

CANDIDOSE ÚLCERO-VEGETANTE DA PERNA

Luis Carlos CUCÉ (1), Walter BELDA JÚNIOR (2) & Alberto SALEBIAN (3)

RESUMO

Os Autores apresentam caso de paciente portadora de lesão única, úlcero-vegetante, localizada no 1/3 inferior da perna direita, causada pela *Candida albicans*. Submetida à terapêutica com Ketoconazol na dose de 400 mg diários durante o primeiro mês de tratamento e 200 mg diários no segundo mês, evoluiu para cura, sem recidiva e com negatificação do título de anticorpos anti *Candida albicans* (fixação do complemento).

UNITERMOS: Candidíase humana — Lesão úlcero-vegetante da perna.

INTRODUÇÃO

Frequentemente a *Candida albicans* é encontrada de modo saprofítico na cavidade oral, trato gastro-intestinal e secreção vaginal^{2,4,9}. Esta levedura, entretanto, sob determinadas circunstâncias, é capaz de produzir diversos quadros clínicos, variando do envolvimento superficial da mucosa oral à infecção sistêmica fulminante^{1,5,9}. Os fatores que mais comumente predispõem à patogenicidade desta levedura são lesões teciduais secundárias à macerações, diabetes melitus descompensada linfomas, leucemias e neoplasias malignas, devendo-se considerar, também, o uso de antibióticos, corticosteróides, drogas antineoplásicas e radioterapia^{3,4,6,8}.

A forma úlcero-vegetante é variante pouco comum, causada principalmente pela *Candida albicans*, raramente observada em paciente adulto, portador de placa úlcero-vegetante única após o início da terapêutica.

Neste estudo relatamos casos de paciente adulto, portador de placa úlcero-vegetante única,

causada pela *Candida albicans*, localizada na perna, e que não apresentava anormalidades imunológicas, tendo evoluído para cura total, sem recidiva do quadro, após terapêutica com Ketoconazol.

Caso clínico

L.P.M., 66 anos, branca, feminina, natural de São Paulo, prendas domésticas, registro HC-230 1311H.

Há 6 meses placa infiltrada, úlcero-vegetante, bem delimitada, com numerosas pústulas na superfície, localizada na face antero-lateral do 1/3 inferior da perna direita (Fig. 1) tendo sido medicada anteriormente com prednisona, ampicilina, rifampicina, iodeto de potássio e infiltrações intralesionais de triancinolona, sem melhora clínica.

Exames Complementares

Intradermoreação de Montenegro: negativa;

Trabalho realizado na Divisão de Clínica Dermatológica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HC/FMUSP) — (Serviço do Prof. Dr. Sebastião A. P. Sampaio). Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 255. CEP 05403 São Paulo, SP, Brasil

(1) Docente da Divisão de Clínica Dermatológica do HC/FMUSP

(2) Auxiliar de Ensino da Divisão de Clínica Dermatológica do HC/FMUSP

(3) Biólogo Micologista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo e do Departamento de Medicina Tropical e Dermatologia do HC/FMUSP

intradermoreação de esporotriquina: negativa; PPD: nódulo de 5mm; intradermoreação à levedurina: nódulo de 10mm; intradermoreação variedase: nódulo de 5mm; intradermoreação à tricofitina: nódulo de 8mm; glicemia: normal.

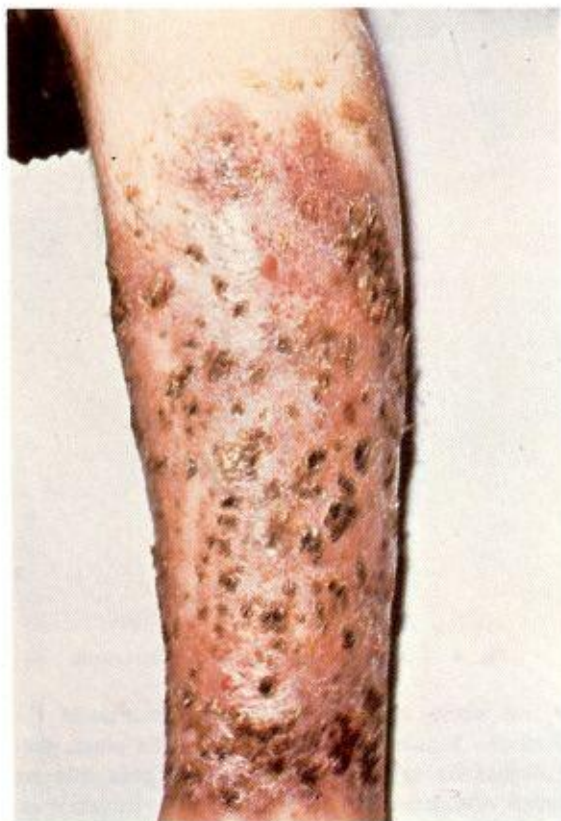


Fig. 1 — Aspecto da lesão antes do tratamento

Exame micológico direto da lesão (KOH): positivo para pseudofilamentos de levedura.

