

# **Dermatite Verrucosa Cromoparasitária**

## **DOIS CASOS NA MESMA FAMÍLIA**

*DR. ANTONIO LOUZADA*

Estava o doente cuja observação serviu de base para os comentários que se seguem, sob nossos cuidados na Enfermaria 16, da Santa Casa, quando tivemos conhecimento, em palestra com o prezado colega dr. Bopp, da Enfermaria de Dermatologia, que um irmão do referido doente e portador do mesmo mal, estivera sob seu tratamento, tendo obtido alta.

Realmente, o sr. O. G. S. com 39 anos de idade, de côr branca, casado, agricultor, residente no IX distrito do município de Soledade, internara-se desde 22 de novembro de 1952 na V Enfermaria, de onde, em princípios de setembro, se preparava para sair, com alta curado.

Era êle irmão de A. G. S., com 33 anos de idade, de côr branca, solteiro, agricultor e residente no local supra-citado e que estava internado na Enfermaria de Doenças Infecciosas e Tropicais, desde 15 de julho do ano corrente, sob papeleta 13.379.

O mais velho destes doentes baixou para tratar-se de lesões papulosas, isoladas em certos pontos, confluentes noutros, formando plano elevado, de bordas bem delimitadas, de superfície ligeiramente escamosa, localizadas todas ao nível do calcâneo e lado externo do pé direito.

Dizia sentir prurido e ardência nesses locais.

As lesões tinham tido início há 16 anos.

Este doente apresentou reações sórológicas, para a sífilis, negativas e vários exames de urina normais.

O tratamento instituído à base de aplicações locais de podofilina a 25% em óleo mineral, produziu ótimos resultados.

Tôdas as lesões papulosas desapareceram.

Como apresentasse também sinusite frontal foram-lhe aplicadas concomitantemente, dezesseis milhões de penicilina G., procaina, em veículo aquoso.

Em vista do aspecto típico do caso, não foi julgada necessária a pesquisa do fungo para a comprovação. A prova terapêutica, contudo, veio confirmar o diagnóstico do acatado especialista.

O doente mais moço, internado em nosso serviço, procurou-o

porque há mais de dez anos vem sofrendo de "figueira" na perna esquerda e pé.

Diz que, por vezes, estas partes ficavam vermelhas, o que lhe ocasionava calefrios e febre.

Sentia continuamente coceira e ardência.

Notou o início dessa doença pela febre e dor de cabeça que lhe aparecia quando o pé e a perna ficavam inflamados, com "riscos" vermelhos e surgiam "ínguas" na virilha.

Afirma que, frequentemente, sofria ferimentos nos pés e pernas, porquanto costumava trabalhar descalço na roça.

Depois de algumas destas crises, percebeu que apareciam pequenos "carços" na pele do dorso do pé e terço inferior da perna. Eram duros e ásperos.

Quando, ao menor traumatismo, qualquer destes "carços" era lesado, se dava demorada hemorragia. A cicatrização da ferida era "custosa".

Os "carços" foram lentamente crescendo, não causando sintomas dolorosos.

A perna doente foi, aos poucos, inchando e ficando preta.

Informou que, também sua mãe e irmã solteira, sofreram do mesmo modo, mas que, procuraram, na sede do município, o socorro médico e ficaram curadas, após várias injeções e outros remédios.

Conheceu uma senhora residente no mesmo distrito que também tem as pernas assim inchadas, como a sua.

Ao exame objetivo, o que chama a atenção é a elefantíase da perna e do pé, onde se notam pápulas e verrugas sésses, de cor pardo-avermelhada, algumas já ulceradas, outras reunidas em placa. O pé direito também está edemaciado, duro, e apresenta algumas verrugas.

Não há trajetos fistulosos.

Algumas verrugas apresentam escamas aderentes.

O estado geral do doente é muito bom.

Homem de compleição robusta, tem bom apetite e dorme bem.

De nada mais se queixa.

Palpam-se alguns gânglios, não dolorosos, em ambas as virilhas, mais abundantes à esquerda.

Durante sua estadia em nosso serviço nunca apresentou febre. A pressão arterial era 12 por 8.

Vários foram os exames complementares realizados.

Radiocospia de pulmões e coração (23-7) deu resultado normal. Idem dos ossos da perna esquerda (registro 14.343 de 1-8): estruturas ósseas sem alterações radiológicas.

Exames de urina sempre sem anormalidades.

