



RELATO DE CASO

Primary chromohifomycosis of the nasal septum[☆]

Cromohifomicose primária do septo nasal

Lídio Granato^{a,*}, Ísis Rocha Dias Gonçalves^a, Tomás Zecchini Barrese^b,
Carlos Kayoshi Takara^a

^a Departamento de Otorrinolaringologia, Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, Vila Buarque, SP, Brasil

^b Departamento de Ciências Patológicas, Santa Casa de São Paulo, Vila Buarque, SP, Brasil

Recebido em 15 de agosto de 2012; aceito em 31 de julho de 2013

Introdução

A cromohifomicose, também conhecida por cromoblastomicose, é uma doença que compromete áreas desprotegidas de vestuário, sendo os membros inferiores os mais atingidos.¹ Raramente a cavidade nasal é afetada por lesões cromoblastomicóticas, sendo descritos apenas três relatos de caso nessa região.¹⁻³ Essa infecção é causada por uma variedade de fungos que, na superfície do meio de cultura, exibem coloração verde-escura dada pela camada de hifas, e na profundidade é praticamente negra. Esses fungos são denominados Demácios e, no estudo histológico, corado pela hematoxilina-eosina, são acastanhados.⁴ A cromohifomicose septal é rara e o seu diagnóstico baseia-se no histopatológico e na cultura.⁵

Relato de caso

Masculino, 52 anos, natural de São Paulo, comerciante, nega ter frequentado zona rural. Referia ferida, obstrução e rinorreia em cavidade nasal esquerda há um mês. Devido doença renal policística desenvolveu insuficiência renal, realizou hemodiálise por cinco anos e foi submetido a transplante renal há dois anos. Por conta do transplante fazia uso de tacrolimus e corticosteroides apresentando-se imunossuprimido. Apresentava na porção anterior do septo lesão arredondada, de aspecto granuloso, com 1,5 cm de

diâmetro (fig. 1A). Possuía lesões menores e assintomáticas, semelhantes à anterior, dispersas na cavidade nasal e no palato duro. A lesão septal foi excisada, sem complicações com a mucosa, por meio da exposição da porção anterior da cavidade nasal (fig. 1B). Após a remoção da lesão de maior volume foi realizada complementação do tratamento com antifúngicos.

O exame histopatológico com hematoxilina-eosina (HE) mostrou processo inflamatório crônico granulomatoso, com fungos arredondados (leveduras) e acastanhados, alguns septados (fig. 2A e 2B), indicativos de cromohifomicose. As colorações específicas para fungos foram dispensáveis. A análise do fungo crescido no meio de cultura permitiu concluir tratar-se da espécie *Fonsecaea pedrosoi*, que se caracteriza por apresentar esporulação do tipo rinocladiela, por vezes associada ao tipo cladospório.⁴

Discussão

A cromohifomicose é uma doença granulomatosa, tendo como agentes contagiantes os variados fungos de coloração escura, sendo o mais frequente o *Fonsecaea pedrosoi*. São formas saprófitas habituais do solo e de vegetais em decomposição. O traumatismo é a porta de entrada para esses agentes. A doença afeta principalmente homens, geralmente trabalhadores de zona rural e, segundo Carrión,⁶ ocorreu em 96% na sua casuística, guardando uma proporção entre

DOI se refere ao artigo: 10.5935/1808-8694.20140016

[☆]Como citar este artigo: Granato L, Gonçalves IRD, Barrese TZ, Takara CK. Primary chromohifomycosis of the nasal septum. Braz J Otorhinolaryngol. 2014;80:86-7.

* Autor para correspondência.

E-mail: drlidio@terra.com.br (L. Granato).

