

Um caso de Blefaro-Esporotricose Infantil

por

Otávio Dreux

Interno do Hospital da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre

De um doente pertencente á clinica particular do Prof. Pereira Filho em seu Instituto em Porto Alegre, colhemos os dados originaes referentes ao presente trabalho.

N. P., sexo feminino, branca, brasileira, com 6 anos de idade e residente em Porto Alegre. Ha cerca de seis mēses atraz, foi notado na paciente o aparecimento de uma ulceração puntiforme, localizada no angulo externo do olho esquerdo e proximo à palpebra. Tal accidente não despertou a principio cuidados da familia que, observando a persistencia da lesão, se decidiu a procurar recursos medicos, visto que, apesar de frequentes applicações de antisepticos, aumentava de uma maneira lenta, porém contínua, secretando com o decorrer do tempo pús amarelado

Dirigindo-se a doente ao Instituto Pereira Filho, tivemos então oportunidade de entrar em contato com a mesma e observa-la. Trata-se de uma menina sadia, em bom estado geral, bem nutrida, não possuindo defeito fisico, cicatrizes ou efflorescencias, com exceção do alludido processo ulceroso, não apresentando reacções termicas nem ganglionares. Seus antecedentes pessoais e hereditarios são sem nenhuma importancia. Indagando-se sobre o modo de apparecimento, nenhum motivo positivo foi lembrado. Permanece e brinca a maior parte do tempo dentro de casa. Soubemos, porém, que costuma tomar parte periodicamente em passeios a uma chacara situada nos arredores da cidade.

Passando-se ao exame da doente, em virtude do seu bom estado geral, a nossa observação se concentrou em torno da ulceração localizada na região orbitaria esquerda, junta e um pouco para cima do olho, extendendo-se sobre a palpebra; sua forma é ovalada e de contornos nitidos, tendo o seu grande eixo cerca de 1 centimetro; é superficial, attingindo apenas a camada cornea; o fundo é liso, uniforme, rosado, não secretando serosidade; os bordos são regulares, ligeiramente descolaveis e de coloração brancoamarelada; no semi-contorno superior da ulceração, nota-se a presença de um grupo de vesiculas aí dispostas quasi em corôa. A pele que circunda imediatamente a ulceração, achase pouco hiperemiada e pouco endurecida. Edema e adenopatia ausentes.

Estamos, pois, em face de um processo ulceroso, cuja localização e modo especial de evoluer tornam delicada a identificação, feita apenas com os sinais clinicos. Afastámos logo de saída a idéa de uma ulceração banal, em virtude da sua cronicidade e indifferença ás applica-

ções de antisepticos. Com relação às causas que poderiam determinar o aparecimento de úlceras, abandonámos as de natureza mecânica, nervosa e as de perturbação circulatória local, dadas as condições, aspecto e localização que lhes são próprias. Quanto às causas de origem infecciosa e parasitária, nestas os fatores patológicos que determinam o aparecimento de tais processos na pele são: a sífilis, a tuberculose e as micoses.



E' entre essas tres entidades que vamos discutir o diagnostico.

Clinicamente desprezamos a possibilidade de uma lesão ulcerosa sífilítica, raramente isolada, de bordos talhados a pique, festonados ou serpiginosos, fundo excavado, sempre coberto de pús que não diminuem mesmo com tratamento. Ha ainda os antecedentes pessoais e hereditários em completo desacôrdo. Alem disso esses accidentes terciarios são raros nessa idade. Quanto a uma ulcera tuberculosa, tambem a des-

prezamos. Nesta, a evolução do foco primitivo é muito lenta; ha uma tendencia em estender-se no sentido da periferia e da profundidade, afêta a pêle de maneira predominante; o fundo é coberto de granulações e não é purulento, sangrando facilmente. Pode-se tambem levar em conta os dados anamnesticos.

Restam-nos as micoses. Suspeitamos então uma síndrome esporotricosica, caracterizada pelos sinais de Beurmann e Gougerot que são: grande numero de lesões disseminadas, cada qual com um aspeto e numa fase de evolução diferentes; estado geral bom; adenites raramente observadas; evolução geral lenta, mas cada elemento com evolução rapida; aspeto da goma caracteristico; regressão rapida; sob influencia do tratamento especifico e recidivas quando o tratamento é abandonado cedo. Nenhum desses sinais isolados é patognomônico, porém a coexistencia de alguns deles, como no caso presente (estado geral bom, ausencia de adenites, evolução geral lenta, aspeto e evolução característicos, melhora com o tratamento especifico) leva-nos a formar a nossa suspeita.

