

Paracoccidioidomicose óssea: relato de caso*

ALEXANDRE DAVID¹, MARCO AURÉLIO TELÖKEN², VILSON DALMINA³,
GUSTAVO KAEMPF DE OLIVEIRA⁴, RICARDO KAEMPF DE OLIVEIRA⁵

RESUMO

Os autores apresentam um caso de paracoccidioidomicose óssea, localizada, acometendo o terço proximal do fêmur direito. O diagnóstico foi feito através da biópsia aberta e o tratamento inicial, por curetagem e enxertia de osso autólogo, associado ao uso de sulfadiazina 4g/dia. No quarto mês de pós-operatório, o paciente sofreu queda com conseqüente fratura patológica na região subtrocantérica do fêmur direito. Realizou-se a osteossíntese com uma placa angulada de 95°. A consolidação evoluiu normalmente. O relato deve-se à raridade da apresentação.

Unitermos – Paracoccidioidomicose óssea; osteomielite fúngica; blastomicose sul-americana

SUMMARY

Bone paracoccidioidomycosis: report of a case

The authors present a case of bone paracoccidioidomycosis that affected the proximal third of the right femur. Diagnosis was done by an open biopsy and the initial treatment was a curettage followed by autologous bone graft filling. Right after the diagnosis, the patient was given sulfamethoxazole 4 g/day. Four months after surgery, the patient fell down and had a pathologic fracture of the right femur at the sub-trochanteric level. Open reduction and internal fixation was

done with a 95° angular plate, with satisfactory results. The report is due to the rarity of this presentation.

Key words – Bone paracoccidioidomycosis; fungal osteomyelitis; South-American blastomycosis

INTRODUÇÃO

A paracoccidioidomicose é uma micose causada pelo fungo *Paracoccidioides brasiliensis*. Pode acometer qualquer órgão ou tecido, sendo mais comum em pele, mucosas e pulmão. Nos casos de doença disseminada, o comprometimento ósseo pode chegar a 50% dos casos.

O comprometimento ósseo isolado é muito raro.

Os autores relatam um caso de paracoccidioidomicose óssea isolada no terço proximal do fêmur direito, sua evolução e tratamento.

RELATO DO CASO

J.P.D.S., 31 anos, branco, masculino, solteiro, natural de Encruzilhada, trabalhador rural (lenhador), procurou atendimento médico no interior do Estado do RS por sentir dor e aumento de volume progressivo da região do quadril direito e coxa direita. Realizada radiografia em junho de 1993, evidenciou-se lesão osteolítica no terço proximal do fêmur direito. Foi então encaminhado ao Grupo de Tumores Ósseos da ISCMPA.

O paciente foi avaliado em outubro de 1993. Apresentava bom estado geral com história de anorexia e perda de 4kg nos últimos três meses. Tabagista (oito cigarros/dia havia 20 anos), negava etilismo. Negava ainda febre, tosse, vômito, astenia ou alteração do hábito intestinal. Ao exame físico apresentava sinais vitais sem alterações, dentes com focos sépticos, ausculta cardíaca e pulmonar sem alterações.

Ao exame físico localizado, apresentava aumento de volume palpável, endurecido e imóvel na região anterior da coxa direita de 6-8cm. Negava dor à palpação da massa. Solicitaram-se exames laboratoriais de rotina pré-operatória mais radiografia de tórax, bacia e coxa direita. Os exames de

* Trab. realiz. no Serv. de Ortop. e Traumatol. da ISCMPA (Prof. Dr. Mário Dirani).

1. Prof. Assist. de Ortop. e Traumatol. da FFFCMPA; Respons. pelo Grupo de Tumores Ósseos da ISCMPA.

2. Mestre em Ortop. pela EPM; Aluno da Pós-grad. (Doutorado) da FFFCMPA.

3. Ex-resid. do Serv. de Ortop. e Traumatol. da ISCMPA.

4. Resid. do Serv. de Ortop. e Traumatol. da ISCMPA.

5. Doutorando de Med. da UFPel; Estag. de Ortop. e Traumatol. da ISCMPA.



Fig. 1 – Radiografia da coxofemoral direita em AP + P, mostrando lesão osteolítica na região trocantérica e subtrocantérica do fêmur

laboratório e a radiografia de tórax não demonstraram alterações.

A radiografia do fêmur direito apresentava uma lesão osteolítica, geográfica, bocelada, com destruição cortical, bordas escleróticas e finas de 8-6cm, na região trocantérica (fig. 1).

Foi então indicada biópsia com agulha de Jamshidi da lesão, realizada em outubro de 1993. O laudo dessa biópsia foi de ausência de neoplasia nos fragmentos ósseos examinados. Realizou-se, então, uma biópsia a céu aberto, que sugeriu micose óssea.

Em novembro de 1993 realizou-se a curetagem da lesão com posterior preenchimento com enxerto ósseo autólogo, retirado da crista ilíaca posterior homolateral. O paciente evoluiu sem complicações no período pós-operatório. Realizou-se outra radiografia de tórax, novamente sem alterações significativas.

O exame anatomopatológico do material enviado revelou vários fragmentos de tecido pouco firme, elástico, o maior medindo 3,2-1,7cm, de cor parda, mostrando áreas de consistência óssea espicular e com porções irregulares de osso cortical. O diagnóstico final foi de paracoccidiodomicose óssea.

O paciente foi encaminhado ao serviço de Doenças Infeccioso-Parasitárias (DIP), onde iniciou tratamento sistêmico. Recebeu de início uma dose de ataque de sulfadiazina um grama por via oral de 6/6 horas.

Recebeu alta hospitalar com orientação de não apoiar-se sobre o membro inferior direito, deambular somente com o uso de muletas e seguir o tratamento domiciliar com sulfadiazina um grama ao dia por três meses, sendo então reavaliado.