Cultura em ágar fubá + Tween 80: positivo para clamidosporos = *Candida albicans*.

Exame histopatológico da lesão cutânea: Fragmento de pele com hiperqueratose e paraqueratose, hipo e hipergranulose, acantose irregular, discreta hiperplasia da epiderme, espongirose, vacuolização focal da epiderme. A derme superior apresenta formação de microabscessos e áreas de necrose afetando epiderme com denso infiltrado linfo-histioplasmocitário. Pesquisa de fungos pelo PAS resultou negativa. Processo inflamatório crônico inespecífico com formação de microabscesso (Fig. 2).

Pesquisa de anticorpos anti *Candida albicans* — Fixação de complemento (micrométodo) = 1/16 em 01.03.84 e negativo em 19.04.85, após a cura. Reações de imunodifusão e contra imunoelectroforese negativas (Laboratório de Mico-Sorologia do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo — Serviço do Prof. Carlos da Silva Lacaz).

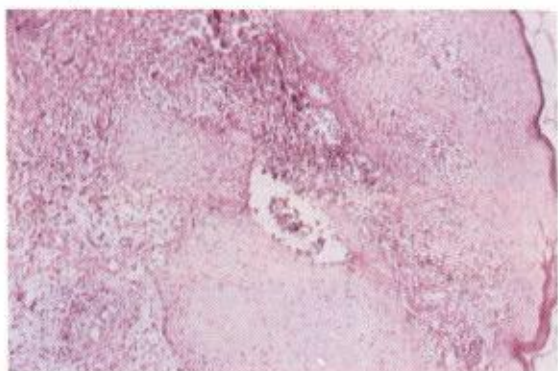


Fig. 2 — Exame histopatológico da lesão cutânea. (100 x)

Inoculou-se 0,2 ml da cultura de *Candida albicans* em suspensão salina, isolada da própria paciente, na veia marginal da orelha de coelho branco adulto, pesando 4 kg, com sacrifício do animal no 7.^o dia após a inoculação.

Exame micológico direto (KOH) do rim do coelho: positivo para pseudo-filamentos de levedura.

Exame histopatológico do rim do coelho: parênquima renal com focos de exsudação neutrofílica e restos celulares em meio ao qual se observam hifas de fungos, melhor evidenciadas ao PAS; alargamento fibroso do interstício renal e tubulos dilatados, e por vezes com cilindros hemáticos na sua luz (Figs. 3 e 4).

Evolução

A paciente foi submetida à terapêutica com Ketoconazol 400 mg ao dia por 30 dias, sendo a dose reduzida para 200 mg ao dia durante o segundo mês de tratamento, tendo apresentado regressão total da lesão e negatificação dos títulos de anticorpos anti *Candida albicans* (fixação de complemento), não tendo apresentado recidiva do quadro durante o período de

um ano e meio de seguimento ambulatorial (Fig. 5).

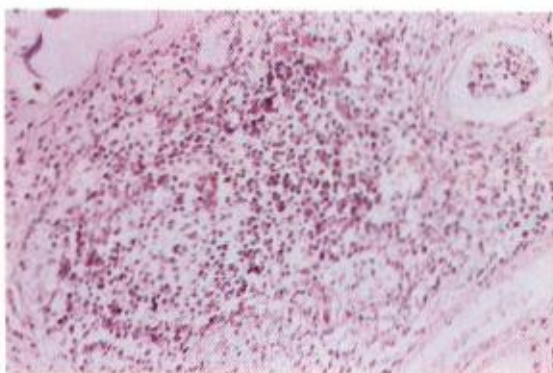


Fig 3 — Exame histopatológico do rim do coelho. (Hematoxilina-eosina — 100 x)

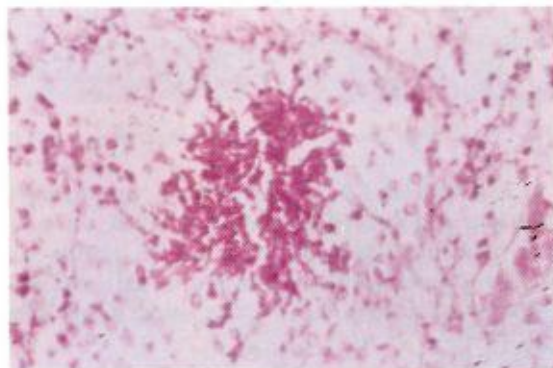


Fig. 4 — Exame histopatológico do rim do coelho. (PAS — 100 x)

COMENTÁRIOS

O caso apresentado mostra alguns fatos novos em relação à candidíase cutânea na sua forma úlcero-vegetante. Primeiramente por ter a doença se iniciado em paciente idosa. Outra fato é que a lesão ficou localizada, restrita à perna da paciente, a qual não apresentava nenhuma outra manifestação tegumentar de candidíase, bem como nenhum sinal clínico laboratorial de envolvimento visceral. Sob o ponto de vista imunológico a doente se comportou como fonte reatora, como a maioria das intradermoreações demonstrou.

