

ZIGOMICOSE NASOFACIAL. RELATO DE UM CASO DO ESTADO DO PARÁ, BRASIL

Mário A. P. MORAES (1), Margarida M. R. ALMEIDA (1), Regina Cell C. VEIGA (2) & Fernando T. SILVEIRA (1).

RESUMO

Um caso de zigomicose nasofacial, causado por *Conidiobolus coronatus*, é descrito em paciente de 64 anos, do sexo feminino, procedente de Barcarena, Estado do Pará. Trata-se de doença rara na Região Norte do país - a maioria dos casos brasileiros tem sido registrada em Estados da Região Nordeste -, e o achado confirma a ocorrência do agente no Estado do Pará. A resposta ao iodeto de potássio, droga administrada à paciente, logo após a comprovação do diagnóstico pelo isolamento do fungo, foi boa, com resolução parcial das lesões em algumas semanas. A paciente continua ainda em tratamento, tendo-se associado o itraconazol ao iodeto.

UNITERMOS: Zigomicose nasofacial; Rinoentomoforomicose; Entomoforomicose rinofacial; Conidiobolomicose; Entomoforomicose conidiobolae; *Conidiobolus coronatus*.

INTRODUÇÃO

A zigomicose nasofacial ou rinoentomoforomicose é doença fúngica subcutânea, causada por *Conidiobolus coronatus* (Constantin) Batko, 1964, microrganismo saprófita do solo - onde vive à custa de detritos vegetais -, mas também capaz de parasitar várias espécies de artrópodos. No homem, a lesão primária ocorre na mucosa nasal - provável porta de entrada do fungo -, sob a forma de infiltração difusa ou pólipos, que impedem a passagem do ar. Desse local a infecção se propaga para os tecidos adjacentes do nariz e da face (zigomicose centrofacial), e, algumas vezes, para o nasofaringe e seios paranasais. Não há comprometimento maior da pele - é difícil ocorrer ulceração -, embora o edema determinado pela inflamação possa se estender para a frente, zigomas e lábios, desfigurando o rosto do paciente.

O primeiro caso humano, devidamente comprovado pela cultura do agente, foi descrito por BRAS et

al.³, da ilha Grande Caimã, nas Antilhas. A maioria dos casos hoje conhecidos, entretanto, tem sido oriunda da África, principalmente da Nigéria. AN-DRADE et al.¹ referiram o primeiro caso brasileiro, encontrado no Estado da Bahia. LACAZ et al.⁶ relacionaram os casos de entomoforomicoses registrados no Brasil até 1988, e da lista constavam apenas dez provocados por *C. coronatus*, a maioria procedente da Bahia. Recentemente, mais nove casos foram referidos, em pacientes dos Estados do Pará, Maranhão e Piauí^{4,5,7}.

No presente trabalho, ao lado da descrição de um novo caso dessa rara micose, fica confirmada a existência do fungo no Estado do Pará. Deve-se mencionar que a presença do outro tipo de zigomicose conhecido, a basidiobolomicose, causada por *Basidiobolus ranarum*, na forma gastrintestinal, já fora também verificada nesse Estado (DIAS, L. B. - Informação pessoal).

(1) Instituto Evandro Chagas - MS/FNS - Belém, Pará, Brasil.

(2) Hospital Natal de Belém, Belém - Pará, Brasil.

Endereço para correspondência: Mário A. P. Moraes. Instituto Evandro Chagas. Caixa Postal 1128. 66090-000 Belém, Pará, Brasil.



Fig. 1 - Zigomicose nasofacial: nódulos mal delimitados e edema deformam a face da paciente.

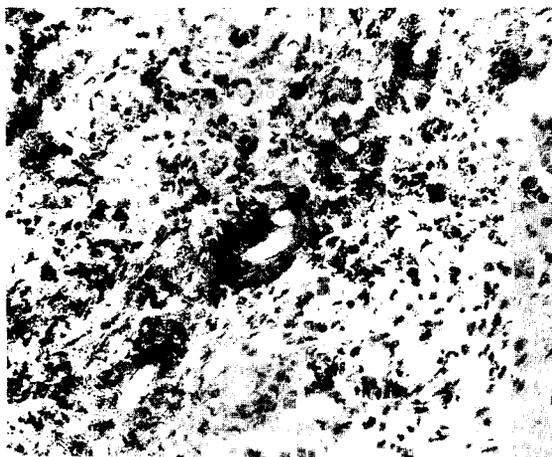


Fig. 2 - Corte histológico do pólipos nasal: secção longitudinal de hifa sem citoplasma, rodeada pelo material eosinofílico de Hoeppli-Splendore. 100x.

