

Criptococose palpebral: relato de caso

Palpebral cryptococcosis: case report

Murilo Barreto Souza¹
 Carlos Sérgio Nascimento Melo²
 Cristiana Silveira Silva³
 Ruth Miyuki Santo⁴
 Suzana Matayoshi⁵

RESUMO

Relata-se o caso de uma paciente portadora de síndrome da imunodeficiência adquirida empiricamente tratada com esquema tríplice para tuberculose miliar. Durante a evolução clínica a paciente cursou com lesões comprometendo a pálpebra e conjuntiva tarsal à direita. A hipótese diagnóstica inicial foi de tuberculose ocular com comprometimento conjuntival e palpebral. A biópsia da lesão conjuntival mostrou presença do *Cryptococcus neoformans*. Após o início do tratamento específico com anfotericina B, a paciente apresentou melhora das lesões cutâneas.

Descritores: Infecções oportunistas relacionadas com a AIDS; Criptococose/microbiologia; *Cryptococcus neoformans*; Doenças palpebrais/microbiologia; Infecções oculares fúngicas; Anfotericina B/uso terapêutico; Relatos de casos [tipo de publicação]

INTRODUÇÃO

A criptococose é uma infecção oportunística, causada pelo *Cryptococcus neoformans*, um fungo dimorfo e encapsulado, de distribuição universal⁽¹⁾. A infecção primária em indivíduos sadios é possível, porém rara, ocorrendo com maior frequência em indivíduos imunodeprimidos, quando se apresenta como uma doença grave e potencialmente fatal. O sítio inicial da infecção é geralmente o pulmão, onde a infecção pode permanecer de forma latente ou oligossintomática por um longo período. Em 10% dos casos evolui com disseminação hematogênica, com predileção especial pelo sistema nervoso central⁽¹⁾. O comprometimento ósseo, cutâneo ou ocular é bem menos freqüente⁽²⁾. É descrito a seguir o caso de uma paciente portadora da síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA), com comprometimento palpebral e conjuntival pelo *C. neoformans*.

RELATO DE CASO

EMS, sexo feminino, 43 anos, negra, natural e procedente de São Paulo, com diagnóstico de SIDA há 7 meses, em uso de terapia anti-retroviral desde então. A paciente apresentava quadro clínico compatível com tuberculose miliar há 4 meses, encontrando-se em uso empírico do esquema tríplice há 3 meses, tendo cursado com discreta melhora do estado geral. Evoluiu com aparecimento de edema em pálpebra superior direita, acompanhado de linfadenopatia cervical e lesões cutâneas na face. Negava secreção ocular ou baixa de acuidade visual.

Ao exame clínico apresentava acuidade visual corrigida de 20/20 em ambos os olhos, motricidade ocular extrínseca, pressão intra-ocular e reflexo fotomotor sem alterações. Exibia edema de terço lateral da pálpebra superior direita acompanhado de nódulo de consistência fibroelástica, e úlcera com bordas elevadas, recoberto por material sero-hemático, associa-

Trabalho realizado no Serviço de Plástica Ocular, Departamento de Oftalmologia e Otorrinolaringologia. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - USP.

¹ Médico oftalmologista. Docente da Disciplina de Informática Médica da Faculdade de Medicina da Faculdade de Ciência e Tecnologia - FTC - Salvador (BA) - Brasil.

² Fellow do Serviço de Retina e Vítreo do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - USP - São Paulo (SP) - Brasil.

³ Médica Dermatologista.

⁴ Doutora em oftalmologia pela USP - São Paulo (SP) - Brasil. Médica Assistente do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP - São Paulo (SP) - Brasil.

⁵ Doutora em oftalmologia pela USP - São Paulo (SP) - Brasil. Médica Assistente do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP - São Paulo (SP) - Brasil.

