

Fungemia e coroidite por *Cryptococcus neoformans* - relato em portador de SIDA

Fungemia and choroiditis by Cryptococcus neoformans - case report in an AIDS patient

Daniel Ramos Parente ⁽¹⁾
Silvana Artioli Schellini ⁽¹⁾
Sílvia Alencar Marques ⁽²⁾
Mariângela Esther Alencar Marques ⁽³⁾

RESUMO

Relatamos um caso de coroidite bilateral por *C. neoformans* em pacientes portador de SIDA.

Palavras-chave: SIDA; Coroidites; *Cryptococcus neoformans*.

INTRODUÇÃO

O envolvimento ocular por *Cryptococcus neoformans* (*C. neoformans*) é bastante raro e costuma estar associado à doença generalizada ⁷ ou meningite criptocócica ¹.

Relatamos acometimento ocular bilateral pelo *C. neoformans*, em paciente portador de SIDA, atendido na Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP - SP.

RELATO DO CASO

FTM, 42 anos, masculino, médico, procurou o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu em abril de 1991 com **queixas** de febre vespertina, adinamia, inapetência, perda de peso (cerca de 12 kg) e aparecimento de lesões úlcero-croscas e poliadenopatia há 2 meses.

Ao **exame físico** apresentava-se em regular estado geral, peso de 66 kg, com palidez de mucosas ++. Na pele, lesões ulceradas, múltiplas, de cerca de 2 cm de diâmetro, recobertas por crostas, com halo eritemato-violáceo e base infiltrada. Na mucosa oral, presença de várias lesões ulceradas na gengiva e língua. Poliadenopatia dolo-

rosa. Fígado palpável à 2 cm do rebordo costal, baço percutível e não palpável.

Nos **exames laboratoriais** constatou-se: Sorologia anti-HIV: Elisa +; Western Blot +; Perfil imune CD4 4,1% (67 cels/mm³); CD8 56,7% (929 cels/mm³). Relação CD4/CD8 igual 0,1.

- **Biópsia das lesões da pele:** Paracoccidiodomicose.

Recebeu tratamento com Ketoconazol (400 mg/dia) e Zidovudina, respondendo satisfatoriamente por 14 meses, quando abandonou o tratamento. Seis meses após, apresentou quadro de tosse e dispnéia progressiva, falecendo à caminho do hospital.

Durante o seu acompanhamento, não houve referência à queixas oftalmológicas, não tendo sido feita avaliação ocular.

Na **autópsia** observou-se criptococose disseminada com acometimento de todos os órgãos, com lesões histopatológicas caracterizadas por grande quantidade do agente, especialmente no citoplasma de células macrofágicas, e ausência de reação inflamatória do hospedeiro. As leptomeninges mostraram-se comprometidas focalmente, observando-se pequena quantidade de fungos e raros focos de encefalite. Concluiu-se que a causa

⁽¹⁾ Departamento de Oftalmologia e Otorrinolaringologia.

⁽²⁾ Departamento de Dermatologia.

⁽³⁾ Departamento de Patologia.

Endereço para correspondência: Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP. CEP: 18618-000 - Rubião Junior - Botucatu - S.P.

mortis foi infecção fúngica disseminada (fungemia).

Os cortes histológicos do fundo de olho mostraram múltiplos focos de microrganismos na coróide e bainhas envoltórias do nervo óptico, com presença de formas extracelulares arredondadas, características do *C. neoformans*, e ausência total de resposta inflamatória do hospedeiro. A coloração de Mucicarmin evidenciou presença de cápsula mucóide intensamente corada na grande maioria dos fungos (Figura 1). Não foi encontrado comprometimento da retina nos diversos cortes histológicos examinados.

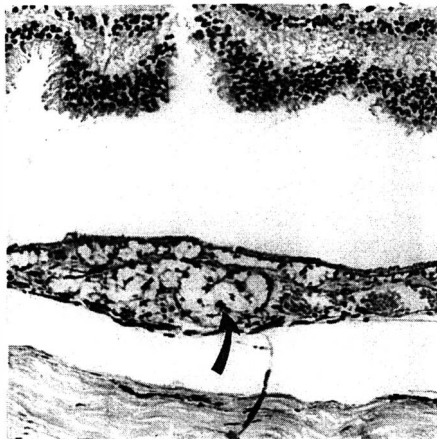


Figura 1 - Seleção histológica do fundo-de-olho. Presença de numerosas formas características do *C. neoformans* na coróide (seta) (Mucicarmin 100X).

