

LESÕES DO PERICÁRDIO E MIOCÁRDIO EM UM CASO DE BLASTOMICOSE SUL-AMERICANA GENERALIZADA

Celso R. Vieira e SILVA⁽¹⁾, Joel SPADARO⁽¹⁾, Anete K. UEDA⁽²⁾
e Evanil P. de CAMPOS⁽¹⁾

RESUMO

Os Autores relatam um caso de blastomicose sul-americana com pericardite granulomatosa e miocardite granulomatosa específica num homem de 48 anos, branco, lavrador. Havia quadro cardíaco, clinicamente evidenciado pelo eletrocardiograma e pelo RX. O cateterismo cardíaco revelava "dips" diastólicos, compatíveis com restrição diastólica. O aspecto miliar da miocardite é sugestivo de patogénia hematogênica e o envolvimento de pericárdio provavelmente foi conseqüente à contigüidade com os gânglios mediastinais supurados.

INTRODUÇÃO

A blastomicose sul-americana generalizada, afeta vários órgãos como pulmões, gânglios, tegumento, baço, fígado, pâncreas, sistema ósseo, sistema nervoso, rins etc.

O encontro de lesões cardíacas na blastomicose sul-americana generalizada é raramente relatado. CUNHA MOTTA² e BANDEIRA DA SILVA³ registram casos isolados deste acometimento.

Descrevemos um caso de blastomicose generalizada com lesões cardíacas importantes.

RESUMO CLÍNICO

J.G.S., 48 anos, masculino, branco, lavrador, natural de Ipaçu, SP, procedente de Timburi, SP.

Há 5 meses, feriu-se no nariz com um galho. Formou-se nesse local, lesão ulcerada purulenta, pruriginosa, que não se cicatrizou. Dois meses após, apareceram nódulos cutâneos no rosto e braço esquerdo, que se ulceraram. Nesta ocasião, apresentava tosse,

com expectoração amarelada, com estrias de sangue. No exame físico de entrada, mostrava lesões de fundo purulento, no nariz, pescoço, membro superior esquerdo e tronco, além de linfadenopatia cervical e axilar. O paciente era normotenso e apresentava propedêutica cardíaca normal.

O exame micológico direto das lesões cutâneas revelou formas típicas do *Paracoccidioides brasiliensis*.

O RX de tórax mostrou lesões pulmonares da blastomicose e área cardíaca normal. Não havia, na entrada, alterações do eletrocardiograma.

O paciente evoluiu durante 1 mês na enfermaria, sem regressão do quadro de entrada. Estava em tratamento com anfoterina B, chegando a tomar 950 mg.

Na semana que antecedeu ao óbito passou a apresentar forte dor ao nível do epigástrico, tendência à hipotensão e bradicardia. O fígado tornou-se palpável à 4 cm da reborda costal. As bulhas cardíacas ficaram abafadas. O E.C.G. mostrava complexos de baixa voltagem, com alterações difusas da repolari-

Trabalho dos Departamentos de Patologia e Clínica Médica da Faculdade de Ciências Médicas e Biológicas de Botucatu, São Paulo, Brasil

(1) Professor Assistente

(2) Residente

zação ventricular e extrassístoles ventriculares isoladas com períodos de trigeminismo. No RX de tórax, observou-se aumento da área cardíaca (Fig. 1).

Com a suspeita clínica de pericardite com restrição diastólica o paciente foi submetido a cateterismo cardíaco direito para a comprovação de tal hipótese. O cateterismo, embora tecnicamente insatisfatório por grande flutuação da linha de base, revelou "dips" diastólicos.

Com êsse dado indicativo de restrição diastólica o pericárdio foi puncionado, obtendo-se apenas 10 ml de líquido amarelado.

O quadro geral continuou se agravando, vindo o paciente a falecer.

