

RINOSPORIDIOSE CONJUNTIVAL — Relato de um caso

Prof. ROBERTO GÓES-MONTEIRO *

A rinosporidiose é uma micose profunda causada pelo *Rhinosporidium seeberi*, fungo cuja posição taxionômica ainda não foi completamente estabelecida. Apresenta-se sob forma de lesões granulomatosas de caráter poliposo acometendo preferentemente a mucosa nasal, seguindo-se a conjuntiva, faringe e ouvido, embora se tenham descritos casos de localização na parede abdominal¹, na genitália e no reto².

No início do seu ciclo vital nos tecidos o fungo apresenta-se como esferula de mais ou menos 6 micra que gradativamente aumenta de volume até 10 vezes o tamanho inicial, ocasião em que o núcleo de divide mitoticamente (reprodução assexuada); os dois núcleos-filhos também se dividem e os processos de mitoses só se encerram quando existem acima de 2.000 núcleos-filhos. À medida que as reproduções nucleares se fazem, a cápsula original se espessa e se distende. Quando as divisões nucleares se interrompem, o citoplasma se condensa em torno de cada núcleo-filho, formando-se as células-filhas ou esporangiôsporos que, em seu conjunto, envoltos pela cápsula, constituem o esporângio. Os esporângios se rompem ou eliminam os esporangiôsporos através de poros capsulares disseminando o processo pelos tecidos. O cultivo ainda não foi obtido e a reprodução experimental por inoculação em animais tem sido negativa, embora formas semelhantes tenham sido isoladas de muares, equinos e peixes.

O modo de transmissão não é conhecido, supondo-se que se faça a partir de animais parasitados, infectando-se o homem ao entrar em contato com água contaminada pelos esporos².

As lesões mucosas macroscopicamente se apresentam como pólipos pediculados ou sésseis, de aspecto amoriforme, friáveis, sangrando facilmente, pontilhados por pequenos pontos brancacentos visíveis a olho nu causados pela presença dos esporângios. Microscopicamente distinguimos estroma conjuntival vascular, edematoso, com grande número de células plasmáticas, linfócitos e células-gigantes, encontrando-se o fungo em diferentes etapas de desenvolvimento, os menores com membrana quitinosa de duplo contorno estriada radialmente. Os esporângios de 300 micra geralmente estão eliminando esporos, o que desencadeia reação típica de corpo estranho até que eles se esvaziem e se tornem colapsados³.

Em nosso meio a rinosporidiose é patologia considerada rara.

* Professor Contratado de Oftalmologia da Faculdade de Medicina da Universidade do Amazonas.

RELATO DO CASO

Paciente do sexo masculino, 7 anos, pardo, natural de Coari, Estado do Amazonas, onde é residente. Exame em 1/3/71.

Informa o responsável que há 1 ano e meio o olho direito começou a ficar vermelho e com secreção. Há um ano notou-se o aparecimento de "carne", que tem aumentado de tamanho, a qual recobre parcialmente o globo ocular. À inspeção observa-se presença de formação papilomatosa que se exterioriza ao nível da rima palpebral, recobrindo parcialmente a córnea e a conjuntiva temporais, havendo na superfície da tumoração áreas de su- fusões hemorrágicas e fino pontilhado branco. Ao se everter a pálpebra superior percebemos que o polipo se insere na conjuntiva palpebral ao nível do limite superior do tarso, ligeiramente temporal, por meio de delgado pedículo que lhe assegura grande mobilidade. O polipo tem aspecto pteriforme por ter se desenvolvido entre a pálpebra e o globo, medindo 15 x 10 x 3 mm. A acuidade visual foi 20/60 angular em OD e 20/30 angular em OE. À biomicroscopia percebemos em OD hiperemia intensa com exudato catarral; presença de formação polipoide cuja superfície avermelhada e irregular apresenta hemorragias petequiais e vasos tipo neo-formação; ob- servamos ainda grande número de formações arredondadas, brancacentas ou amareladas, e opacas. Durante o exame ocorreu hemorragia devido a manobras para everter a pálpebra. A superfície corneana recoberta pelo polipo apresentava edema epitelial e micro-ulcerações. Em OE nada havia de anormal. À oftalmoscopia não se revelou alteração e a tonometria de apla- nação acusou 11 mmHg em ambos os olhos.

Diagnóstico clínico: papiloma da conjuntival palpebral superior de OD (possível rinosporidiose). Conjuntivite catarral em OD.

Tratamento: Ressecção sob anestesia geral, após cauterização prévia do pedículo.



(Góes-Monteiro) Esporângio maduro com intensa reação inflamatória em torno. Coloração H.E.

Exame anátorno-patológico: Por motivos independentes de nossa vontade não nos foi possível encaminhar o material para exame imediatamente. Somente em dezembro de 1971 o material foi entregue ao Dr. Joaquim Marinho de Queiroz, chefe do Serviço de Anátorno-Patologia do Hospital São Geraldo — Clínica Oftalmológica da F.M.U.F.M.G. — que confirmou o diagnóstico clínico levantado de rinosporidiose.

Evolução: Reexaminamos o paciente 2 meses após, constatando cicatriz linear ao nível de implantação do pedículo. Solicitamos novo exame após 6 meses, não tendo o paciente retornado.

COMENTÁRIOS

A rinosporidiose assume caráter endêmico em certas regiões da Ásia — Índia e Ceilão — sendo encontrada com relativa frequência na África Central e mais raramente na América do Sul. Na sua grande maioria os casos relatados são de acometimento da mucosa nasal. Na literatura mundial as referências de casos oftalmológicos ascendem as duas centenas, embora, como diz Duke-Elder, o acometimento da conjuntiva em Uganda (África) seja tão comum a ponto de não merecer comentários⁴, o que significa, sem dúvida, que os dados desta literatura estão aquém da realidade.