DISCUSSÃO

O acometimento ocular por *C. neoformans* em portadores de SIDA foi descrito pela primeira vez por SCHUMAN & FRIEDMAN⁶, sendo poucos os casos descritos até o momento.

O olho geralmente é atingido por extensão direta, à partir de propagação

da infecção do SNC, através da bainha do nervo óptico ou por via hematogênica, nos casos de septicemia criptocócica.

No paciente que apresentamos, houve disseminação hematogênica do *C. neoformans*, com acometimento de todos os órgãos ou sistemas. A lesão ocular provavelmente ocorreu à partir da corrente sangüínea, uma vez que a quantidade de criptococos foi menor no SNC que em outros órgãos e o nervo óptico mostrou a presença do agente nas bainhas envoltórias. Além disso, o acometimento maciço da coróide é outro indício de que a via de disseminação da moléstia foi hematogênica.

A lesão ocular foi achado de autópsia, uma vez que não examinamos o paciente em vida. Porém, baseados nos relatos prévios, podemos tecer algumas considerações sobre as manifestações clínicas da coroidite por *C. neoformans* em pacientes de SIDA.

A queixa mais comum é o borramento da visão, tendo sido descritos casos assintomáticos³. O comprometimento da visão na criptococose pode se dar por lesão do sistema nervoso central, do nervo óptico² ou da coróide.

A bilateralidade é comum e os achados fundoscópicos não são típicos. Em paciente imunodeprimido não aidético, foi observada lesão única peripapilar em ambos os olhos⁴.

Nosso paciente apresentou coroidite multifocal e ausência de reação inflamatória, como também já observado por outros³. A escassa exsudação inflamatória, provavelmente, se deve ao estado de imunodeficiência do hospedeiro.

A suspeita clínica pode ser feita em pacientes portadores de SIDA nos quais observamos placas branco-

acizentadas, com escassas hemorragias, não responsivas ao tratamento para citomegalovírus e que melhoram com antifúngico⁵.

Portanto, a coroidite criptocócica deve estar entre os diferenciais das coroidites que acometem os portadores de SIDA, principalmente naqueles que apresentam sinais meníngeos. Muitas vezes o oftalmologista pode auxiliar o infectologista no diagnóstico e na evolução da doença com o controle fundoscópico, uma vez que o tratamento adequado poderá controlar a infecção.

SUMMARY

In this work, we report a case of bilateral choroiditis by C. neoformans occurred in an AIDS patient.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BISSERU, B.; BAJAJ, A.; CARRUTHERS, R. H.; CHHABBRA, H. N. - Pulmonary and bilateral retinochoroidal cryptococcosis. *Br. J. Ophthalmol.*, **67**: 157-161, 1983.
2. COHEN, D.; GLASGOW, B. J.; - Bilateral optic nerve Cryptococcosis in Sudden blindness in patients with acquired immune deficiency syndrome. *Ophthalmology*, **100**: 1689-1694, 1993.
3. DENNING, D. W.; ARMSTRONG, R. W.; PISAMAN, M.; STEVENS, D. A. - Endoftalmitis in a patient with disseminated cryptococcosis and AIDS who was treated with itraconazole. *Rev. Infect. Dis.*, **13**: 1126-1130, 1991.
4. DOFT, B. H.; CURTIN, V. T. - Combined ocular infection with cryptococcosis. *Arch. Ophthalmol.*, **100**: 1800-1803, 1982.
5. MARTENET, A. C. - Complications oculaires du SIDA. *Klin. Mbl. Augenheilk.*, **200**: 555-558, 1992.
6. SCHUMAN, J. S.; FRIEDMAN, A. H. - Retinal manifestation of the acquired immune deficiency syndrome (AIDS): Cytomegalovirus, *Candida albicans*, *Cryptococcus*, *Toxoplasmosis* and *Pneumocystis carinii*. *Trans. Brit. Ophthalmol. Soc.*, **103**: 177-190, 1983.
7. SCHULMAN, J. A.; LEVEQUE, C.; COATS, M.; LAWRENCE, L.; BARBER, J. C. - Fatal disseminated cryptococcosis following intraocular involvement. *Br. J. Ophthalmol.*, **722**: 171-175, 1988.