmente, em casos de cirrhose atrophica.

Realizando o exame microscopico, verificou-se que o aspecto apresentado pela suprarenal esquerda era consequente á localização alli, de uma lesão produzida por um cogumélo, o qual, pelos seus caracteres morphologicos, pode ser identificado ao *Coccidioides immitis*. De facto, as lesões se apresentam muito typicas, havendo producção de granulomas inflammatorios, muitas vezes confluentes, e attingidos por necrose de caseificação, mais ou menos extensa. O parasito mostra-se em quantidade assás abundante, quasi sempre contido em cellulas gigantes numerosas, e reproduzindo-se por gemulação. Os granulomas inflammatorios, além das cellulas gigantes cheias de parasitos, já referidas, apresentam cellulas lymphoides em numero elevado, bem como leucocytos polymorphonucleares neutrophilos e eosinophilos em pequeno numero. A proliferação conjunctiva é essencialmente discreta, parecendo tratar-se de lesões recentes, em plena evolução. Quanto á localização das lesões, em relação ás camadas da suprarenal, verifica-se que a camada medular é quasi inteiramente conservada, sendo o compromettimento maior ao nivel da cortical, de modo independente da zona compromettida. Em alguns córtes histologicos, junto á capsula da glandula que se mostra reularmente espessada, encontra-se uma pequena formação lymphoide, tambem attingida pelo mesmo processo inflammatorio. Fóra de tal formação, nenhuma outra lesão póde ser identificada ás lesões produzidas pelo *Coccidioides immitis*.

Nos pulmões, os córtes histologicos, feitos em grande numero e em regiões diversas, revelam fócios discontinuos de fibrose, ás vezes já com as-

pecto hyalino, não sendo, em nenhuma parte, encontrada lesão de caracter específico. Além desses focos de fibrose, notam-se ainda áreas de broncho-pneumonia e o quadro da hyperemia passiva e edema.

Na interpretação deste caso, ocorre-nos a seguinte hypothese, em vista da ausencia de lesões gangliares e mucosas.

A localização primaria da molestia ocorreu provavelmente, no apparelho respiratorio, em ponto não identificado, propagando-se aos pulmões sob a fórma de nodulos circumscriptos. Taes nodulos, ao contrario do que ocorre em casos semelhantes, tendendo sempre a progredir e ganhar zonas extensas do pulmão, soffreram regressão, deixando como *reliquat*, focos de fibrose, os quaes não mais pódem ser reconhecidos ou filiados a nenhum processo específico. Essa possibilidade aventada sobre a regressão da lesão do granuloma coccidioidico, constitue a nosso vêr, facto de real importancia, pois faz suppôr a possibilidade da cura expontanea de taes lesões, o que ainda não foi possível comprovar em casos da mesma doença. Por outro lado, a existencia de lesões coccidioidicas typicas em órgãos profundos, tal a suprarenal, sem comprometimento visivel do systema lymphatico, faz suppôr tambem a possibilidade da doença poder localizar-se em órgãos profundos, sem lesões evolutivas em estructuras relacionadas com a porta de entrada da infecção.

Tal conjuncto de aspectos encontrados, conforme acabamos de referir, póde, talvez em muitos casos rotulados de granuloma coccidioidico visceral, explicar o mecanismo de taes localizações, as quaes comprometteriam antes as estructuras pulmonares.