Endereço para correspondência: Murilo Barreto Souza. Rua Alberto Ponde, 109/503 - Salvador (BA) CEP 40280-690
 E-mail: murilobarreto@ig.com.br

Recebido para publicação em 11.12.2003
 Versão revisada recebida em 24.11.2005
 Aprovação em 02.12.2005

dos a pápulas, algumas agrupadas, tendendo a umbilicação central, na pele da região temporal (Figura 1). À biomicroscopia apresentava perda de cílios na borda lateral da pálpebra superior direita, e tumoração envolvendo a mesma região com comprometimento da conjuntiva tarsal (Figura 2). Não foram observadas alterações fundoscópicas. O olho esquerdo era normal. Devido à suspeita clínica inicial de tuberculose miliar, foi feita a hipótese diagnóstica de tuberculose palpebral e



Figura 1 - Edema de terço lateral da pálpebra superior direita acompanhado de úlcera com bordos elevados, recoberto por material serohemático, e pápulas na face



Figura 2 - Perda de cílios em borda lateral da pálpebra superior direita, e tumoração envolvendo a mesma região com comprometimento da conjuntiva tarsal

indicada a realização de biópsia da lesão conjuntival. O exame anátomo-patológico evidenciou presença de histiócitos e células gigantes multinucleadas após coloração pela hematoxilina-eosina. A pesquisa de bacilo álcool-ácido resistente pela coloração de Ziehl-Nielsen foi negativa. A coloração com o mucicarmim evidenciou a presença de blastoconídeos com cápsula radiada, compatíveis com *C. neoformans* (Figura 3). Foi iniciado o tratamento com anfotericina B, 1 mg/kg/d, seguido de fluconazol 400 mg/d. A paciente evoluiu com melhora das lesões 3 semanas após início do tratamento, e permaneceu assintomática durante 7 meses, voltando a apresentar novas lesões cutâneas na face, 1 mês após interrupção do tratamento, quando foi reiniciado o uso de fluconazol.

DISCUSSÃO

A criptococose é uma micose rara e potencialmente fatal, que acomete mais freqüentemente indivíduos adultos imunodeprimidos⁽¹⁾. Desde o surgimento da síndrome da imunodeficiência adquirida a criptococose vem se tornando cada vez mais freqüente, atingindo 5 a 10% destes pacientes ao longo da vida, principalmente na forma de acometimento pulmonar, representando a principal causa de infecção fúngica grave⁽³⁾. As manifestações cutâneas são observadas em 10 a 20% dos pacientes, e se apresentam clinicamente de várias formas, acometendo principalmente a cabeça e o pescoço⁽²⁾. Em pacientes portadores de SIDA, as lesões cutâneas da criptococose podem apresentar umbilicação central simulando o molusco contagioso, como aconteceu em algumas lesões cutâneas neste caso. A manifestação ocular mais freqüente é o envolvimento do segmento posterior na forma de atrofia óptica, papiledema, endoftalmite e coroidite⁽³⁾. Há também descrições de envolvimento iriano⁽⁴⁾, da região límbica⁽⁵⁾, e comprometimento palpebral⁽²⁾ e conjuntival⁽³⁾, como o relatado neste caso. Não há relato específico de comprometimento palpebral isoladamente.

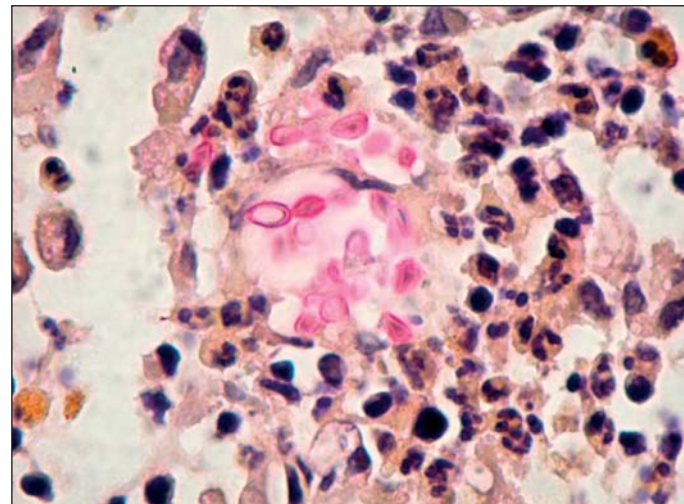


Figura 3 - Corte histológico corado pelo mucicarmim evidenciando blastoconídeo com cápsula radiada (40x)