Pesquisa do bacilo de Koch no escarro, negativa (registro 7264, de 11-8).

Sôrodiagnóstico da lues, negativo (registro 7071, de 5-8).

Hemograma (registro 6964, de 31-7): acusava ausência de acidófilos e acentuado desvio dos neutrófilos para a esquerda.

Neutrófilos não segmentados 13% ou 1040 por mm<sup>3</sup>.

Neutrófilos segmentados 62% ou 4960 por mm<sup>3</sup>.

Monócitos 6% ou 480 por mm<sup>3</sup>.

Linfócitos 19% ou 1520 por mm<sup>3</sup>.

Leucócitos 8.000 por mm<sup>3</sup>.

Eritrócitos 5.120.000 por mm<sup>3</sup>.

Índices de sedimentação oscilaram entre 4 e 8 mm.

Foram praticadas duas intradermo reações: a de Mantoux e a da Histoplasmina, ambas com resultados negativos.

A confirmação do diagnóstico clínico deste caso foi obtida pelo exame anátomopatológico praticado no serviço do professor Tiberiá, pelo assistente dr. Krebs.

Resultado: Cromomicose. (registro 7431-53 de 31-7).

As microfotografias que ilustram êste trabalho foram praticadas pelo docente Paulo Becker.

O tratamento aplicado neste doente foi o mesmo que se empregou para a cura das lesões apresentadas pelo seu irmão, internado na Enfermaria da Clínica Dermatológica e Sifiligráfica e que já mencionamos.

Como se depreende da leitura do resumo das observações destes dois casos, trata-se de Dermatite verrucosa cromoparasitária ocorrida em dois irmãos, residentes na mesma casa e trabalhando como agricultores no mesmo campo.

Sabe-se que, assim como para outras micoses, os fungos da Dermatite verrucosa cromoparasitária estão disseminados na natureza, ficando os que trabalham descalços, como lavradores e agricultores, sujeitos às lesões.

No entanto, ao que nos consta, não foram registados ainda casos como os nossos, ocorridos na mesma casa, em dois irmãos que trabalhavam no mesmo campo.

A respeito, o professor Josefino Aleixo foi bem claro, em sua brilhante tese, à páginas 53: "Em outro capítulo já assinalamos os diversos municípios onde residiam os nossos doentes, não tendo sido registado mais de um deles no mesmo lugar".

E ainda mais. Talvez nessa família, já com dois casos, outros ainda tenham aparecido. Porque, a dar-se crédito à informação já anotada, a mãe e a irmã dos nossos observados também manifestaram a mesma erupção, conhecida por êles pelo nome de: figueira.

O registro dêstes dois casos familiares sugere a possibilidade do contágio direto do doente mais velho ao são.

Arêa Leão e colaboradores, utilizando vários animais, conseguiram resultados positivos em cromomicose experimental, pelas vias as mais diversas.

As numerosas observações de Dermatite verrucosa cromoparasitária de que temos conhecimento, sempre se referiam a doentes iso

lados, sem outros casos na mesma família, ou a múltiplos doentes porém de procedência diferente, sem qualquer grau de relação ou parentesco entre si.

Em 1924, em tese inaugural, ilustre médico já assinalára êste fato, pela leitura da bibliografia existente até então, dizendo: Os casos observados (de cromomicose) são isolados e oriundos de pontos muito diversos uns dos outros. Apenas encontramos referências na literatura de dois casos procedentes de Pirapora. Assim afastamos a hipótese provável da existência de algum fóco da moléstia. Podemos portanto deduzir, afirma o colega, que a moléstia não é contagiosa, que a transmissibilidade de indivíduo a indivíduo se não é impossível, é pelo menos problemática.

Florianio de Almeida explica muito bem as razões das dificuldades que sempre se encontram em conseguir reprodução de qualquer micose.

Não basta o simples contáto dos fungos com os animais sensíveis para que a experimentação dê resultado.

Mister se faz sejam preenchidas umas tantas condições, inerentes, umas, aos próprios fungos, e outras, aos indivíduos.

Dentre estas últimas, há a destacar as condições peculiares de receptividade individual (influência hormonal, do pH do suor, etc), condições sociais (pauperismo, ignorância), regimes alimentares (deficiências), profissão (agricultores), hábitos de indumentária (expondo os pés descalços a tôda espécie de traumatismo), costumes particulares (mascar vegetais crus) e a promiscuidade (explicando o aparecimento de novos casos no mesmo fóco).