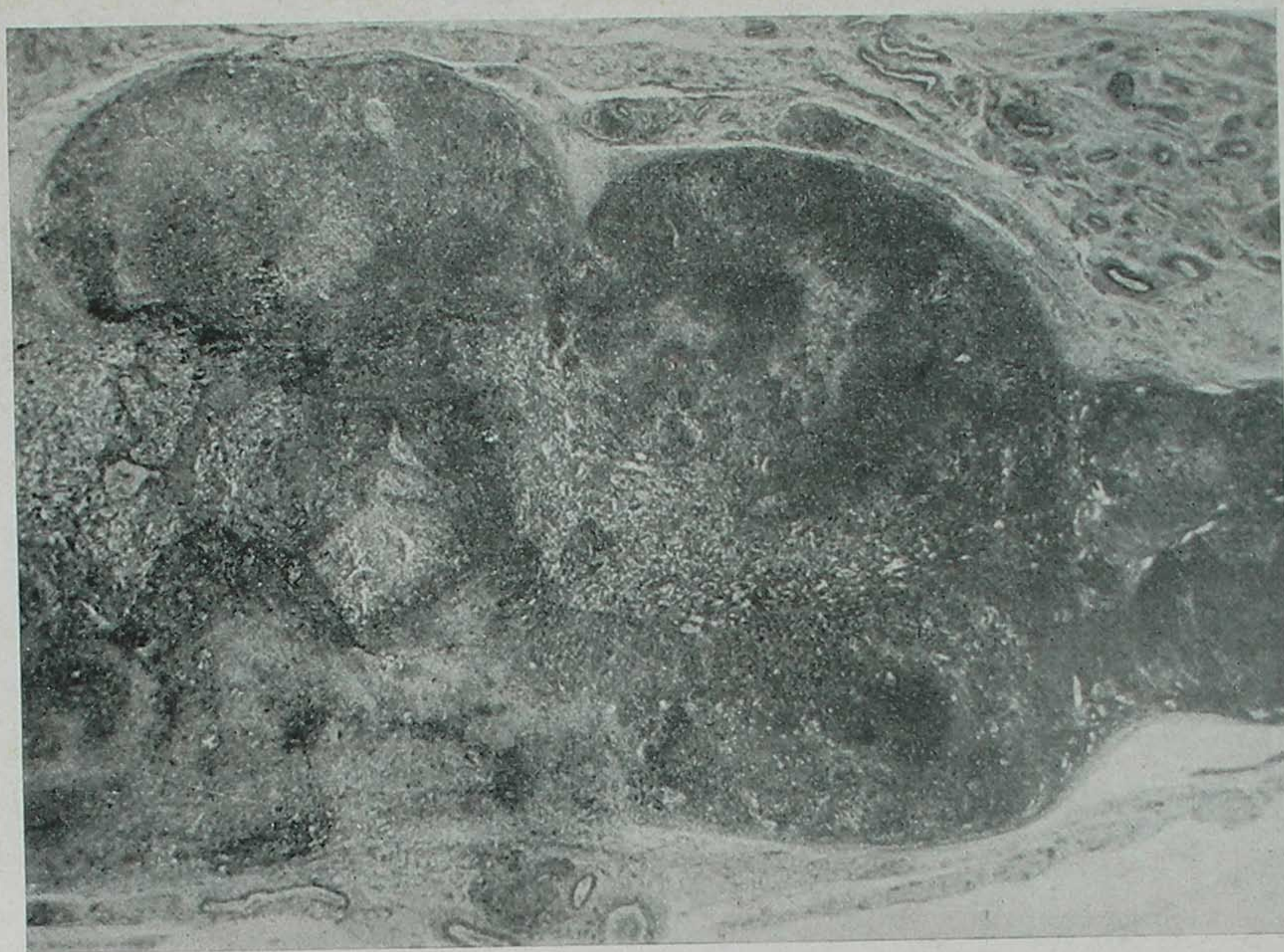


Fig. 1 — Córte de glandula suprarenal com fraco augmento, mostrando a distribuição das lesões.
Fig. 1 — Section of adrenal gland showing the distribution of the lesions.



Fig. 2 — Córte de glandula suprarenal. Nota-se a morfologia do *C. immitis*.
Fig. 2 — Section of adrenal gland. Morphology of *C. immitis*.