O prognóstico depende do grau de comprometimento imunológico da paciente, da magnitude e sítios de comprometimento da infecção pelo *C. neoformans*, e do início imediato do tratamento⁽²⁾. Neste caso observamos a importância do exame anátomo-patológico, uma vez que, na ausência do isolamento do *Mycobacterium tuberculosis*, a paciente foi empiricamente tratada para tuberculose miliar por 3 meses sem melhora satisfatória do quadro. Com a identificação de um agente etiológico, através da biópsia palpebral e conjuntival, compatível com as lesões estudadas e com o quadro clínico sistêmico, e após iniciado o tratamento específico, a paciente apresentou resolução das lesões da face, pálpebra e conjuntiva, e melhora acentuada do quadro sistêmico. Entre os achados histopatológicos que auxiliam no diagnóstico da criptococose, a identificação da cápsula radiada torna-se mais difícil em pacientes imunossuprimidos, uma vez que esta é formada pela resposta imune do hospedeiro ao parasita⁽¹⁾. A recidiva do quadro após interrupção do tratamento, como observado neste caso, não é rara em pacientes portadores de SIDA.

ABSTRACT

This paper is about a patient with acquired immunodeficiency syndrome empirically treated for miliary tuberculosis. During the clinical evolution the patient presented lesions compromi-

sing the right eyelid and tarsal conjunctiva. The initial diagnostic hypothesis was ocular tuberculosis with conjunctival and eyelid involvement. The biopsy of the conjunctival lesion identified an encapsulated yeast-like fungus: *Cryptococcus neoformans*. After starting treatment with B anfotericin, the cutaneous lesions cleared.

Keywords: AIDS-related opportunistic infections; Cryptococcosis/microbiology; *Cryptococcus neoformans*; Eyelid diseases/microbiology; Eye infections, fungal; Amphotericin B/therapeutic use; Case reports [publication type]

REFERÊNCIAS

1. Lacaz CS, Porto E, Martins JEC, Heins-Vavvari EM, Melo NT. Criptococose. In: Lacaz CS, Porto E, Martins JEC, Vaccari EMH, Melo NT, editores. Tratado de micologia médica Lacaz. 9ª ed. São Paulo: Sarvier; 2002. p.416-40.
2. Coccia L, Calista D, Boschini A. Eyelid nodule: a sentinel lesion of disseminated cryptococcosis in a patient with acquired immunodeficiency syndrome. Arch Ophthalmol. 1999;117(2):271-2.
3. Kestelyn P, Taelman H, Bogaerts J, Kagame A, Abdel Aziz M, Batungwanayo J, et al. Ophthalmic manifestations of infections with *Cryptococcus neoformans* in patients with the acquired immunodeficiency syndrome. Am J Ophthalmol. 1993;116(6):721-7.
4. Charles NC, Boxrud CA, Smal EA. Cryptococcosis of the anterior segment in acquired immune deficiency syndrome. Ophthalmology. 1992;99(5):813-6.
5. Muccioli C, Belfort Junior R, Neves R, Rao N. Limbal and choroidal *Cryptococcus* infection in the acquired immunodeficiency syndrome. Am J Ophthalmol. 1995;122(4):539-40.

5º Congresso de Reciclagem em Oftalmologia da USP

14 e 15 de Julho de 2006
Centro de Convenções Rebouças
São Paulo - SP

INFORMAÇÕES

Tel.: (11) 5575-0254 • Fax: (11) 5539-2186
E-mail: info@congressosp.com.br
Home-page: www.congressosp.com.br