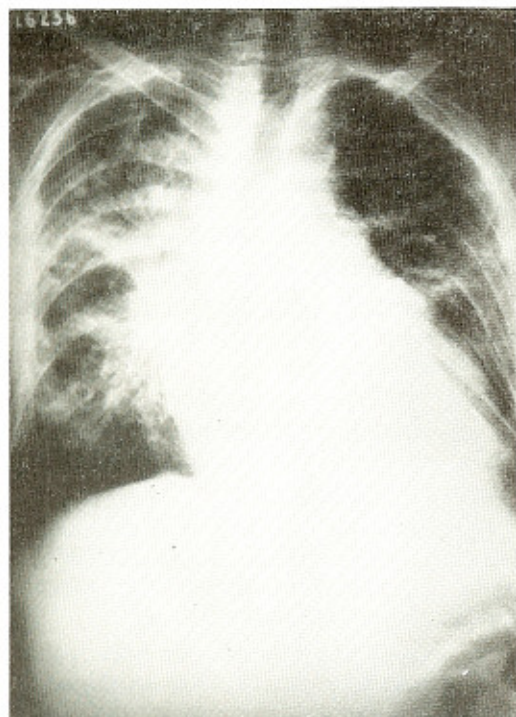


Fig. 1 — RX de tórax, mostrando área cardíaca aumentada e lesões pulmonares da blastomicose.

ACHADOS DE NECROPSIA

O exame macroscópico mostrou lesões cutâneas, pulmonares e ganglionares, compatíveis com blastomicose.

Na abertura do saco pericárdico, encontrou-se cerca de 50 ml de líquido amarelo turvo e intensa deposição de fibrina na superfície de ambos os folhetos pericárdicos. O coração pesou 400 g e, aos cortes, mostrava intenso espessamento do epicárdio (Fig. 2A). Este apresentava, sob a superfície fibrinosa, tecido branco granuloso que chegava, em vários pontos, até o miocárdio superficial (Fig. 2B).

As câmaras cardíacas estavam discretamente dilatadas e não havia Cor-pulmonale. A válvula aórtica apresentava discreta calcificação de uma das comissuras e as outras válvulas cardíacas eram normais.

Vários gânglios mediastinais supurados mantinham contigüidade com o saco pericárdico. No fígado notava-se congestão centrolobular nítida.

À microscopia encontrou-se o quadro granulomatoso da blastomicose sul-americana, com presença de inúmeros paracoccidioides nos pulmões, na pele e nos gânglios.

No pericárdio, o processo também era granulomatoso. Áreas múltiplas de necrose caseóide apareciam envoltas por reação epitelióide, com presença de células gigantes (Fig. 3). Raros fungos foram encontrados nessas lesões. Envolvendo os nódulos epitelióides havia halo linfo-plazmo-histiocitário que infiltrava a gordura pericárdica e se propagava para o miocárdio (Fig. 3), chegando a atingi-lo em profundidade, oferecendo campos de difusa miocardite intersticial (Fig. 4).

Ao lado desse tipo de lesão do miocárdio, observaram-se inúmeros focos granulomatosos miliares, com presença de fungos no interior de células gigantes (Fig. 5). Às vezes essas lesões focais mostravam aspecto supurativo central (Fig. 6).

Outros órgãos estavam acometidos à microscopia; assim, o baço, fígado, rins, pâncreas, tireóide, supra-renais e encéfalo continham lesões granulomatosas miliares.

A disseminação hematogênica do processo ficou clara pelo encontro de paracoccidioides, no interior de arteríolas aferentes e capilares glomerulares.

Em toda a autópsia não foram encontradas lesões de tuberculose, sendo principalmente examinados para essa conclusão morfológica, os gânglios mediastinais e os pulmões.

