

BLASTOMICOSE ÓSSEA

BONE BLASTOMICOSIS

FREDERICO BARRA DE MORAES¹, LINDOMAR GUIMARÃES DE OLIVEIRA², ALANO RIBEIRO DE QUEIROZ FILHO³, ANDRÉ LUIZ COELHO THOMÉ³ E MARCELO LEMES CRUZ⁴

RESUMO

A blastomicose óssea é uma doença rara, que acomete mais trabalhadores rurais do sexo masculino, geralmente relacionada a primo-infecção pulmonar. Relatamos um caso de osteomielite crônica no úmero devido à infecção pelo Paracoccidioides brasiliensis, descrevendo seu diagnóstico e tratamento.

UNITERMOS: BLASTOMICOSE ÓSSEA; OSTEOMIELITE FÚNGICA.

ABSTRACT

Bone blastomycosis is a rare disease, that occur in rural workers, male, generly related to lung infection. We report one case of cronic osteomyelitis from umerus bone due to Paracoccidioides brasiliensis infection, describing its diagnosis and treatment.

KEYWORDS: BONE BLASTOMICOSIS; FUNGYCAL OSTEOMIELITIS.

INTRODUÇÃO

A blastomicose é uma infecção fúngica sistêmica originalmente descrita no Brasil por Lutz em 1908 (1). O agente etiológico, *Paracoccidioides brasiliensis*, é um fungo dimórfico, aeróbico, presente no solo. A porta de entrada geralmente se dá pelas vias aéreas e as lesões ósseas são raras (2-4).

O objetivo desse trabalho é de relatar um caso de osteomielite do úmero por paracoccidiomicose, descrevendo seus aspectos diagnósticos e do tratamento.

RELATO DE CASO

Paciente masculino, 17 anos de idade, procedente de zona rural no interior de Goiás, há dois meses apresentando tumoração em região proximal do braço direito, de crescimento rápido, com dor, edema e limitação dos movimentos. Nega traumatismos, febre, ou emagrecimento. A tumoração era aderida a planos profundos, dolorosa à palpação, borrachosa, medindo cerca de 8x8 cm nos maiores eixos. Ausência de sinais flogísticos como calor ou rubor, com limitação da abdução do ombro direito de 0 a 100 graus. Exames laboratoriais san-

güíneos como velocidade de hemossedimentação e proteína c reativa, com valores levemente aumentados, hemograma com discreta anemia e leucocitose, sem desvio à esquerda, com prova de PPD não reator.

Os exames de imagem (radiografias) evidenciaram uma lesão osteolítica na transição metafiso-diafisária do úmero direito, regular, bem delimitada, septada, comprometendo mais de 50% do canal endosteal, com discreto adelgaçamento das corticais, e leve reação periosteal medial (figuras 1A e 1B). Realizada biópsia que diagnosticou material purulento, mas com cultura negativa, e arteriografia normal (figura 2 A).

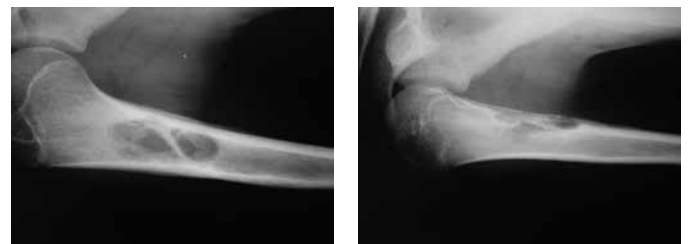


Figura 1 - Radiografia antero- posterior (A) e em perfil (B) do úmero direito evidenciando lesão osteolítica na transição metafiso-diafisária.

1 - Mestre e Doutor, Professor Adjunto da Faculdade de Medicina da UFG;

2 - Membro titular da SBOT, Fundador do Comitê de Doenças Ósteo-metabólicas da SBOT;

3 - Residente de Ortopedia do DOT do HC - FM - UFG;

4 - Membro da Liga do Trauma do DOT do HC - FM - UFG.

