

SANTA CASA DE S. PAULO — 4.^a ENF. DE CIR. DE HOMENS
SERVIÇO DO DR. JOÃO MONTEIRO

UM CASO DE BLASTOMICOSE COM LOCALIZAÇÃO PANCREÁTICA

OSWALDO PAULO FORATTINI

Como manifestação clínica primitiva da granulomatose paracoccidioidica, o pâncreas, ocupa certamente, um modesto lugar, pela raridade de casos descritos da moléstia, com localização nêsse órgão. Assim é que, a única referência a respeito, vamos encontrá-la na descrição feita em 1933, por MOSTO (2), na Argentina.

Devido, pois, a raridade de localizações clínicas semelhantes da granulomatose paracoccidioidica, fomos levados a registrar, com esta comunicação, o aparecimento de um outro caso de localização igual, e também simulando tumor pancreático, que surgiu no correr do ano, nesta Enfermaria de Cirurgia.

OBSERVAÇÃO.

A. G., brasileiro, 23 anos, branco, solteiro, operário, proveniente da Capital de São Paulo, onde reside. Entrada 24-12-45, saída, 21-1-46. N.º 355.

Observação feita por Dr. Augusto M. Junqueira.

Q. D. — Náuseas, dôres no flanco direito há 2 meses.

H. P. M. A. — Há cêrca de 2 meses, começou a sentir dôres pouco intensas, contínuas, às vêzes em pontada, outras vêzes em queimação, no flanco direito e epigastrio, não bem localizadas e, frequentemente, irradiando-se para o baixo ventre. Além disso, sentia náuseas não chegando porém, a vomitar, e sensação de plenitude no epigástrio, após as refeições. Gosto amargo e sialorréa. Seus intestinos funcionavam bem a princípio, mas na segunda semana, começou a ter prisões de ventre de 3 a 6 dias, que foram se agravando, e agora, não evacua há 12 dias. Não notou modificação no aspecto das fezes ou urina. Seu apetite também diminuiu, e achava que a carne e o leite, agravavam os seus sintômas. Emagreceu consideravelmente, sendo de 57 quilos o seu pêso anterior e ao atual, 45. Procurou um médico, que lhe receitou extratos hepáticos, vitamina B1 e Drenára (colágeno), não obtendo melhores e, pelo contrário, seu estado foi se agravando. Há cêrca de 15 dias, piorou consideravelmente, com forte crise dolorosa num ponto situado 2 dedos acima e à direita do umbigo e da linha mediana, respectivamente, tomou remédio,

sem resultado, e somente no dia seguinte melhorou com uma injeção calmante (sic) dada por seu médico. Teve também, vômitos biliosos. Passado o efeito da injeção, os sintômas, vômitos e dôres, voltaram, motivo pelo qual o paciente procurou este hospital, onde foi internado nesta Enfermaria de Cirurgia, a 24-12-45.

Antecedentes familiares: — Sem importância.

Antecedentes pessoais: — Sem importância.

Exame físico geral e especial: — Longilíneo. Sistema muscular pouco desenvolvido, panículo adiposo escasso e sinais de desidratação. Francamente sub-ictérico na pele e conjuntivas. Gânglios e sistema piloso, normais, a não ser um gânglio do tamanho de um grão de feijão na metade da borda inferior do músculo grande peitoral esquerdo. Estado geral, pois, máu.

O abdômen apresenta-se ligeiramente abaulado, notando-se esboço de circulação colateral, tipo porta. A palpação, que é pouco dificultada devido à semi-contracção dos músculos, revela um tumor, pouco bocelado, cujo ápice, ocupa um ponto situado 2 dedos acima da cicatriz umbelical e um dedo à direita da linha mediana. Seu limite, à direita, é nitidamente situado 3 dedos acima e a direita do umbigo, curvando-se a sua borda para baixo (2 cms.) e seguindo depois, para a esquerda, horizontalmente, pouco além da linha mediana. Para cima, seu bordo lateral direito, logo depois de 2 cms., curva-se para a esquerda, ligeiramente ascendente, ultrapassando também, de alguns centímetros, a linha mediana, perdendo-se em seguida. Não se consegue pois, delimitar o bordo esquerdo, em vista da metade esquerda do tumor ser mais dificilmente palpável, parecendo ser mais profunda, enquanto que a metade direita é mais superficial, sendo que, com bastante atenção, consegue-se ver o ápice, pela simples inspecção (Fig. 1) A tumoração não acompanha as excursões respiratórias, o que se constata facilmente pela palpação, conseguindo-se também, notar que é independente do fígado, que mal ultrapassa o rebordo costal. Pouco doloroso à palpação. Pela percussão, semi-massicez, mais evidente no ápice; dirigindo-se para cima, aparece uma sonoridade denunciando a presença de líquido, o qual vai até quase o rebordo costal. Ausência completa de mobilidade. Baço não percutível, nem palpável.