Com relação aos fungos, muitos fatores podem intervir para a origem das micoses. O estado higrométrico, a temperatura e o meio são os principais.

A distribuição geográfica dos cogumelos tem capital valor e está na dependência das condições climáticas particulares de certos solos e às vezes até de vegetais adequados.

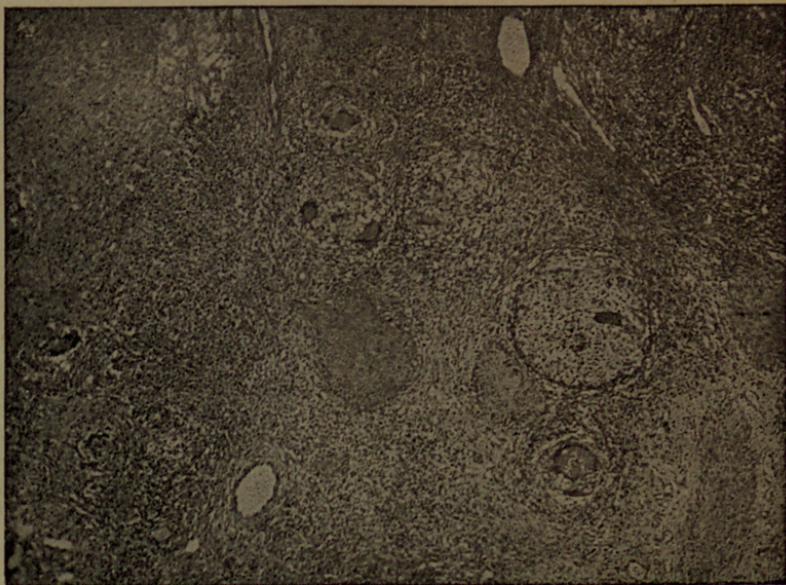
O professor Brumpt aponta as plantações de café do interior do Brasil como local de condições apropriadas para o desenvolvimento dos fungos da cromomicose.

Para explicar a ocorrência desta micose em dois irmãos uma das duas seguintes condições, ou ambas, deviam estar preenchidas: ou o distrito onde residem é fóco de fungos causadores da Dermite verrucosa cromoparasitária ou então teria havido o contágio de um irmão doente para o outro.

Esta última hipótese não se pode afastar de todo, em vista da promiscuidade, da pouca higiênica convivência que habitualmente se observam nas residências rurais, entre seus moradores.

Com referência à designação que se deva dar à doença causada pelos cogumelos corados, de côr acastanhada, côr de charuto, ou havana, classificados nos gêneros *Phialophora* e *Fonsecaea*, julgamos muito expressiva a que foi proposta pelo Professor Aguiar Pupo e que serve de título ao presente trabalho.

Foi, também, com êste título, que o professor Carlos da Silva Lacaz abriu o capítulo da cromomicose em seu recente livro.



Realmente, têm razão quantos se opõem a outras designações, tais como cromoblastomicose e cromomicose.

Ao primeiro termo por sugerir que a reprodução do fungo nos tecidos seja feita por brotamento, o que de fato não se dá.

Ao segundo termo, também, como o primeiro, adotado por vários autores, porque parece referir a uma micose que fosse corada.

Justa homenagem seria designar a doença em apreço pelo nome dos autores que primeiro a estudaram e assim seria: Micose de Lane e Pedroso.

Aliás, illustre comissão da Sociedade Brasileira de Dermatologia e Sifilografia, incumbida de organizar a Nomenclatura Dermatológica, propõe justamente a designação de Micose de Lane-Pedroso considerando-a assim a melhor denominação.

Será porém muito difícil, pela penetração que as expressões cromoblastomicose e cromomicose já conseguiram, na literatura científica, suprimí-las ou substituí-las sem um acôrdo geral amplo.

A terapêutica da Dermatite verrucosa cromoparasitária é praticada sistematicamente com injeções endovenosas de iodeto de sódio a 10%. Também se emprega o iodeto de potássio por via oral.

Os resultados, em ambos os casos, são sempre demorados.

As sulfas tem sido utilizadas, porque embora não atuem sobre os fungos específicos, exercem ação anti-bacteriana, destruindo a flora das infecções secundárias.

Há anos se vem tentando a iontoforese com solução de sulfato de cobre a 1%.