RELATO DO CASO

M. N. S. M., 64 anos, sexo feminino, natural do município de Acará, mas procedente da cidade de Barcarena, onde reside há mais de oito anos. No início de fevereiro de 1993, com queixa de obstrução nasal, foi ela operada de um pólipos da mucosa do nariz. O material enviado para exame histológico não teve um resultado conclusivo. Apesar da intervenção cirúrgica, a dificuldade respiratória persistiu, ao mesmo tempo em que o processo inflamatório se estendia a todo o

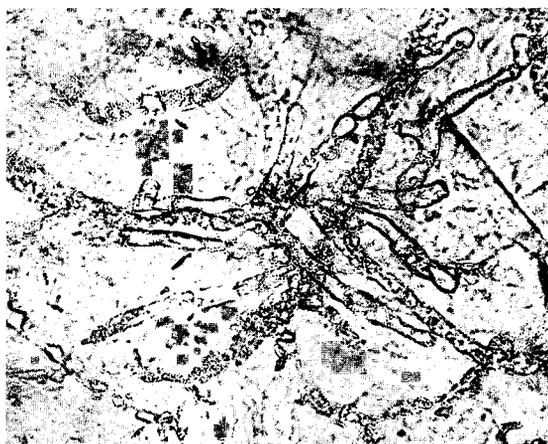


Fig. 3 - Fragmento da mucosa nasal em salina: hifas cenocíticas, algumas vazias, no seio dos tecidos. 100x.

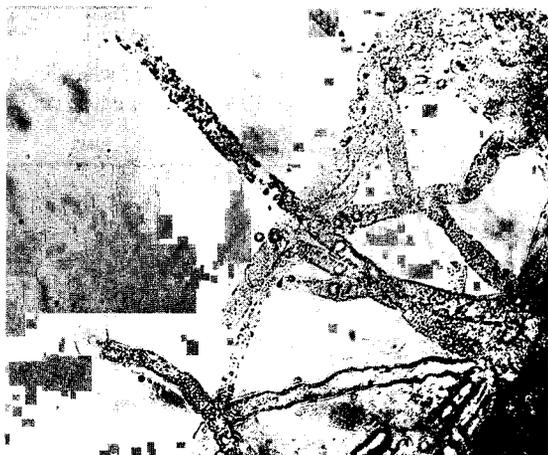


Fig. 4 - Fragmento da mucosa nasal em salina: hifas crescendo para fora dos tecidos. 100x.

nariz e ao tecido subcutâneo da face, comprometendo as regiões malaras, fronte e o lábio superior. Massas arredondadas, duras e mal delimitadas, podiam ser percebidas à palpação, nas áreas afetadas. Em consequência, houve alteração profunda dos traços fisiológicos da paciente.

No dia 20 de abril de 1993, procurou novamente um otorrinolaringologista, que lhe fez várias biópsias, retirando fragmentos da mucosa nasal e da pele do nariz. Esse material serviu para a pesquisa direta do agente, exame histopatológico e cultivos em meio de ágar Sabouraud.

O exame a fresco de dois fragmentos obtidos da

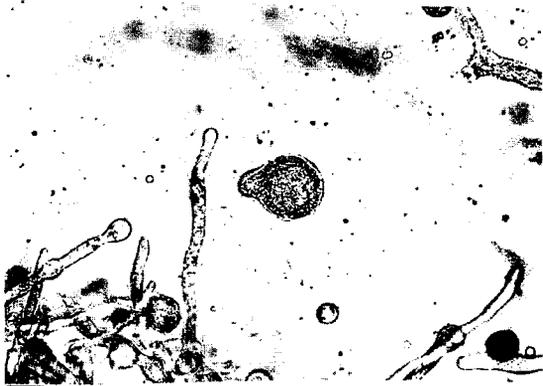


Fig. 5 - Cultura em lâmina do fungo: conídio primário com papila de forma arredondada. 100x.

mucosa nasal revelou a presença de longas hifas cenocíticas, algumas crescendo mesmo para além da superfície dos tecidos. Os fragmentos haviam ficado em salina estéril por mais de 24 horas, à temperatura ambiente, o que explicaria o crescimento das hifas.

Nos cortes da pele, microscopicamente, observou-se apenas um infiltrado denso de leucócitos eosinófilos e grupos de histiócitos epitelióides; nenhum parasito pôde ser encontrado. Entretanto, um novo estudo do pólipo retirado anteriormente mostrou que o fungo estava presente nos cortes, com as hifas caracteristicamente cercadas por um halo eosinofílico - a substância de Hoeppli-Splendore. Curiosamente, o número de eosinófilos no estroma não era importante, como referido em outros casos.

