

CALCIFICAÇÕES INTRA-ABDOMINAIS NA BLASTOMICOSE SUL-AMERICANA

Cássio Ruas de MORAES (1)

RESUMO

A ocorrência de calcificações como manifestação da blastomicose sul-americana é uma eventualidade raramente citada na literatura. Dois casos são relatados em que calcificações intra-abdominais pontilhadas difusas foram observadas em pacientes portadores da forma linfático-visceral da moléstia e documentadas radiologicamente. Em um dos casos foi demonstrado o aparecimento das calcificações durante a evolução do quadro mórbido. São tecidos comentários sobre a possível natureza dessas calcificações.

INTRODUÇÃO

A ocorrência de calcificações intra-abdominais em pacientes portadores de blastomicose sul-americana é um fato raro, tendo porém já sido relatado na literatura brasileira. CUNHA & col.³ em 1966 descreveram o caso de um paciente de 16 anos, portador da forma linfático-visceral da blastomicose sul-americana cujas radiografias simples do abdôme mostravam calcificações granulares de ambos os lados na altura compreendida entre a 12.^a vértebra dorsal e a 3.^a lombar. Segundo BARBOSA², em sua tese de livre-docência, outro caso de calcificações ganglionares intra-abdominais na blastomicose foi descrito por ROCHA & col. no mesmo ano, em 1966.

Tivemos oportunidade de observar dois casos recentes de pacientes do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto que apresentaram esse tipo de manifestação associada à blastomicose sul-americana, os quais passamos a relatar.

DESCRIÇÃO DOS CASOS

CASO I — L.P.O., rg. 65.330, de 8 anos, branco, masculino, procedente de Ri-

beirão Preto. Atendido em 31/1/1966 com história de "caroços" no pescoço havia 6 meses. Não apresentava outras queixas. Nos antecedentes, 3 anos antes, havia sido internado em outro hospital quando foi feito o diagnóstico de blastomicose sul-americana, com parasitas encontrados em biopsia de fígado, baço, gânglios linfáticos e reto. Foi esplenectomizado na ocasião, revelando o exame anátomo-patológico intensa fibrose e parasitas mortos no baço. Durante os 6 meses de internação foi tratado com anfotericina B, sulfas e corticóides. Após a alta hospitalar, abandonou a medicação logo em seguida, tendo passado bem até notar o aparecimento dos nódulos no pescoço. Ao exame físico, era uma criança emagrecida, medindo 1,22 m de altura, pesando 23,8 kg e com 37°C de temperatura. Apresentava adenopatia submandibular, cervical e axilar bilateralmente, mas sem flutuação ou fistulização. O aparelho cárdio-respiratório não apresentava alterações dignas de nota e o abdôme mostrava cicatriz cirúrgica supra-umbilical, fígado a 2 dedos do reborbo e baço não palpável.

Entre os exames complementares, uma biopsia de gânglio linfático revelou *Paracoccidioides brasiliensis*. O exame parasito-

Trabalho do Serviço de Radiologia, Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto

(1) Professor-assistente de Radiologia, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil

lógico de fezes foi negativo. Radiografia do tórax em 15/2/1966 mostrou adenopatia hilar. O abdôme simples em 13/4/1966 era normal (Fig. 1) e o trânsito intestinal realizado no mesmo dia evidenciou presença de *Ascaris lumbricoides*, sem outras anormalidades. Foi tratado com sulfadiazina e dieta hiperprotéica, tendo alta melhorado, para ser seguido em ambulatório.

Segunda internação em 29/2/1968 por apresentar diarréia com muco e sangue havia 1 mês, chegando a 20 evacuações diárias. Queixava-se também de dor no quadrante inferior esquerdo do abdôme. Os hábitos intestinais eram sempre irregulares, com fezes pastosas, 4 a 5 vezes por dia, desde a alta em 1966. Apresentava-se esporadicamente ao ambulatório nesse intervalo, tendo a prescrição de sulfadiazina sido mantida, apesar do tratamento ser feito de forma irregular pela precaridade das condições sócio-econômicas do paciente.

O exame físico revelou mau estado geral, com 20 kg de peso e 1,36 m de altura, adenopatia generalizada, fígado a 2 dedos do rebordo costal e abdôme flácido, indolor à palpação. O aparelho cárdio-respiratório e o sistema nervoso não apresentavam anormalidades.