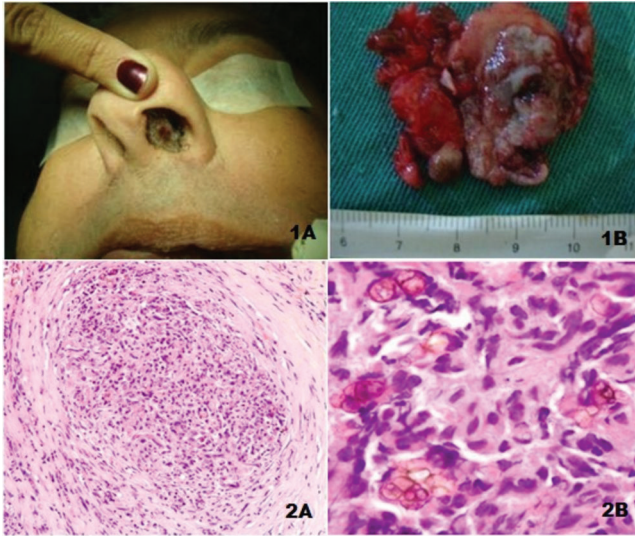


Figura 1 Imagem clínica da lesão septal (1A). Lesão removida com segmento de mucosa (1B). HE, Pequeno aumento (2A). Processo inflamatório crônico granulomatoso, com fungos arredondados e acastanhados, alguns com septos. HE, Grande aumento (2B).

homens e mulheres de 20:1. As lesões iniciam-se nos pés, passam para o membro inferior e alcançam os membros superiores, podendo alcançar vários outros órgãos, como pulmão, conjuntiva, cérebro e garganta. Nosso paciente, não obstante tivesse negado qualquer ferimento ou porta de entrada em região nasal, não permitiu que afastássemos a possibilidade de eventual trauma nasal pelo hábito de coçar.

A cromohifomicose, ocorrendo primariamente em outras regiões que não as extremidades, são raras. Londero et al.,¹ em 1968, e Zaror et al.² em 1987 isolaram na lesão septal o *Fonsecaea pedrosoi*, enquanto Nakamura et al.⁴ isolou *Phialophora verrucosa*. *Fonsecaea pedrosoi* é a espécie mais frequente na cromohifomicose (84% segundo Carrión).⁶ O nosso paciente, ainda avaliado pelo serviço de dermatologia, não apresentava lesões em membros inferiores, apenas em região nasal e palato.

O diagnóstico das demaciomicoses, termo introduzido por Symmers para denotar enfermidades causadas por fungos pigmentados, pode ser feito por exame direto com o lactofenol azul algodão ou por meio do estudo histopatológico corado pelo HE, que evidencia o fungo caracteristicamente acastanhado dentro ou fora das células gigantes.⁴

A cultura em meio de Sabouraud permitirá designar a espécie pela análise do tipo de esporulação.⁴ O diagnóstico diferencial pode ser feito com a rinosporidiose, leishmaniose e paracoccidioidomicose⁵ (muito rara em cavidade nasal).

O tratamento preconizado de início para o paciente após a limpeza cirúrgica foi o itraconazol por três meses. Como não houve resposta optou-se pela anfotericina B lipossomal. Após um mês o paciente ainda apresentava fungos em exame micológico direto e não houve diminuição do tamanho das lesões remanescentes. Elegeu-se então o voriconazol por via oral. Este antifúngico é um triazólico de segunda geração, derivado sintético do fluconazol, e tem vantagens sobre os demais antifúngicos, principalmente nos casos de resistência à anfotericina. Foi prescrito por seis meses na dosagem de 6 mg/kg a cada 12 horas, obtendo-se melhora significativa do quadro clínico com remissão completa das lesões.

O prognóstico em geral é bom, exceto quando acomete vísceras. Dependerá ainda da condição imunológica do pacientes.

Considerações finais

A cromohifomicose no septo nasal é uma afecção rara, sendo difícil elucidar seu surgimento neste local. A imunodepressão do paciente favoreceu o desenvolvimento da lesão.

Conflitos de interesse

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

Referências

1. Londero AT, Ramos CD, Fischman O. Cromoblastomicose primária do nariz. *O Hospital*. 1968;74:323-8
2. Zaror L, Fischman O, Pereira CA, Felipe RG, Gregorio LC, Castelo A. A case of primary nasal chromoblastomycosis. *Mykosen*. 1987;30:468-71.
3. Nakamura T, Grant JA, Threlkeld R, Wible L. Primary chromoblastomycosis of the nasal septum. *Am J Clin Pathol*. 1972;58:365-70.
4. Oliveira JC. *Micologia Médica*. Ed Control Lab; 1999.
5. Symmers WS. Chromoblastomycosis simulating rhinosporidiosis in a patient from Ceylon. *J Clin Pathol*. 1960;13:287-90.
6. Carrión AL. Chromoblastomycosis. *Ann N Y Acad Sci*. 1950;50:1255-82.