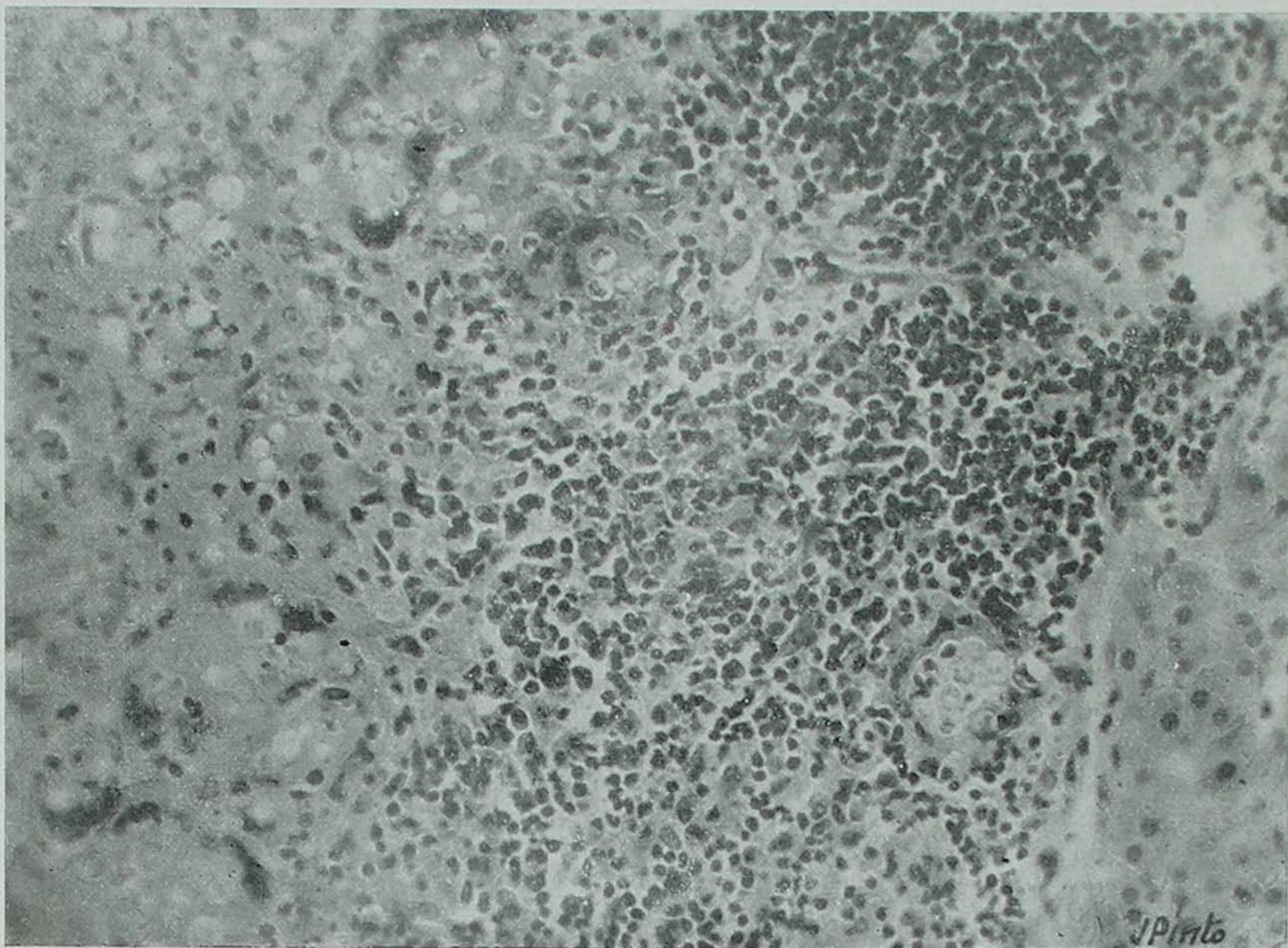


Fig. 3 — Córte de glandula suprarenal. Vê-se processo inflammatorio, com infiltração de elementos mononucleados e presença de cellulas gigantes cheias de parasitos.

Fig. 3 — Section of adrenal gland. Inflammatory process with infiltration of mononucleated elements, and presence of giant cells full of parasites.