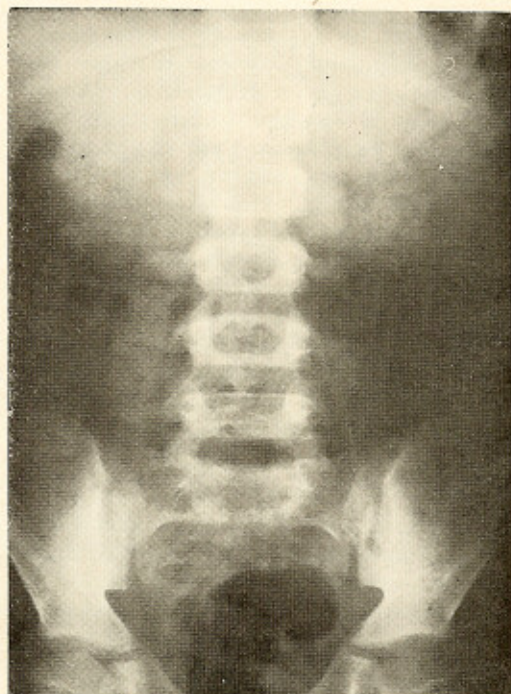


Fig. 1 — Caso I: radiografia simples do abdôme obtida durante a 1.ª internação; não se notam anormalidades.

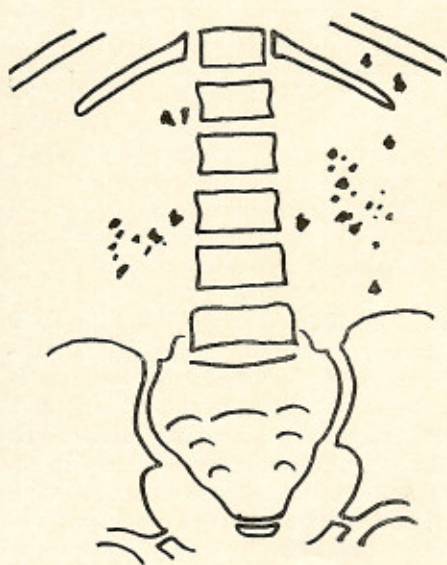
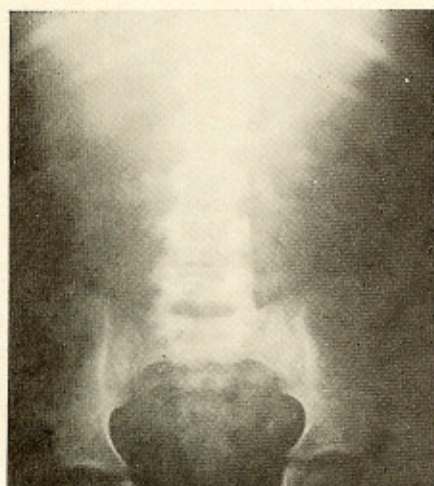


Fig. 2 — Caso I: Radiografia simples do abdôme e diagrama, mostrando calcificações pontilhadas em ambos os lados na região mediana do abdôme. Radiografia tomada durante a 2.ª internação. Reprodução fotográfica não traduz fielmente achados da radiografia que são representados no diagrama.

Exame reto-sigmoidoscópico em 4/4/1968 revelou estenose do reto com mucosa hiperemiada e sangrando facilmente ao toque, com abundante secreção mucopurulenta. Análise dessa secreção mostrou presença do *Paracoccidioides brasiliensis*. Várias culturas de escarro foram negativas. A radiografia do tórax de 4/3/1968 era normal. Abdôme simples em 12/3/1968 mostrou calcificações puntiformes difusas no abdôme, principalmente na região mediana (Fig. 2). O trânsito intestinal nesse mesmo dia mostrou aspecto sugestivo de mal-absorção e *Ascaris lumbricoides*. Urografia excretora em 19/3/1968 era normal e o enema opaco feito logo a seguir mostrou alterações difusas dos cólons. Em tôdas as radiografias havia evidência de osteoporose.

Foi tratado com dieta hiperproteica sem resíduos, sulfadiazina e complexo B, tendo recebido uma série de tratamento antibiótico (cloranfenicol) e outra de anfotericina B. Nas últimas semanas de internação passou a dieta geral e teve alta em 24/5/1968, tendo ganho pêso e debelado a diarreia. Seguido em ambulatório até 8/8/1968, quando passava bem e continuava a medicação. Não retornou mais a ambulatório depois dessa data.

Comentários — Segundo a história acima, a moléstia prosseguiu em sua evolução no intervalo entre as duas internações, apesar do tratamento prescrito, devido a impossibilidade do paciente levá-lo a término. Durante êsse intervalo desenvolveram-se os depósitos intra-abdominais de cálcio radiologicamente visíveis: quando da 1.^a internação a radiografia simples do abdôme era normal; a radiografia obtida durante a 2.^a internação mostrou a presença do cálcio.

