

AVALIAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DAS MICOSES PROFUNDAS DIAGNOSTICADAS NO HU-UFJF¹

Autores

Alessandra de Souza Oliveira ²
Adriano Martins Tricoti ²
Maria Teresa Feital de Carvalho ³

RESUMO

No período de Janeiro de 1994 a Junho de 1998 foram diagnosticados 82 casos de micoses profundas no HU-UFJF. Destes, 39 eram de esporotricose, 32 de paracoccidioidomicose, 9 de criptococose e 2 de cromomicose. Destas micoses foram feitas avaliações epidemiológicas em relação à procedência, contágio, sexo, idade e profissão. Foram também avaliados o aspecto e local das lesões, quadro clínico dos pacientes e tratamento.

UNITERMOS

Micose, dermatomicose, epidemiologia

-
- 1 - Trabalho realizado no Departamento de Clínica Médica do Hospital Universitário da UFJF com o financiamento do BIC.
 - 2 - Acadêmicos da Faculdade de Medicina da UFJF.
 - 3 - Professor Adjunto da disciplina de Dermatologia e Chefe do Serviço de Dermatologia da Faculdade de Medicina da UFJF.

Micoses profundas são doenças causadas por diferentes fungos que invadem a derme e/ou hipoderme e órgãos internos, com reação inflamatória granulomatosa e presença de diversos anticorpos séricos. O contágio inter-humano é desconhecido. Nesse trabalho procuramos avaliar quais são as micoses profundas mais freqüentes em nosso meio.

Esporotricose: é uma doença micótica crônica causada pelo *Sporothrix (Sporothricum) schenckii*, atingindo a pele e, eventualmente, mucosas e órgãos internos. O *S. schenckii* é um saprófita que habita o meio ambiente (solo, vegetais, palha) e penetra no homem após um traumatismo.

A esporotricose é uma doença de distribuição universal, porém é mais freqüente nos climas tropical e subtropical. Sexo, idade e raça são indiferentes. É doença de zona rural e urbana e endêmica em certas regiões.

O diagnóstico é confirmado pela cultura do fungo. O tratamento é realizado com iodeto de potássio, podendo serem utilizados a Anfotericina B, 5-Fluorocitosina e o Cetoconazol, em caso de intolerância ao iodeto.

Paracoccidioidomicose: é micose crônica, subaguda causada pelo *Paracoccidioides brasiliensis*, com comprometimento tegumentar e visceral. Doença endêmica de zonas rurais, descrita inicialmente no Brasil e exclusiva da América do Sul e América Central (exceto Chile).

Esta doença atinge preferencialmente lavradores adultos do sexo masculino na sua forma crônica. Excepcionalmente temos formas localizadas; a regra geral é a generalização da doença. Em geral, as primeiras queixas dos pacientes referem-se às lesões da mucosa oral.

O diagnóstico baseia-se inicialmente

na visualização e isolamento do fungo através do exame direto. Outros exames devem ser averiguados (exame histopatológico, testes imunológicos, radiografias de tórax).

O tratamento deve ser contínuo e, no mínimo, por dois anos. As sulfonamidas dão bons resultados. A Anfotericina B está indicada nos casos extensos ou graves. Pode-se usar corticóides associados no soro glicosado para diminuir ou evitar os efeitos colaterais e evitar a fibrose pulmonar.

Criptococose: micose sistêmica que envolve principalmente os pulmões e o sistema nervoso central. É causada pelo *Cryptococcus neoformans*; sua penetração ocorre por inalação. Era rara no Brasil até o aparecimento da AIDS.

Cromomicose: micose crônica, produzida por diversas espécies de fungos, sendo os agentes etiológicos mais comuns os fungos *Fonsecaea pedrosoi*, *Cladosporium carrionii* e *Phialophora verrucosa*. A penetração se faz por traumatismo causado por vegetal, sendo mais comum nos membros.

É uma doença de distribuição universal, porém mais freqüente nas zonas tropical e subtropical. A doença, às vezes, pode levar à incapacitação física.

O tratamento pode ser local quando as lesões são em pequeno número. A Anfotericina B, 5-Fluorocitosina e Itraconazol são medicações que podem ser usadas nem sempre com sucesso.

As micoses profundas trazem grandes prejuízos ao paciente, tanto no aspecto social quanto no aspecto econômico, pois atingem adultos em fase ativa da vida, podendo prejudicá-los profissionalmente.

O conhecimento epidemiológico destas enfermidades nos permite atuar com medidas preventivas com o intuito de diminuir sua incidência.