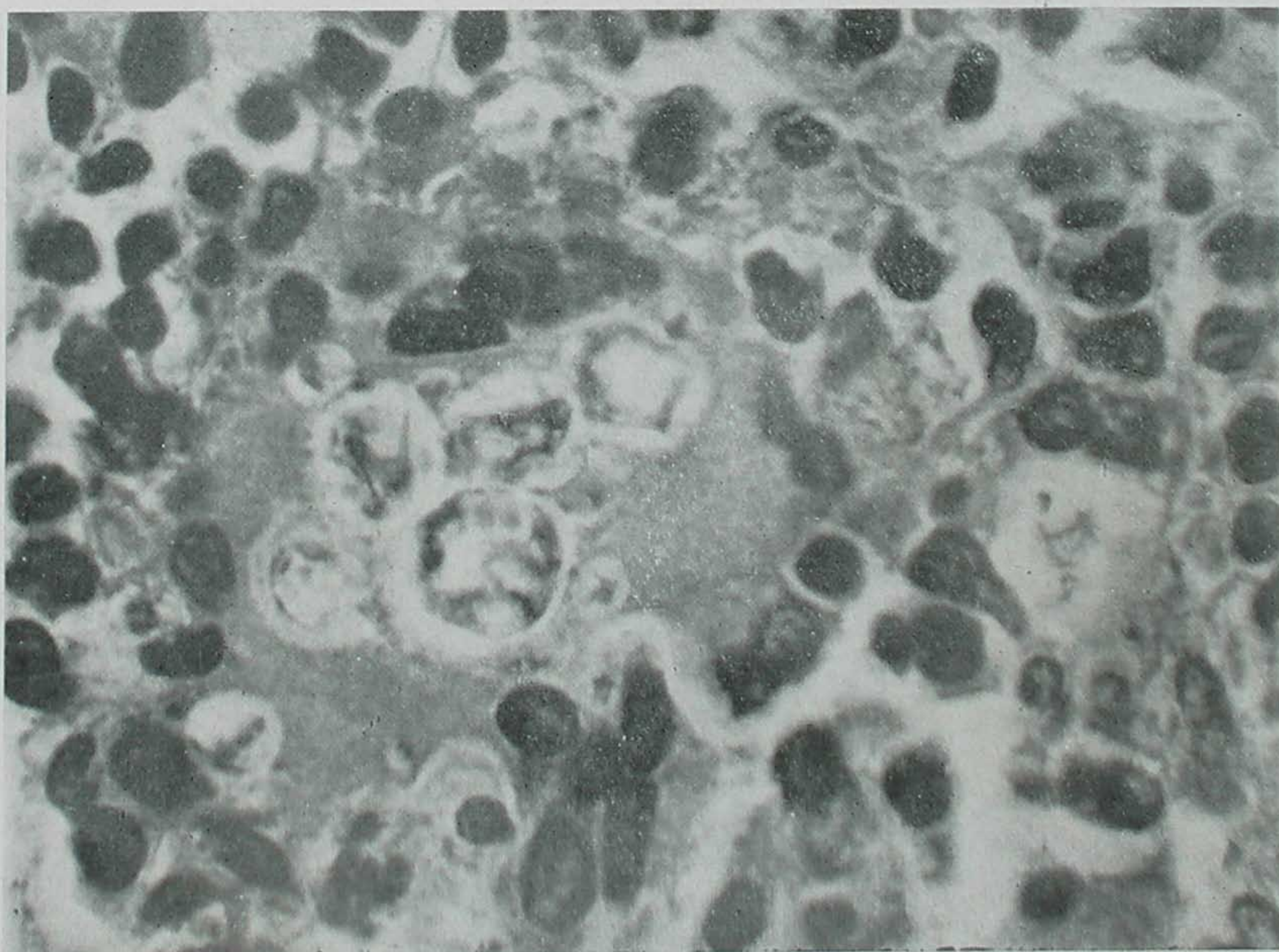


Fig. 4 — Córte de glandula suprarenal. Além do processo inflammatorio, verificam-se ainda, as formas typicas de reproducção do *C. immitis*.

Fig. 4 — Section of adrenal gland. Typical reproduction forms of *C. immitis*.