CASO II — D.G.O., rg. 105.545, de 9 anos, branco, masculino, procedente de Cásia, Minas Gerais. Atendido no ambulatório em 24/11/1969. Apresentava desânimo, anorexia, emagrecimento e dores abdominais havia 2 anos, acompanhados de febre baixa. 4 meses antes da consulta notou aparecimento de nódulo indolor na face lateral esquerda do pescoço, que aumentou de volume e depois de 2 meses fistulizou. Houve acentuada piora da sintomatologia no último mês, tendo recebido transfusões de sangue em outro hospital, sendo, a seguir, encaminhado a

êste hospital para avaliação. Durante êsse período negava diarreia, mas ultimamente vinha evacuando fezes escuras, tipo "bôrra de café". Nos antecedentes, apresentava apenas as doenças comuns da infância.

Ao exame físico, paciente emagrecido e pálido, pesando 23,3 kg com 1,23 m de altura e temperatura de 37,2°C. No lado esquerdo do pescoço havia crosta linear úmida e inúmeros gânglios palpáveis, não dolorosos, na região submandibular e pescoço. Tinha edema discreto dos membros inferiores. O aparelho cárdio-respiratório não apresentava alterações e o abdôme mostrava-se distendido, com sinais de ascite, parede tensa, doloroso à palpação profunda, o que dificultava palpação do fígado, baço ou de eventuais massas abdominais.

Dos exames complementares, o de fezes revelou *Strongyloides stercoralis* e ancilostomídeos, e o hemograma mostrou desvio para a esquerda e eosinofilia. *Paracoccidioides brasiliensis* foi demonstrado no material drenando pela fístula do pescoço. Radiografia do tórax era normal em 27/11/1969. Trânsito intestinal em 28/11/1969 mostrou calcificações intra-abdominais difusas nas radiografias simples preliminares (Figs. 3 e 4) e rigidez com espessamento de paredes de algumas alças intestinais no estudo contrastado.

Não houve seguimento dêste paciente por ter êle deixado de comparecer às consultas subseqüentes.

DISCUSSÃO

Calcificação patológica pode ocorrer em tecidos necrosados ou em degeneração nas localizações mais variadas do organismo humano. Mais comumente ocorrem em áreas de necrose tuberculosa, em vasos sanguíneos na arteriosclerose, em áreas de degeneração ou necrose gordurosa, na tireóide em degeneração, em tumores necrosados e em muitos outros. Entre as micoses, é comum o depósito de cálcio na histoplasmose e na coccidioidomicose. Não há necessidade de que o cálcio sanguíneo esteja elevado para que o depósito se faça, parecendo êste estar relacionado antes a alteração das condições locais do tecido. Alcalinidade local em relação a tecidos adjacentes e aumento da atividade local da fosfatase têm sido referidos como possíveis fatores contributivos¹.

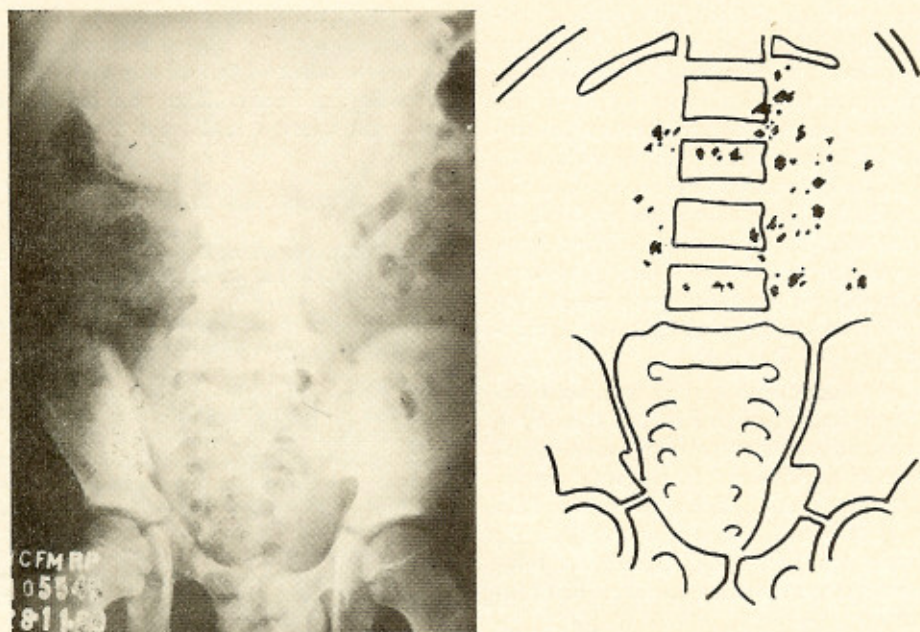


Fig. 3 — Caso II: Radiografia simples do abdôme e diagrama, evidenciando calcificações semelhantes às da Fig. 2.