O paciente foi então operado, sendo feito acesso ao úmero pelo sulco delto-peitoral, encontrando-se tecido fibroso próximo à lesão óssea, sem secreção purulenta, sendo feita então uma janela óssea pela cortical, curetagem de material intra-ósseo, caseoso, e preenchimento com enxerto ósseo. O material foi enviado para anátomo-patológico, medindo 2,2 X 0,7 X 0,7 cm, em seus maiores eixos, forma nodular, coloração acastanhada, consistência elástica, sendo diagnosticada blastomicose óssea. O tratamento continuou com antibioticoterapia, sendo utilizado sulfametoxazol + trimetropina e acompanhamento com infectologia. Paciente evolui no primeiro ano de pós-operatório com preenchimento da lesão, sem sinais de recidiva ao exame radiográfico (figura 2B), com força do úmero direito preservada.

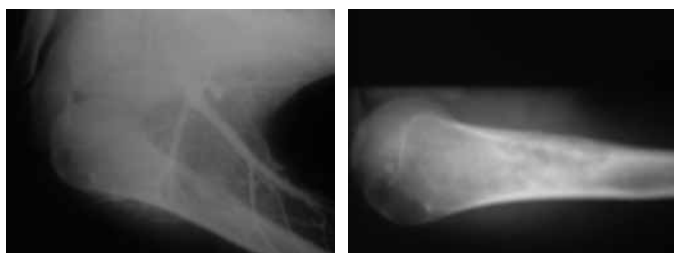


Figura 2 - Radiografia antero-posterior do úmero direito evidenciando arteriografia pré-operatória normal (A), e lesão preenchida após tratamento cirúrgico e antibioticoterapia, sem recidiva após um ano (B).

DISCUSSÃO

Apesar de relatos de casos na Europa e América do Norte a doença é endêmica na América Latina. A população mais atingida são trabalhadores rurais e/ou moradores de áreas rurais nas regiões de clima tropical e subtropical (2-4). A doença é mais prevalente no gênero masculino na proporção de 14:1 nos adultos. Em crianças não há prevalência aumentada por gênero (3).

A porta de entrada do fungo geralmente é o trato respiratório, causando poucos sintomas, sendo muitas vezes sub-clínica. Lesões ósseas fazem parte da clínica sistêmica, mas são pouco freqüentes. A doença é descrita radiograficamente como circunscrita, áreas de osteólise bem delineadas com ou sem escleroses. Pode ocorrer em vários ossos, mas geralmente é encontrada em osso da cintura escapular, próximo ao pulmão, como clavículas, costelas e escápula (2-4).

O diagnóstico diferencial das lesões ósseas incluem osteomielite bacteriana crônica, tuberculose, linfoma e osteossarcoma. A paracoccidiodomicose é progressiva, podendo ser fatal se deixada sem tratamento. Curetagem cirúrgica e antibioticoterapia específica são os tratamentos preconizados para esse tipo de osteomielite (4-6).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 - Feigin RD, Cherry JD. Textbook of pediatric infectious diseases. Saunders, Philadelphia. 1999, 2: 1929-34.
- 2 - Marchiori E, Dalston M, Zanetti G, Hochhegger B. Paracoccidiodomycosis: another cause of sterna osteomyelitis. *Joint Bone Spine*. 2012, 79: 323-4.
- 3 - Nogueira SA, Guedes AL, Wanke B, Capella S, Rodrigues K, Abreu TF, Morais JC, Lambert JS. Osteomyelitis caused by *Paracoccidiodomycosis* in a child from the metropolitan area of Rio de Janeiro. *Journal of Tropical Pediatrics*. 2001, 47: 311-14.
- 4 - Fulciniti F, Troncone G, Faxioli F, Vetrani A, Zeppa P, Manco A, Palombini L. Osteomyelitis by *Paracoccidiodomycosis*: cytologic diagnosis on fine-needle aspiration biopsy smears: a case report. *Diagnostic Cytopathology*. 1996, 15: 442-6.
- 5 - Lambertucci JR, Botelho JS, Melo FH. Osteomyelitis by *Paracoccidiodomycosis* brasiliensis. *R Soc Bras Med Trop*. 2002, 35: 119-20.
- 6 - Michelan MS, Fernandes EA, Freitas LF, Ribeiro RH, Milano MM, Monteiro SS. Osteomyelitis and pyoarthrits resulting from local paracoccidiodomycosis in an immunocompetent patient: case report. *J Med Case Rep*. 2012, 6: 342.