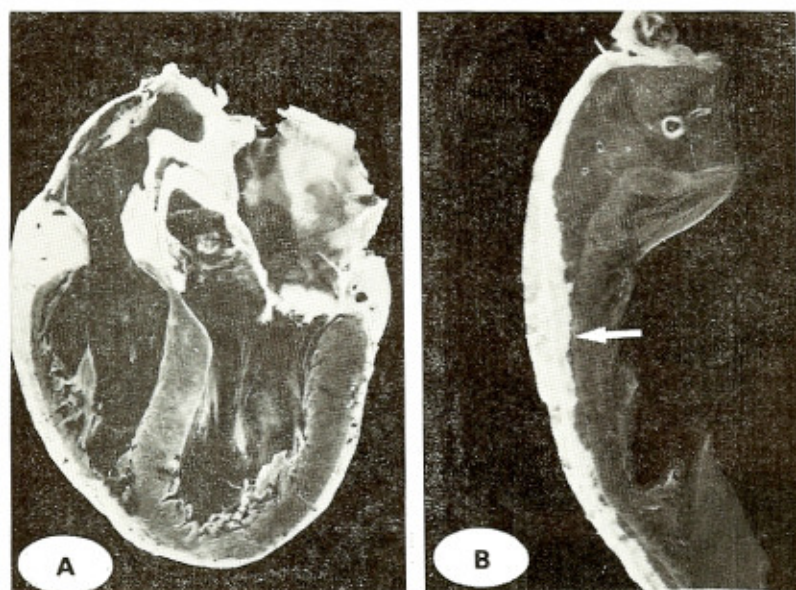


Fig. 2 — A — Espessamento intenso do epicárdio. Discreta dilatação dos ventrículos. B — Detalhe junto ao ventrículo direito, observando-se o espessamento intenso do epicárdio que chega até o miocárdio superficial (seta)

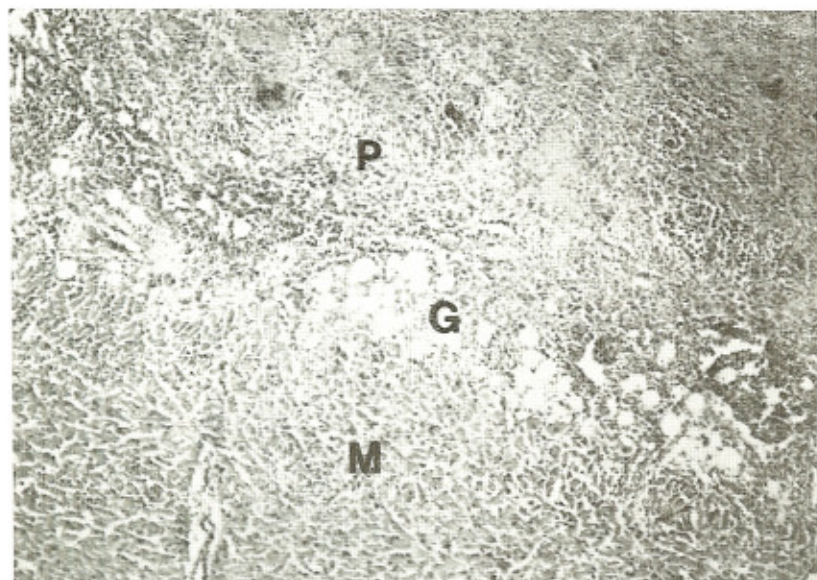


Fig. 3 — P — Pericárdio com processo crônico granulomatoso da blastomicose. G — Gordura pericárdica irregularmente infiltrada pelo processo inflamatório. M — Miocárdio superficial com miocardite intersticial (H.E. — 40 x)