Diagnóstico pre-operatório: — Tumor abdominal.

Operação: — Laparotomia exploradora (4-1-46).

Operador: Dr. Eugenio T. Artigas.

Assistente: Dr. Augusto M. Junqueira.

Exploração da cavidade abdominal. Descoberta de um grande tumor, do volume de uma laranja. Não foi possível isolá-lo. Apresenta aderências que se estendem ao estômago, duodeno, pâncreas e fígado. Praticou-se a extirpação de um gânglio para exame histológico.

Diagnóstico post-operatório: — Tumor abdominal, da cabeça do pâncreas.

Exames de laboratório e subsidiários:

1 — Sangue: Glóbulos vermelhos — 4.800.000. Glóbulos brancos — 20.000. Hemoglobina 70%, valor globular 0,7 Tempo de coagulação 9 min., tempo de sangria 3 minutos.

3 — Exame radiológico (relatório): estômago com capacidades leves; glicose — não contém; pigmentos biliares — contém; sedimento raras células epiteliais, raros leucócitos, muco e fosfatos amorfos.

3 — Exame radiológica (relatório): estômago com capacidade normal. Ausência de ar na cavidade abdominal. Bulbo grande, assim como demais porções duodenais, sem depósito em nicho. Dôr na região próxima ao antro e bulbo. (Chapa 8.108,, Gabinete Eletro Radiológico da Sta. Casa).

EXAME DO GÂGLIO EXTIRPADO.

O gânglio linfático apresentava a parte central amolecida, que, ao corte, revelou ser constituída de materia puriforme, amarelada, que, examinada a fresco, revelou a presença de formas com a morfologia característica do **Paracoccidioides brasiliensis**.

A peça foi enviada ao Instituto Adolfo Lutz, onde foi examinada pelo Dr. João Monteiro, após coloração pela hematoxilina-eosina, o qual diagnosticou: Blastomicose (7-1-46).

O gânglio apresenta-se ao microscópio, dividido em 3 zonas. Uma, central, com numerosos piócitos, linfócitos e restos de tecido necrosado. Outra, a zona granulomatosa, constituindo as grandes paredes do abcesso, que está infiltrada por uma grande quantidade de formas típicas do fungo (Fig. 2), em várias fases de desenvolvimento, provocando uma proliferação conjuntiva, com formação de gigantócitos tipo Langhans e diminuição do tecido linfóide.

Por fim, a terceira zona, constituída pela capsula do gânglio, espessada em certos pontos, e em outros, praticamente normal.

EVOLUÇÃO E TRATAMENTO

Após a entrada, a 24-12-45, apresentou o doente, dôres epigastricas intensas. Foram-lhe aplicadas, injeções de Sedol. Como o estado geral fosse máu, procedeu-se a indicação reconstituente, isto é, vitamina C, sôro glicosado, transfusões sanguíneas. A 4-1-46 foi operado. O doente passou a tomar Tiazamida a partir de 5-1-46 tomando, no início, um comprimido cada 3 horas, e depois, dois comprimidos cada 3 horas. O paciente melhorou, e em 18-1-46, passou a tomar sulfadiazina. A 19-1-46, palpava-se o tumor, indolor, talvez com ligeira diminuição, estado geral bom, com bom apetite, tendo desaparecido a icterícia. A 21-1-46, foi-lhe dada alta, com o propósito de continuar o tratamento em sua casa. Não se pôde obter ultteriores notícias.