No Brasil a micosé é relativamente rara. Sua ocorrência foi relacionada por Lacaz², Azevedo e colaboradores⁵ e por Agostini e Furtado⁶, tendo os últimos autores computado 27 casos de rinosporidiose dos quais 5 eram de localização oftalmológica.

O primeiro caso de acometimento ocular no Brasil foi o de Bocacio e Becker (1949), segundo Lacaz², de localização conjuntival e palpebral, no Rio Grande do Sul. Segue-se o de Souza e Cerrutti (1951)⁷ de localização conjuntival; o de Souza, Lacaz e Pasqualucci (1957) de localização conjuntival⁸; o de Azevedo, Balletato e Krug (1961) de localização conjuntival e orbitária⁵, todos os três ocorridos em São Paulo. Temos ainda o de Agostini e Furtado (1968), de localização conjuntival⁶, em Minas Gerais. Entretanto julgamos que o número real seja superior, uma vez que é do nosso conhecimento um caso do Dr. Mário Antônio Martins, no Pará, referido a nós por Joaquim Marinho de Queiroz, e mais 3 outros casos de Ribeiro-Gonçalves⁹, no Piauí, todos com comprovação anátorno-patológica, porém, não publicados.

A rinosporidiose oftalmológica pode acometer a conjuntiva, que é a localização mais comum, as pálpebras, as vias lacrimais, a esclera e a órbita, Kuriakose¹⁰, na Índia, em 25 casos encontrou a seguinte distribuição: 16 casos na conjuntiva (64%); cinco no saco lacrimal (20%); um caso escleral (4%); um caso orbitário (4%); um caso palpebral (4%); e um caso do canalículo lacrimal (4%). O acometimento escleral e orbitário se faz geralmente à partir de extensão de processo conjuntival^{11,12}.

A lesão da conjuntiva apresenta-se como pólipos vermelhos friáveis, facilmente sangrante e a presença de esporângios, responsáveis pelo pontilhado branco de sua superfície, torna-se até certo ponto característica. Evidentemente o exame microscópico é que nos dá o diagnóstico de certeza. Para

isto podemos fazer colheita dos grânulos (esporângios) e examiná-los simplesmente após fixação por vapores do ácido ósmico, como proposto por Thiago de Mello, ou após coloração por corantes como o Giemsa ou May-Grünwald.². A histo-patologia da lesão revela o parasito em todas as etapas do seu ciclo evolutivo nos tecidos³.

A rinosporidiose apresenta-se geralmente como lesão primária, sendo excepcionais localizações secundárias por disseminação hemática ou linfática².

Parece sem dúvida que o contato com água ou areia de rios e lagos desempenha papel na cadeia epidemiológica da doença. Entretanto, restam numerosos aspectos a se esclarecer. Nossa paciente, por fazer parte de população ribeirinha, com certeza teve oportunidade de contato demorado com água ou areia contaminadas por esporos.

O tratamento é feito com cirurgia radical das lesões com cauterização do leito de implantação, podendo ocorrer recidivas^{10, 11}. Nos casos inoperáveis ou nos em que há disseminação visceral têm sido usados a anfotericina B e os antimoniais pentavalentes¹².

RESUMO

A rinosporidiose é doença rara no Brasil. São feitos comentários a respeito da literatura, micologia, patologia e do tratamento da rinosporidiose oftalmológica.

SUMMARY

Rhinosporidiosis is a rare disease in Brazil. Comments are doing about the literature, mycology, pathology and treatment of ophthalmologic rhinosporidiosis.

AGRADECIMENTO

Ao Dr. Joaquim Marinho de Queiroz, chefe do Serviço de Anátomo-Patologia do Hospital São Geraldo, Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais — Clínica Oftalmológica —, pelo estudo microscópico e pela fotomicrografia.

REFERÊNCIAS

- 1) COUTINHO, E. M. — Rhinosporidiose. *An. Fac. Med. Univ. Recife*, 15:41-6, 1955.
- 2) LACAZ, C. S. — Compêndio de Micologia Médica. Sarvier, São Paulo, 1967.
- 3) ANDERSON, W. A. D. — Tratado de Patologia, Inter-Médica Editorial, 3^a edição, Buenos Aires, 1961.
- 4) DUKE-ELDER, S. — Diseases of The Outer Eye, in System Of Ophthalmology, Vol. VIII. Part I, Henry Kimpton, London, 1965.
- 5) AZEVEDO, M. L.; BELLETATO, A. e KRUG, A. — Rinosporidiose conjuntival. Quatro casos observados no Brasil. *Arq. bras. Oftal.* 24:37-45, 1961.
- 6) AGOSTINI, J. e FURTADO, T. A. — XXVI Congresso Brasileiro de Dermatologia-1968 (No prelo).
- 7) SOUZA, J. L. e CERRUTI, H. — Um caso de rinosporidiose ocular, — VII Congresso Brasileiro de Oftalmologia-1951.
- 8) SOUZA, J. L.; LACAZ, C. S. e PASQUALUCCI, M. E. A. — Rhinosporidiose ocular. *Rev. Inst. Adolfo Lutz*, 16:154-160, 1957.
- 9) RIBEIRO-GONÇALVES, J. O. — Comunicação pessoal-1971.
- 10) KURIAKOSE, E. T. — Oculosporidiosis; rinosporidiosis of the eye. *Brit. J. Ophthal.*, 47:346-349, 1963.
- 11) FRANCOIS, J. — Les Mycoses Oculaires. Masson & Cie., Editeur, Paris, 1968.
- 12) LACAZ, C. S. — Terapêutica das Micoses — Fundo Editorial Prociex, S. Paulo, 1962.