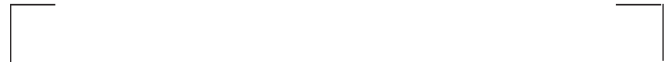


Fig. 2 – Radiografia das coxofemorais em AP, mostrando fratura subtrocantérica patológica à direita



Fig. 3 – Radiografia das coxofemorais mostrando consolidação da fratura à direita com fixação interna

Em fevereiro de 1994 o paciente retornou à ISCMPA, com história de queda ao solo associada a dor e impotência funcional do membro inferior direito. Novamente radiografado, apresentava fratura patológica subtrocantérica do fêmur direito (fig. 2). Indicou-se a osteossíntese.

Realizou-se a osteossíntese no dia 1º de março de 1994 com a colocação de uma placa angulada de 95°, lâmina 50 e dez parafusos. Não houve intercorrências no trans e/ou pós-operatórios. Novamente recebeu alta com orientação de não apoiar o membro inferior direito e seguir tratamento com sulfadiazina quatro gramas/dia.

Acompanhou-se ambulatorialmente a evolução da doença clínica e radiologicamente e foram diminuindo-se gradativamente as doses de sulfadiazina.

Foi solicitada uma imunofluorescência para paracoccidiodomicose, cujo resultado foi negativo; logo após solicitou-se pesquisa de BAAR em três amostras, que também foram negativas.

Em julho de 1994 (6º mês do pós-operatório), liberou-se a deambulação e foi considerada consolidada a fratura. Em outubro de 1994 retornou para controle radiográfico (fig. 3) e funcional, tendo recuperado o trofismo muscular.

Atualmente, o paciente está em acompanhamento ambulatorial na Ortopedia e DIP, não apresentando recidiva da doença.

DISCUSSÃO

O presente relato está de acordo com os dados da literatura quanto aos aspectos epidemiológicos^(2-5,9), clínicos^(2,3) e radiológicos^(1,9,10).

Os dados colhidos na história, correlacionados com os aspectos clínico-epidemiológicos amplamente citados na literatura^(3,4), não foram suficientes para um diagnóstico imediato de micose óssea. A negatividade das lesões em outros órgãos e a sintomatologia localizada levaram os autores a considerar várias hipóteses diagnósticas, como tuberculose, osteomielite, cisto ósseo e outras. A mesma dificuldade diagnóstica é relatada na literatura para os casos não disseminados^(5,7).

A paracoccidiodomicose foi ratificada através de biópsia e exame direto para a identificação do fungo, conforme preconizado por alguns autores^(8,10,12).

A eleição da sulfamidoterapia (eficácia e baixo custo) e o tratamento cirúrgico (curetagem + enxertia) foram realizados como métodos terapêuticos obedecendo aos critérios citados na literatura^(4,6,11,12).

A localização no fêmur proximal representa grande risco para fraturas. Este veio a ocorrer em consequência de um

trauma de baixa intensidade, apesar da orientação de restrição do apoio.

A eficácia do tratamento inicial (curetagem + enxertia) pode ser evidenciada durante a colocação da placa e parafusos através da boa integração do enxerto ósseo.

O seguimento ambulatorial do paciente evidenciou a consolidação óssea e sua boa evolução clínica.

REFERÊNCIAS

1. Alfred, K.S. & Harbin, M.: Blastomycosis of the bone. Report of a case. *J Bone Joint Surg [Am]* 32: 887-892, 1950.
2. Barbosa, W.: "Paracoccidiodomicose", in Amato Neto, V. & Baldy, J.L.S.: *Doenças transmissíveis*, Ed. Sarvier, Cap. 56, p. 653-662.
3. Barbosa, W. & Daher, R.R.: "Blastomicose sul-americana", in Veronesi: *Doenças infecciosas e parasitárias*, Ed. Guanabara Koogan, 6ª ed., Cap. 81, p. 755-767.
4. Barrios, J.C.R., Taniguchi, W., Simoneti, C.A.N. et al: Blastomicose sul-americana com localização óssea. Relato de dois casos. *Rev Bras Ortop* 19: 117-123, 1984.
5. Cushard, W.G., Kohanim, M. & Lantis, R.: Blastomycosis of bone. *J Bone Joint Surg [Am]* 51: 704-711, 1969.
6. Hall, R.H. & Mendeloff, J.: Blastomycosis osteomyelitis. *J Bone Joint Surg [Am]* 34: 977-980, 1952.
7. Kuroki, J.K., Cury, L.A., Palmirri, I.T. et al: Blastomicose sul-americana com localização óssea. Apresentação de dois casos. *Rev Bras Ortop* 11: 88-93, 1976.
8. Liggett, A.S. & Silberman, Z.: Blastomycosis of the knee. Case report. *J Bone Joint Surg [Am]* 52: 1445-1448, 1970.
9. Rhangos, W.C. & Chick, E.W.: Mycotic infections of bone. *South Med J* 57: 664-674, 1964.
10. Riegler, H.F., Goldstein, L.A. & Beets, R.F.: Blastomycosis osteomyelitis. *Clin Orthop* 100: 225-231, 1974.
11. Severo, L.C.: "Paracoccidiodomicose", in Correa da Silva, L.C.: *Compêndio de pneumologia*, São Paulo, Ed. BYK, 1991. Cap. 56, p. 601-606.
12. Wanek, B.: "Micoses profundas", in Schechter, M. & Marangoni, D.V.: *Doenças infecciosas: conduta, diagnóstico e terapêutica*, Rio de Janeiro, Ed. Guanabara Koogan, 1994. Cap. 8, p. 210-216.