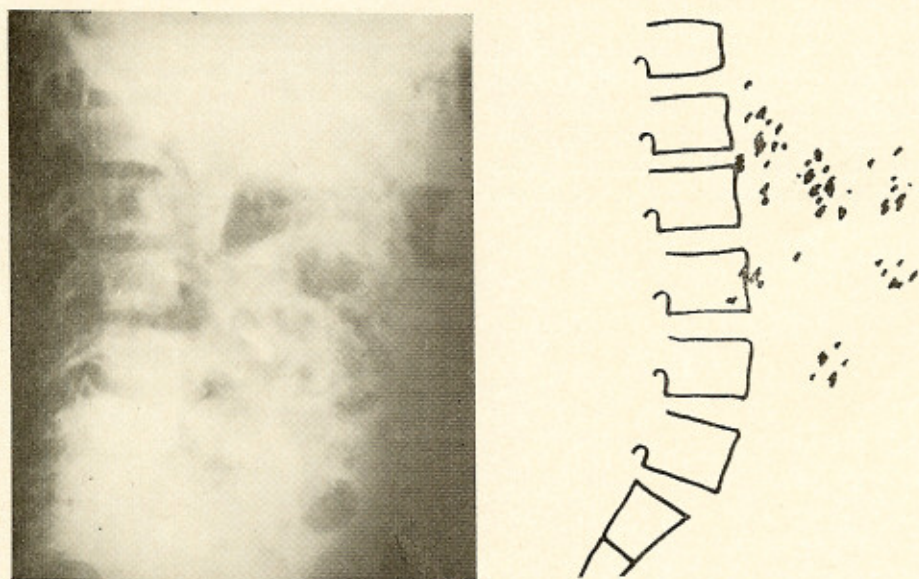


Fig. 4 — Caso II: Radiografia simples lateral do abdôme e diagrama, mostrando outro aspecto das calcificações.

Calcificações não costumam ocorrer caracteristicamente na blastomicose sul-americana⁴. Em nossa experiência, numa revisão

de 32 casos de blastomicose pulmonar nas várias fases de evolução, realizada com outro objetivo⁵, não encontramos sequer um único

caso com presença de calcificação que pudesse ser atribuída a essa micose. Por outro lado, é possível que calcificações se desenvolvessem com maior frequência nas formas linfático-viscerais que nas outras formas da moléstia. O desenvolvimento de depósitos de cálcio durante a evolução da doença que foi documentado em nosso caso I, na ausência de outras moléstias intercorrentes, indica uma possível relação causal. As lesões ganglionares e mesentéricas causadas pelo fungo poderiam criar as condições locais que favoreceriam o depósito do cálcio.

Resta mencionar que ambos os nossos pacientes eram do grupo pediátrico, com 10 e 9 anos respectivamente quando as calcificações foram evidenciadas. O paciente descrito por CUNHA & col.³ tinha 16 anos. Não sabemos a que atribuir a coincidência da baixa idade nos três casos, ficando a referência apenas para confronto com observações futuras.

SUMMARY

Intrabdominal calcifications in South American blastomycosis

Calcification is a rare manifestation of South American blastomycosis. Two cases presenting the lymphatic-visceral form of that mycosis showing intrabdominal calcifications as depicted on X-rays are described. Those showed to be minute speckled calcifications

throughout the abdomen. In one of the cases the appearance of the calcifications during the development of the disease was documented radiographically. The possible nature of this manifestation is discussed.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. ANDERSON, W. A. D. — *Pathology*. 5th edition. St. Louis, C. V. Mosby Company, 1966.
2. BARBOSA, W. — *Blastomicose Sul-Americana*. Tese de Livre-Docência. Goiânia, 1968.
3. CUNHA, M. A. R.; PEREIRA, A. A.; GOUVEIA, O. F.; PIMENTEL, J. R. L.; SAAD, M.; TEIXEIRA, D. & MIYAHIRA, A. R. — Contribuição ao estudo radiológico da blastomicose sul-americana no aparelho digestivo. *Hospital* (Rio) 69:169-174, 1966.
4. LIMA, F. X. P. — *Contribuição ao estudo clínico e radiológico da blastomicose pulmonar*. Tese de Doutorado. São Paulo, 1952.
5. MORAES, C. R. & SIMÃO, C. — Linhas septais de Kerley (linhas B) na blastomicose sul-americana. *Rev. Inst. Med. trop. São Paulo* 10:214-218, 1968.
6. SCHINZ, H. R.; BAENSCH, W. E.; FROMMHOLD, W.; GLAUNER, R.; UEHLINGER, E. & WELLAUER, J. — *Tratado de Roentgen-diagnostico*. Barcelona, Editorial Científico-Médica, 1969.

Recebido para publicação em 23/3/1971.