A reação de fixação de complemento com baixo título (1/16) também é um dado que reforça forma localizada da doença. Finalmente, a localização da placa granulomatosa também

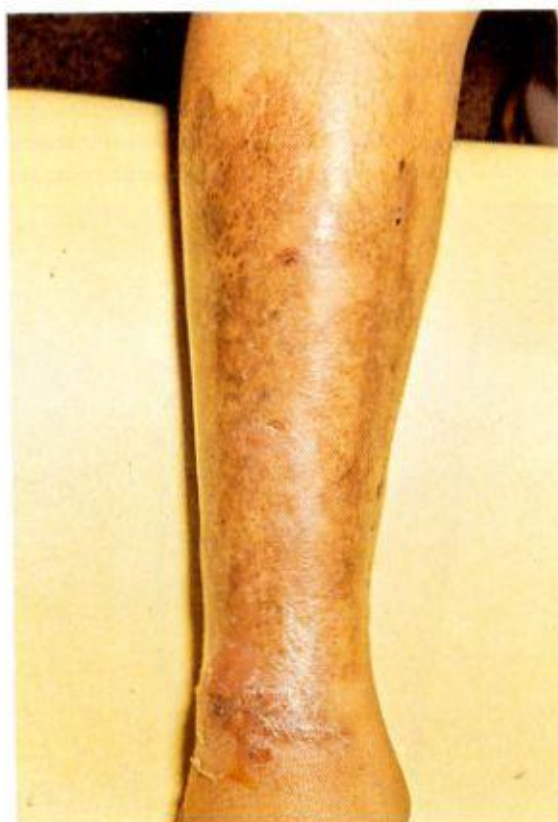


Fig. 5 — Aspecto da lesão após o tratamento

é um dado que reforça forma localizada da doença. Finalmente, a localização da placa granulomatosa também foi anômala, pois que as áreas comumente afetadas como intertrigos, mucosas, face, etc., estavam poupadas.

Entretanto, este caso não deixou nenhuma dúvida diagnóstica, pois os exames clínico-laboratoriais e a resposta terapêutica específica foram conclusivos.

SUMMARY

Vegetant ulcer of the leg by *Candida albicans*

A case of ulcerative and vegetative cutaneous candidiasis as a single lesion, localized on the inferior third of right leg is presented

This type of manifestation determined by *C. albicans* is unusual. This agent was isolated and identified "in vivo" and "in vitro", and the anti-*C. albicans* antibody title was determined and identified "in vivo" and "in vitro", and dose of the Ketoconazole treatment in the first

month which was reduced to 200mg daily dose in the second month. The lesion cured completely without its posterior relapse. The anti *C. albicans* antibody became negative.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. DOBIAS, B. — Moniliasis in pediatrics. *J. Dis Child.*, 94: 234-251, 1957.
2. DRAVE, T. E. & MAIBACH, H. I. — Cutaneous candidiasis. In: ROBINSON JR., H. M. — *The diagnosis and treatment of fungus infections*. Springfield, Charles C. Thomas, 1974. p. 5-28.
3. KATZ, M. E. & CASSILETH, P. A. — Disseminated candidiasis in a patient with acute leukemia. Successful treatment with miconazole. *J. Amer. med. Ass.*, 237: 1124-1125, 1977.
4. LACAZ, C. S. — *Candidíases*. São Paulo, E.P.U.; EDUSP, 1980.
5. LOURIA, D. B.; STIFF, D. P. & BENNETT, B. — Disseminated moniliasis in the adult. *Medicine*, 41: 307-337, 1962.
6. MESER, J. & FRETER, R. — Effects of antibiotics on susceptibility to oral infection with *Candida albicans*. *Bact. Proc.*, 60: 98-101, 1960.
7. NEWCOMER, V. D.; LANDAU, J. W.; LEHMAN, R.; DABROWA, N. & FUJIWARA, A. — *Candida granuloma*. *Arch. Derm.*, 93: 149-161, 1966.
8. SEELIG, M. S. — The role of antibiotic in the pathogenesis of candida infections. *Amer. J. Med.*, 40: 887-891, 1966.
9. WINNER, H. I. & HURLEY, R. — *Candida albicans*. London, J. & A. Churchill, 1964. p. 306.

Recebido para publicação em 29/08/85.