Os cultivos tornaram-se positivos no 4º dia após a semeadura; as colônias, a princípio lisas, logo ficavam cobertas por um micélio aéreo, branco e curto, que parecia avançar pelas paredes do tubo. O aspecto microscópico era típico de *C. coronatus*: hifas largas e irregulares, e grandes conídios com papila de forma arredondada; alguns deles exibiam coroa de conídios secundárias ao seu redor. Não foram encontrados zigosporos.

O tratamento instituído, pelo iodeto de potássio, na dose máxima de três gramas por dia, determinou, em algumas semanas, regressão considerável das lesões. Após três meses, no entanto, como persistisse inalterada a infiltração difusa do lábio superior e do nariz, associou-se o itraconazol ao iodeto, medicação ainda não interrompida. Assinale-se que a paciente não era diabética.

COMENTÁRIOS

A zigomicose nasofacial - que deveria receber o nome de conidiobolomicose, relativo ao gênero da espécie causadora - é doença rara no Brasil, com frequência mais elevada na Região Nordeste. BITTENCOURT², em 1988, relacionou 17 casos brasileiros, dos quais apenas cinco haviam sido confirmados pelo cultivo do fungo. Com exceção de um, todos eram provenientes de Estados do Nordeste: Bahia (6), Pernambuco (3), Maranhão (3), Ceará (2) e Rio Grande do Norte (2). O presente caso vem confirmar a existência do fungo no Estado do Pará, sendo ele o segundo do município de Barcarena.

O resultado negativo das lesões cutâneas, à histopatologia, pode ser atribuído ao fato de as biópsias não terem atingido a hipoderme, camada em cujos tecidos o agente se desenvolve na superfície do corpo. Como as lesões fossem doloridas, tornou-se difícil a realização de biópsias com a profundidade adequada.

Interessante foi o achado de numerosas hifas cenocíticas em fragmentos da mucosa nasal que haviam sido deixados em salina estéril. Nos cortes histológicos do pólipos não eram elas tão abundantes assim, de modo que tal achado refletia, sem dúvida, o desenvolvimento de elementos hifais após a retirada do material.

Não se descobriu qualquer lesão cutânea, na face da doente, que assinalasse um possível ponto de penetração do fungo nos tecidos; levando-se em conta, por outro lado, o início da doença por espessamentos polipóides nas paredes das fossas nasais, é fácil admitir-se que o agente da infecção deve ter primeiro invadido a mucosa dessas cavidades. A paciente não era diabética, e os fatores que levaram o fungo a se instalar nesse local permanecem ainda desconhecidos.

SUMMARY

Nasofacial zygomycosis: case report from Pará, Brazil.

A case of nasofacial zygomycosis in a 64-year-old female patient from Barcarena, State of Pará, is reported. This is the second time that the disease is recognized in Northern Brazil. The diagnosis was initially suspected by the direct observation of broad coenocytic hyphae in biopsy specimens of the nasal cavity mucosa. Later, the cause of the disease was confirmed by the

mycological and histopathological findings. Rapid response to the therapy with potassium iodide was achieved, without however a complete resolution of the lesions. The patient still remains under treatment, with itraconazole and iodide.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ANDRADE, Z. A.; PAULA, L. A.; SHERLOK, I. A. & CHEEVER, A. W. - Nasal granuloma caused by *Entomophthora coronata*. *Amer. J. trop. Med. Hyg.*, 16: 31-33, 1967.
2. BITTENCOURT, A. L. - Entomofloromicoses. Revisão. *Med. Cut. ibero Lat.-amer*, 16: 93-100, 1988.
3. BRAS, G.; GORDON, C. C.; EMMONS, C. W.; PRENDEGAST, K. M. & SUGAR, M. - A case of phycomycosis observed in Jamaica; infection with *Entomophthora coronata*. *Amer. J. trop. Med. Hyg.*, 14: 141-145, 1965.
4. COSTA, A. R.; PORTO, E.; PEGAS, J. R. et al. - Rhinofacial zygomycosis caused by *Conidiobolus coronatus*. A case report. *Mycopathologia* (Den Haag), 115: 1-8, 1991.
5. FONSECA, A. P. M.; FONSECA, W. S. M.; LEAL, M. J. S. & ARAÚJO, R. C. - Rinoentomofloromicose; relato de quatro casos. *An. bras. Derm.*, 64: 261-265, 1989.
6. LACAZ, C. S.; PORTO, E. & MARTINS, J. E. C. - Micologia médica, 8 ed. São Paulo, Sarvier, 1991.
7. TEIXEIRA, J. A. M.; AZULAY JR., C. A. L.; NETO, D. R. S. et al. - Entomofloromicose no Estado do Maranhão: estudo de 4 casos. In: CONGRESSO DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA TROPICAL, 29., Fortaleza, 1993. Resumo. p. 272 (r. 399).

Recebido para publicação em 20/07/1993.

Accito para publicação em 19/08/1993.