MATERIAIS E MÉTODOS

Os autores realizaram levantamento dos casos de micoses profundas diagnosticadas de Janeiro de 1994 a Junho de 1998

pelos Serviços de Dermatologia e de Doenças Infecto-parasitárias em pacientes hospitalizados e/ou ambulatoriais. Em decorrên-

cia da falta de arquivo nosocomial, o trabalho foi realizado através de: 1 - Levantamento em livros de registro do laboratório central do HU-UFJF das culturas positivas para fungos causadores das micoses profundas; 2 - Levantamento dos diagnósticos de micoses

profundas realizados no Serviço de Anatomia Patológica do HU-UFJF; 3 - Levantamento dos dados dos pacientes, cujos exames confirmaram micose profunda pelos métodos anteriores, nos prontuários arquivados no SAME do HU-UFJF.

RESULTADOS

Os resultados foram condensados em 5 tabelas representativas das questões mais

relevantes, como pode ser analisado abaixo:

Tabela 1

Relação micoses profundas x sexo no HU-UFJF

Sexo	Esporotricose	Paracoccidioidomicose	Criptococose	Cromomicose
Masculino	25	27	8	2
Feminino	14	5	1	0

Tabela 2

Relação micoses profundas x profissão no HU-UFJF

Profissão	Esporotricose	Paracoccidioidomicose	Criptococose	Cromomicose
Estudante	8	4	0	0
Lavrador	7	7	0	1
Do lar	5	4	1	0
Serviços Gerais	3	1	0	0
Servente	2	1	0	0
Professor	1	1	1	0
Aposentado	2	0	1	0
Motorista	0	1	1	1
Pedreiro	0	2	0	0
Pintor	0	2	0	0
Comerciante	1	0	1	0
Outras	3	6	4	0

Em 7 pacientes de esporotricose e 3 de paracoccidioidomicose não houve identificação da profissão.

Tabela 3

Relação micoses profundas x idades no HU-UFJF

Idades	Esporotricose	Paracoccidioidomicose	Criptococose	Cromomicose
0 - 10	8	2	0	0
11 - 20	5	6	0	0
21 - 30	6	4	1	0
31 - 40	3	5	4	0
41 - 50	4	7	2	0
51 - 60	4	2	2	2
Acima de 60	4	0	0	0

Em 5 pacientes de esporotricose e 6 de paracoccidioidomicose não foi possível a determinação de suas idades.

Tabela 4

Relação micoses profundas x zona de contágio no HU-UFJF

Zona de contágio	Esporotricose	Paracoccidioidomicose	Criptococose	Cromomicose
Rural	7	1	0	1
Urbana	31	28	9	1

Tabela 4

Procedência dos casos de micoses profundas diagnosticadas no HU-UFJF

Procedência	Esporotricose	Paracoccidioidomicose	Criptococose	Cromomicose
Juiz de Fora	25	9	5	1
Viçosa	0	4	0	0
Dores do Turvo	1	0	1	0
Mercês	1	1	0	0
Miraf	0	1	0	1
Conceição do Rio Verde	0	2	0	0
Rio Novo	2	0	0	0
Levy Gasparian	0	1	1	0
Leopoldina	0	0	2	0
Chacara	1	1	0	0
Outras	8	10	0	0

Em 1 paciente de esporotricose e 3 de paracoccidioidomicose não foi possível a determinação da procedência

DISCUSSÃO

Dos 82 casos de micoses profundas diagnosticadas no período de Janeiro de 1994 a Junho de 1998 no HU-UFJF, encontramos um predomínio de esporotricose identificada em 39 amostras seguida de paracoccidioidomicose em 32 amostras, correspondendo a 86,58% do total. O sexo masculino foi o mais acometido pelas micoses profundas em um total de 62 pacientes, correspondendo a 75,61%.

Resultado semelhante foi observado em trabalho publicado pelo Serviço de Dermatologia do HU-UFJF em 1983 registrando na ocasião 89,9% de esporotricose e paracoccidioidomicose, sendo 61,1% representado pela primeira micose.

A esporotricose é considerada a mais freqüente das micoses profundas² o que foi também confirmado no presente estudo, correspondendo entre nós a 48% dos casos registrados. É considerada por alguns autores como doença do meio rural¹, en-

quanto outros acreditam que seja mais freqüente em área urbana⁷ e outros ainda consideram ser indiferente a procedência relacionando o contágio ao contato com plantas e terra³. Observamos em nosso meio predominância de pacientes do meio urbano com 31 pacientes, correspondendo a 79,49%.

É considerada moléstia profissional², sendo a maior incidência entre trabalhadores que lidam com o solo e vegetais contaminados pelo fungo. Em nosso meio, houve predomínio dessa micose entre lavradores, mas foi encontrada também em profissionais diversos. Grande também foi a freqüência entre estudantes, mas não foi possível saber como havia sido feito o contágio, se no lazer ou no trabalho feito concomitantemente.