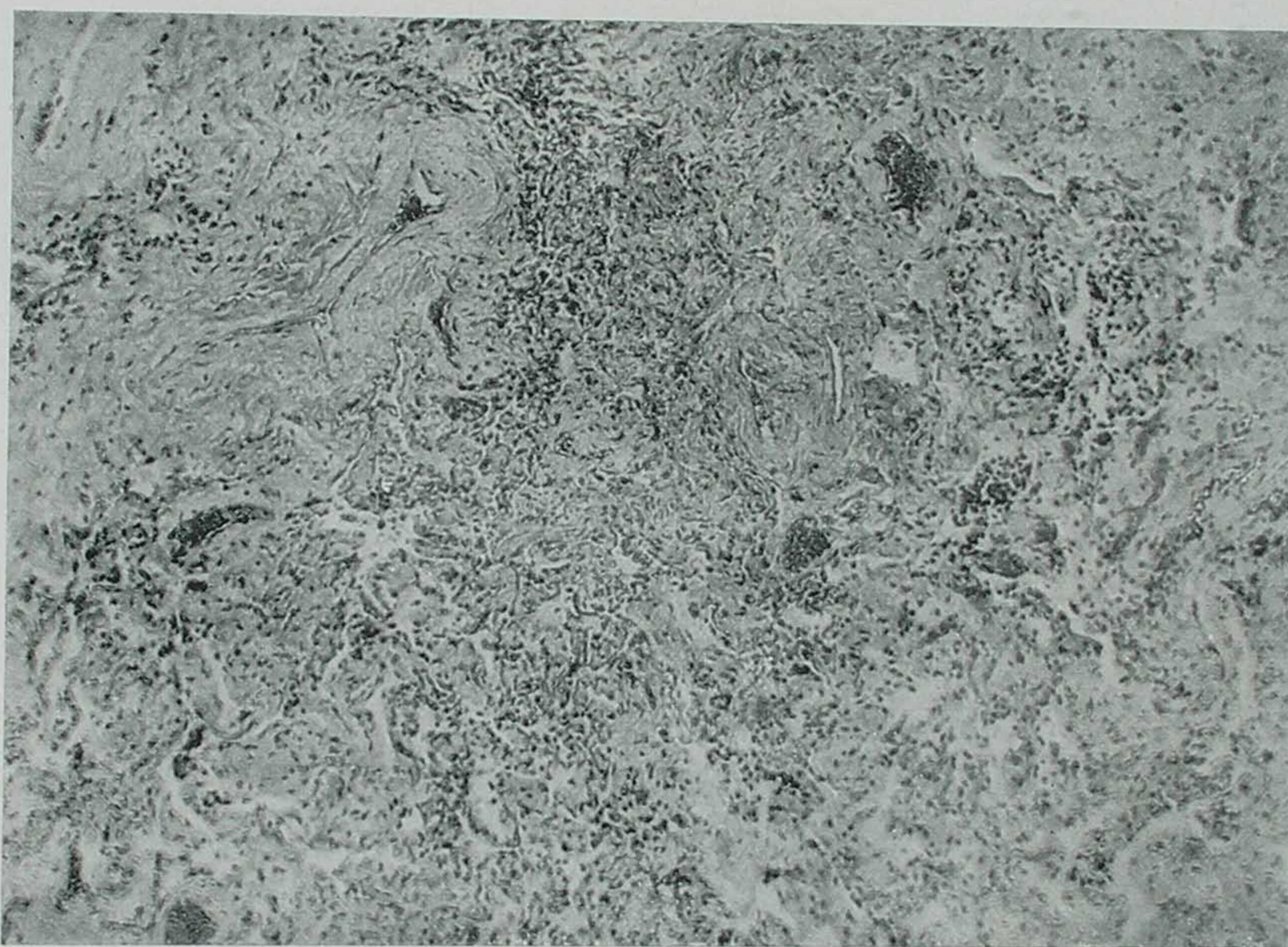


Fig. 5 — Córte de pulmão, com focos de fibrose e broncopneumonia banal.

Fig. 5 — Section of lung, with foci of fibrosis and common bronchopneumonia.