Com esse raciocinio, nos orientámos com referencia a um diagnostico clinico e anatômico. Entretanto, quanto aos elementos etiologicos, só poderemos concluir positivamente, lançando mão dos recursos laboratoriais

EXAME DIRETO

Após uma coleta aseptica de pús, fizemos um esfregão corado pelo metodo de Gram-Nicole. O resultado foi negativo: ao microscopio notámos apenas cócos banais.

CULTURAS

Afim de isolarmos o cogumelo, colhemos asepticamente o pús e fizemos a sementeira em alguns tubos, com meio glicosado de Sabouraud. Metade destes tubos foram colocados em estufa a 37°, enquanto que a outra permaneceu em temperatura ambiente. Ao fim de 24 horas, notámos desenvolvimento rapido e mais nitido nas culturas guardadas na temperatura de 37°, apresentando-se as mesmas esbranquiçadas, com superficie franzida ou coberta de circumvoluções irregulares com aspêto de nata. Com o tempo observámos o escurecimento das culturas que se tornaram amareladas e depois pardacentas.

Para identificarmos com rigor o cogumelo, utilizámo-nos do processo da laminula em sêco, que revelou nitidamente, ao microscopio, micelios e frutificações conidias. Em primeiro logar vimos filamentos septados, paralelos, com conidios nas extremidades dos ramos principais. Depois, notámos ramilhetes terminais com grande numero de conidios isolados, porem sem haver tendencia á formação de mangitos conidianos em torno dos filamentos. Os esporios isolados, nascidos sobre filamentos, eram, na maior parte, piriformes, com pedicelo ligado a fino estigmate.

O cogumelo pertence, pois, aos esporotricados. Classicamente a diferenciação dos generos é a seguinte:

GEN. SPOROTRICHUM

- 1º) Filamentos micelianos e conídios incolores ou de cores vivas, sem matiz fuliginoso.
- 2º) Conídios sesséis ou com fino estigmate.

GEN. RHINOCLADIUM

- 1º) Filamentos e conídios fuliginoso em culturas velhas.
- 2º) Conídios providos de denticulos que se prendem ao micelio após a queda.

A especie revelada pelos caracteres microscopicos e culturais é o *Rhinocladium* Fonsecai, que se diferencia do *Rhinocladium* Beurmanni pela sua cultura rapida, vegetação luxuriante a 37°, pigmentação vagarosa da cultura, filamentos micelianos paralelos, ás vezes dispostos em feixes, não havendo formação de manguitos conidianos em torno dos elementos filamentosos.

-

Já faz certo tempo que a paciente foi submetida a tratamento iodetado. Com a aplicação sistematica de injeções intramusculares de Endoiódina Bayer e tintura de iodo a 1%, localmente, notámos modificação no aspeto ulceroso. Num estado anterior tivemos ocasião de notar granulações nos bordos e na parte central da ulcera, bem como secreção sôro-purulenta, fenomenos esses que ja desapareceram. Houve tambem diminuição das vesiculas amareladas que rodeiam a ulcera, ficando o processo inteiramente limitado, sem que se tenha conseguido, até a presente data, a cicatrização total da ulcera.

*

A esporotricose não é doença frequente entre nós, mas tambem não constitui raridade.

Pelos caracteres microscopicos e culturais, a especie causadora no presente caso é o *Rhinocladium* Fonsecai, isolado em 1929 por Pereira Filho que afirma ser esta uma especie frequente no Rio Grande do Sul.

No caso que apresentamos, o processo esporotricotico tem localização rara.

BIBLIOGRAFIA

- Pereira Filho — Sporotrichum Fonsecai e o diagnostico deferencial dos esporotricados.
- E. Brumpt — Précis de Parasitologie.
- Dopter et Sacquepée — Précis de Bactériologie.
- Roger, Widal, Teissier — Nouveau Traité de Méd.
- Ed. Lesser — Enfermedades de la piel e venereas.