A foliculina também foi aplicada para o tratamento.

Sob sua ação já se verificou a diminuição do número de formações micelianas e também a perda parcial da coloração própria dos fungos.

Contudo, as lesões voltam a florescer, apesar de seu uso.

Desde que a podofilina mereceu maior atenção dos dermatologistas, passou-se a empregá-la no tratamento local da dermatite verrucosa cromoparasitária.

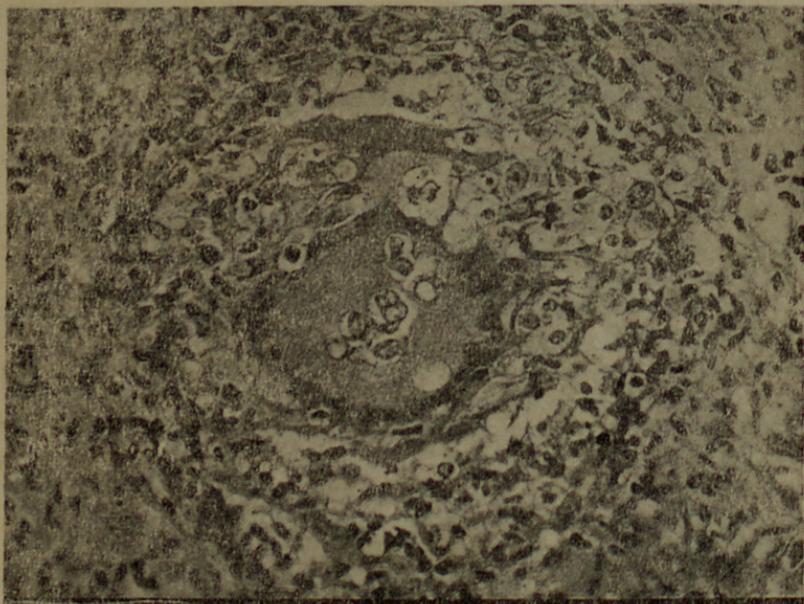
Aliás, igualmente tem sido empregada para casos de formações papilomatosas e verrugas acuminadas da Boubá, no carcinoma cutâneo e nos epitelomas. Os resultados, com raras exceções, têm sido bons.

A podofilina é pó resinoso, amorfo, amargo, cujo tom varia do amarelo ao verde escuro.

O seu princípio ativo, a podofilotoxina, se decompõe em picropodofilina e ácido podofilínico.

Possue ação cáustica local, produzindo espasmos dos pequenos vasos, seguindo-se a isquemia e a necrose do tecido subjacente.

A podofilina é usada sob a forma de suspensão oleosa, a 25%, em aplicações sôbre as verrugas, ficando a parte medicada, exposta ao ar, sem qualquer curativo oclusivo.



Em vista da elevada ação cauterizante desta solução recomenda-se que a permanência do medicamento sôbre a parte a tratar não exceda de oito a doze horas.

E' necessário muito cuidado quando se faz a aplicação da podofilina, afim de que não aconteça cair alguma gota no globo ocular.

As aplicações costumam ser repetidas com intervalos de 24 a 72 horas.

O medicamento determina forte irritação local, que se traduz por ardência intensa e, a seguir, pela formação de tecidos necrosados.

Estes deverão ser retirados no dia imediato à aplicação por meio de cuidadosa ensaboação e lavagem com água fervida.

Mesmo quando se emprega êste tratamento local, não se deve desprezar o uso do iodeto de sódio, para maior segurança contra as recaídas.

Levando-se em consideração que a dermatite verrucosa cromoparasitária localiza-se estrictamente na pele e no tecido celular sub-cutâneo, tem sido empregada com êxito, a exeresse elétrico-cirúrgica ampla das lesões, seguida de enxerto livre de pele.

Ilustre cirurgião paulista tratou, por êste meio, cinco casos de dermatite verrucosa cromoparasitária dos membros inferiores, obtendo cura em todos.

Apenas um dos operados voltou, seis meses depois, com pequeno nódulo no sêio do tecido transplantado.

Os efeitos dolorosos do medicamento podem ser eficazmente neutralizados se, conforme lembra brilhante colega (6), juntar-se anestésicos à emulsão de podofilina acima mencionada.

A fórmula acrescida de mentol e percaina na quantidade de 0,60 de cada um, conforme preconiza o colega, foi empregada no nosso caso, com manifesta satisfação do doente.