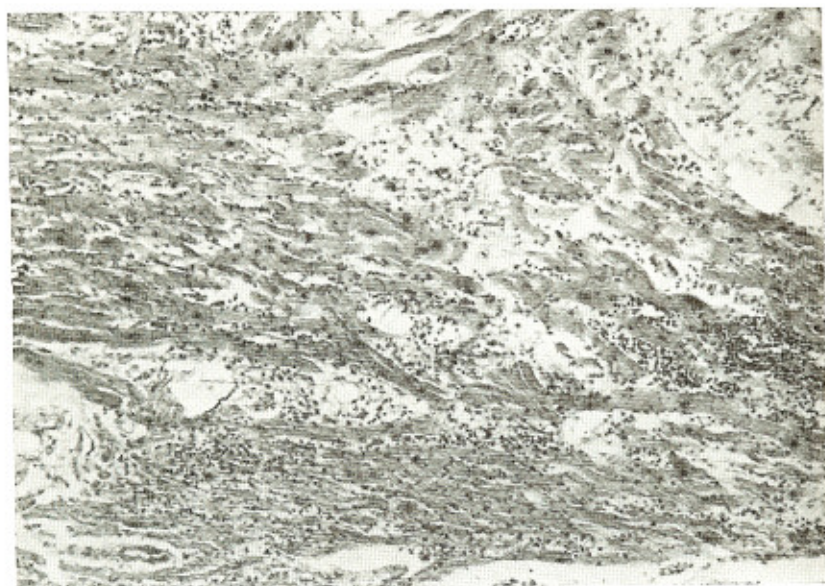


Fig. 4 — Miocardite difusa intersticial linfo-histiocitária. Intenso edema intersticial (H.E. — 50 ×)

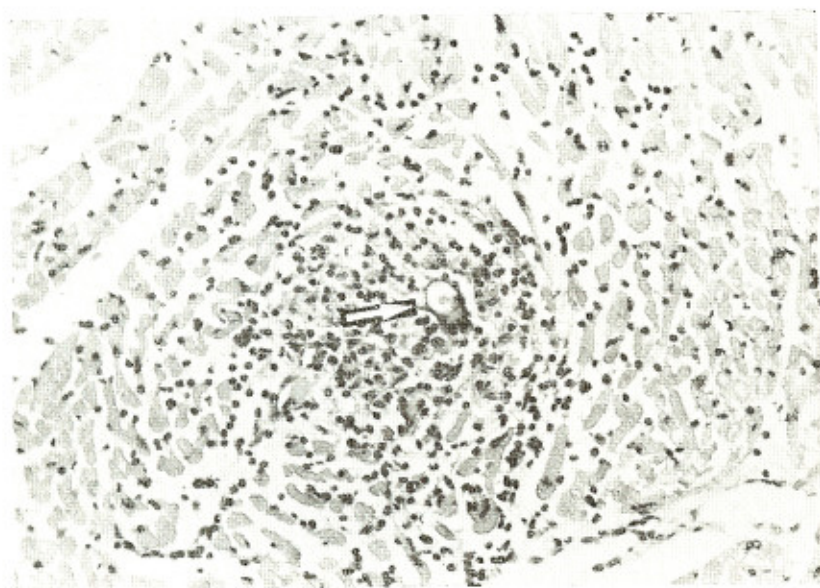


Fig. 5 — Foco granulomatoso do miocárdio. A seta indica o tongo no interior de célula gigante (H.E. — 200 ×)

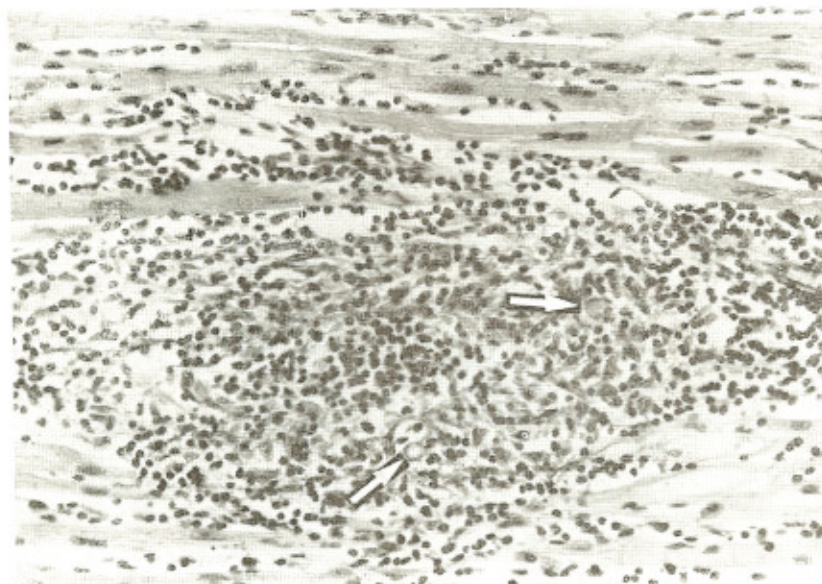


Fig. 6 — Reação granulomatosa do interstício do miocárdio com centro supurativo. As setas indicam paracoccidíóides (H.E. — 200 x)

COMENTÁRIOS

Trata-se portanto, de um caso de blastomicose sul-americana generalizada, (forma linfático-tegumento-visceral) com lesões cardíacas.