Houve predomínio no sexo masculino (64,1%) e na faixa etária entre 21 e 60 anos, o que está de acordo com a literatu-

ra que refere que a esporotricose ocorre em qualquer idade, raça ou sexo mas que é mais freqüente em homem adulto². As lesões predominaram em membros superiores. A forma de tratamento utilizada em todos os casos foi o iodeto de potássio.

Os resultados de paracoccidiodomicose demonstraram predomínio do adulto com mais de 21 anos (56,25%) e do sexo masculino (84,38%). Os pacientes observados exerciam profissões diversas, sobresaindo-se a de lavrador, semelhante ao citado na literatura. A procedência é, em maioria, de outras cidades da Zona da Mata (62,5%). A maior parte dos pacientes (87,5%), no momento do diagnóstico, morava em zona urbana; a análise da maioria dos prontuários não nos forneceu concreta informação sobre a procedência dos pacientes e ocupações anteriores, dificultando a conclusão sobre o contágio. As alterações predominantes nos pacientes, na época do diagnóstico, foram adenomegalia cervical (11) e lesões de cavidade oral (6). O tratamento foi feito com Sulfametoxazol-trimetoprim e Anfotericina B.

A criptococose está intimamente relacionada a imunodepressão quer seja por AIDS, linfoma, leucemia, transplante de órgão ou uso de drogas imunossupressoras ou corticóides.

Os 9 pacientes citados no presente trabalho eram portadores de AIDS. Antes do aparecimento da imunodeficiência ad-

quirida não tinham sido diagnosticados casos de criptococose em Juiz de Fora⁵.

Desses pacientes, 8 eram do sexo masculino confirmando o que está escrito na literatura de que existe predominância em adulto do sexo masculino⁴. O quadro clínico prevalente foi o de meningite criptocócica (8), associado ao quadro de AIDS. O tratamento foi feito com Anfotericina B, Sulfametoxazol-trimetoprim e medicação anti-viral.

O território brasileiro constitui uma importante área endêmica de cromomicose⁶. No período citado, foram registrados 2 casos sendo os pacientes do sexo masculino, com idade de 53 e 58 anos. Lavrador e transportador de material de lavoura, os pacientes apresentavam como local da lesão o membro superior, apesar de a lesão ser citada predominantemente nos membros inferiores. Um dos pacientes era de Juiz de Fora (zona rural) e outro de Miraf-MG (zona rural). A forma de tratamento instituída foi o Itraconazol.

O levantamento realizado demonstrou que dentre as micoses profundas predominaram a esporotricose e a paracoccidiodomicose, sendo a cromomicose raramente observada e a criptococose, sempre associada a AIDS, ocorrendo com uma freqüência cada vez mais acentuada.



**EPIDEMIOLOGY
OF DEEP MYCOSES
AT THE HU-UFJF**

From January, 1994 to June, 1998, 82 diagnoses of deep mycoses were made at the HU-UFJF. 39 were sporotrichosis, 32 paracoccidioidomycosis, 9 cryptococosis and 2 chromomycosis. Epidemiological survey analysed origin, contact, gender, age and occupation. The site and character of the lesions, the clinical picture and the treatment were also analysed.

KEY WORDS

Mycosis, dermatomycosis, epidemiology.

**REFERÊNCIAS
BIBLIOGRÁFICAS**

- 1 - AZULAY, R D; AZULAY, D R. *Dermatologia*. 2. ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1997. p. 213-23.
- 2 - AZULAY, R D; DONADEL, K W; OLIVEIRA, J C; REINOSO, Y D. Esporotricose revisão. *An Bras Dermatol*, 69: 45-52, 1993.
- 3 - BECHELLI, L M; CURBAN, G V. *Compêndio de Dermatologia*. 6. ed. São Paulo, Atheneu, 1998. p. 295-99.
- 4 - CAMPBELL, I; MARQUES, S A; RUIZ, L R B; SOUZA, V M; ZAITZ, C. *Compêndio de Micologia Médica*. 1. ed. Rio de Janeiro, Medsi, 1998. p. 231-63, 297-303.
- 5 - CARVALHO, M T F; MARCHI, M S; MODESTO, B; PEREIRA, C A C. Incidência de Dermatofitos em Juiz de Fora. *An Bras Dermatol*, 58: 253-56, 1993.
- 6 - LONDERO, A T; RAMOS, C D. Cromoblastomicose no interior do Estado de Rio Grande do Sul. *An Bras Dermatol*, 64: 155-58, 1989.
- 7 - RIVITTI, E A; SAMPAIO, S A P. *Dermatologia*. 1. ed. São Paulo, Artes Médicas, 1998. p. 535-61.