## BIBLIOGRAFIA

1. Arêa Leão e col. Cromoblastomicose experimental  
Rev. Brasil. Biol. 7:5, 1947
2. Aleixo, Josefino. Subsídio ao Estudo da Cromomicose  
Tese. 1946. Belo Horizonte
3. Almeida, Floriano. Micologia Médica 1939. S. Paulo

4. Bopp, Clovis Podofilina no Tratamento do Carcinoma Cutâneo — Med. e Cir. 14:87, 1952
5. Brumpt, E. Précis de Parasitologie 1936 Paris
6. Câmara, Moreira Anais do II Cong. Bras. Obst. e Ginec. II:293, 1948
7. Campos, Enio A Propósito de Dois Casos de Cromoblastomicose — Rev. Med. R. G. Sul 6:307, 1950
8. Farina, Roberto Dermatite Verrucosa Cromoparasitária (Phialophoromicose). Tratamento Cirúrgico O Hospital 42:231, 1952
9. Kaplan, J. W. New Orleans Med. Surg Journal 9:388, 1942
10. Kern, A. & Fanger, H. Podophyllin in Treatment of Cutaneous Carcinoma. Arch. Dermat. Syph. 62:526, 1950
11. Lacaz, C. S. Manual de Micologia Médica 1953 S. Paulo
12. Medeiros, Olavo Mais um Caso de Cromomicose Publ. Médicas 14:13, 1942
13. Melo Cavalcanti, J. T. Contribuição ao Estudo das Cromoblastomicoses. Tese. Rio. 1924
14. Mota, J. Cromomicose de Aspeto Insólito An. Bras. de Dermat. e Sifil. 17:215, 1942
15. Neves da Silva, N. Cromoblastomicose no Rio Grande do Sul. Aspeto Clínico, Micológico e Experimental An. Bras. de Dermat. e Sifil. 24:113, 1949
16. Pedroso, A. & Gomes, J. M. Sobre 4 Casos de Dermatite Verrucosa Produzida pela Phialophora verrucosa An. Paul. de Med. e Cir. 11:53, 1920
17. Pereira, Oscar Micologia das Cromomicoses. Identificação dos Dois Primeiros Casos Autóctonos do R. G. do Sul Tese. Pôrto Alegre 1938
18. Pereira Filho, M. J. O Pé Musgoso de Thomas e a Cromoblastomicose no R. G. do Sul e Santa Catarina. Identificação dos Fungos Patogênicos do Gênero Phialophora, Thaxter, 1915, Resultados Terapêuticos Rev. de Med. do R. G. do Sul 6:66, 1949
19. Pessoa Mendes & Clausell Notas em Torno de um Novo Caso de Cromomicose no R. G. do Sul. Arq. D. E. de Saúde, R. G. do Sul 1:73, 40
20. Rabello, F. E., Mota, J., Ramos e Silva e Portugal, H. An. I Cong. Ibero-Latino Americano de Dermat. e Sifil. e da VII Reunião Anual dos Dermato-Sifilógrafos Brasileiros — Rio 1950
21. Sá Leitão Um caso de Dermatite Verrucosa Cromoparasitária. — Publ. Médicas 13:23, 1941
22. Silva, F., & Araujo, E. Caso de Cromoblastomicose Brasil Méd. 44:539, 1930
23. Simões Barbosa, F. & Renda, J. Cromomicoses em Pernambuco An. Bras. de Dermat. e Sifil. 27:159, 1952

24. Sims, Ch. & Pensky, N. Effects of Podophyllin on Basal Cells Epiteliomas  
Arch. Dermat. and Syph. 64:142, 1951
25. Smith, L. M. & Garret, H. D. Resin of Podophyllum in Treatment of Cancerous and Precancerous conditions of Skin.  
Arch. Dermat. and Syph. 61:946, 1950
26. Sullivan, M. & Kinger, L. Effects of Resin of Podophyllum on Normal Skin, Condilomata Acuminata and Verrucae Vulgaris.  
Arch. Dermat. and Syph. 56:30, 1947
27. Tavares, Arnaldo Recentes Avanços na Terapêutica Antipi-  
ânica.  
Med. Cir. Farm. n.º 194 (jun): 287, 1952
28. Weiss, F. & Chodat New Method of Treatment of Epiteliomas. Podophyllin Therapy  
Schweiz. Med. Wochensch. 80:647, 1950