O caso de MOSTO (2) era o primeiro de Blastomicose Brasileira, observado no país vizinho, e tratava-se de um indivíduo de 27 anos, de sexo masculino, que deu entrada no hospital com dôres intensas no hipocôndrio direito, anorexia, fezes descoradas, urina avermelhada e ictericia. Apresentava também, hepatomegalia, baço palpável e adenopatia generalizada. Feito o diagnóstico de tumor infra-hepático, com compressão das vias biliares, foi operado, e a exploração comprovou a existência do tumor, situado na cabeça do pâncreas, extendendo-se até à implantação hepática do pequeno epiploon, comprimindo, na sua saída, todos os elementos nêle contidos. Prolongava-se ainda, na face anterior dos corpos vertebraes e continuava-se com grandes massas ganglionares. Três meses após a intervenção veio a falecer, e, à necrópsia efetuada, encontrou-se o tumor com o aspecto já descrito, do tamanho de uma cabeça de feto. Ao se abrir um dos gânglios amolecidos, notou-se a saída de material purifórme, amarelado. No fígado e baço, foram encontrados numerosos pequenos abcessos. Finalmente, o exame histopatológico das lesões revelou tecido de granulação, com células gigantes tipo Langhans, células epitelióides, e principalmente, numerosas formas com a morfologia característica do **Paracoccidioides brasiliensis**. Êste caso, foi também, objeto de uma comunicação de ALMEIDA (1) à Sociedade Biologia de São Paulo, no ano seguinte.

COMENTARIOS

Trata-se pois, de um caso de localização pouco frequente da moléstia. Deve-se salientar o fato de que o paciente não apresen-

tou, ao exame físico, outra lesão visível de mesma natureza, seja na pele, seja nas mucosas, seja no sistema ganglionar, que viesse falar a favor de uma possível generalização do processo. Se bem que outras vísceras não pudessem ser excluídas, cremos tratar-se de um caso predominantemente pancreático, com comprometimento ganglionar regional. Na verdade, isso só poderia ser confirmado pela necrópsia, caso o doente tivesse falecido, mas, clinicamente falando, somos levados a essa conclusão pela sintomatologia apresentada, e pela ausência de hepato e esplenomegalia. Vemos portanto, que o nosso caso, apresenta certas diferenças clínicas, confrontado com o de MOSTO (2), onde havia hepatomegalia, baço palpável e adenopatia generalizada. Em vista da impossibilidade de termos notícias do paciente, não sabemos precisar se o processo se generalizou, alcançando outras vísceras e órgãos, ou se a melhora e cura sobrevieram.

A localização por conseguinte, fez, como naquele de MOSTO (2), com que fosse possível a confusão com tumor da cabeça do pâncreas, diagnóstico êsse, aliás, confirmado pela laparotomia exploradora praticada. O diagnóstico definitivo foi estabelecido pelo exame histopatológico da biópsia efetuada.

Cremos pois, tratar-se do segundo caso de Blastomicose Brasileira registrado na literatura, com essa localização clínica primitiva, rara.

SUMMARY

The A. presents a case of South American Blastomycosis with clinical localization in the head of pancreas simulating a carcinoma of that organ. On clinical examinations external or other internal lesions were not found.

Celiotomy revealed a tumor in all respects similar to carcinoma, with invasion of the adjacent ganglia. One of the ganglia removed showed, on histo-pathological examination, to be blastomycosis.

This is the second case published showing such clinical manifestation.

B I B L I O G R A F I A

1. — ALMEIDA, Floriano P. de — A propósito de um caso de Blastomicose por *Paracoccidioides brasiliensis* ocorrido na Argentina. — Comunicação à Soc. de Biol. de S. Paulo, 8 de março de 1934.
2. — MOSTO, Domingos — Blastomycosis generalizada com localização pancreática. — El Hosp. Argentino, 4: 417, 1933.

LIPOCAICO

Labor

APRESENTAÇÃO: Injetável - caixa de 6 ampolas de 2 cm³
Drágeas - frasco de 20 drágeas de 0,60 g

LIPOCAICO — o princípio lipotrópico do pancreas —
previne e corrige as infiltrações gorduro-
sas do fígado. Encontra aplicação nas
hepatomegalias diabéticas, nas cirroses e
pré-cirroses hepáticas, e nos transtornos
do metabolismo do colesterol.



A atividade do LIPOCAICO LABOR é testada
em ratos portadores de esteatose hepática

LABORTERAPICA S. A.