No primeiro caso relatado na literatura de envolvimento cardíaco na blastomicose generalizada (CUNHA MOTTA²), não há história clínica, pois o paciente faleceu sem assistência médica. O coração era normal à macroscopia e não existiam dados morfológicos de insuficiência cardíaca, à autópsia. As lesões foram achados histológicos e constavam de dois nódulos miliares granulomatosos no pericárdio profundo e miocardite miliar blastomicótica. Esta miocardite mostrava formas pequenas de paracoccidíóides no interior de fibras miocárdicas.

No segundo caso relatado (BANDEIRA DA SILVA³), há história clínica, sem referência a alterações cardiovasculares. O coração era normal à macroscopia e, no exame microscópico, havia discretos e escassos focos de reação granulomatosa no miocárdio, uma delas contendo o paracoccidíóides. Não havia lesão do pericárdio.

Um terceiro caso de comprometimento cardíaco em blastomicose sul-americana foi relatado por MIZIARA & MORAIS¹ no Oitavo Congresso Brasileiro de Patologia. Não encontramos o caso publicado e não temos informações sobre o padrão das lesões e sobre a existência de quadro clínico correspondente.

No presente caso, encontramos, no exame clínico e nos exames subsidiários, alterações tais como:

- 1) Hipotensão, bradicardia, abafamento de bulhas;
- 2) Eletrocardiograma com queda da voltagem dos complexos, alterações difusas da repolarização ventricular e extrassístoles com períodos de trigeminismo;
- 3) RX com aumento da área cardíaca;
- 4) Cateterismo cardíaco direito (embora tecnicamente pouco satisfatório) mostrando "dips" diastólicos, sugestivos de restrição diastólica.

Tais dados clínicos correlacionam-se com os dados de autópsia, onde havia lesões do miocárdio e extensa pericardite granulomatosa. No miocárdio não observamos fungos

no interior de fibras cardíacas, como no caso de Cunha Motta. As lesões eram intersticiais; difusas linfo-histiocitárias ou focais granulomatosas.

Acreditamos que o comprometimento do miocárdio, no nosso caso, tenha ocorrido por via hematogênica (granulomas miliares) e por propagação do processo pericárdico (miocardite intersticial linfo-histiocitária).

O acometimento do pericárdio assumiu morfológicamente aspecto semelhante ao da pericardite tuberculosa. Talvez a patogenia desta lesão tenha sido também semelhante. Os gânglios supurados do mediastino e acolados ao pericárdio parietal poderiam ter contaminado o saco pericárdico por contigüidade ou por drenagem linfática retrógrada.

SUMMARY

Lesions of the pericardium and myocardium in a case of generalized South-American blastomycosis

Case of South-American blastomycosis with granulomatous pericarditis and specific granulomatous myocarditis in a 48 years old, male, white, rural worker. There was clini-

cal, electrocardiographic and roentgenological evidences of cardiac involvement; cardiac catheterization revealed distolic dips compatible with diastolic restriction.

The miliary pattern of the myocarditis is suggestive of involvement through the blood stream. Pericardial involvement is probably consequence of contiguity with large necrotic mediastinal lymph nodes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. MIZIARA, H. L. & MORAIS, W. C. — Blastomicose Sul-americana com comprometimento cardíaco. Apresentado no *Oitavo Congresso Brasileiro de Patologia*, realizado em Fortaleza, Ceará, de 6 a 11 de julho de 1970.
2. MOTTA, L. da C. — Paracoccidioidal granulomatosis. Cardiac localizations in a case of generalized form. *Amer. J. Path.* 24: 323-337, 1948.
3. SILVA, W. B. da — Registro de um caso de Blastomicose Sul-americana generalizada com comprometimento cardíaco. *Anais Fac. Med. Univ. Recife* 16:235-243, 1956.

Recebido para publicação em 11/9/1972.