

LEPTOMENINGITE ESPOROTRICÓTICA

A. SPINA-FRANÇA *

A. ANGHINAH **

HAROLDO S. A. DE SOUZA ***

C. FAVA NETTO ****

E. PÉREZ-GUISASOLA ***

Raramente o *Sporotrichum Schenckii* se localiza no sistema nervoso central e leptomeninges. Dos poucos casos registrados nem todos reúnem documentação suficiente, o que é devido em grande parte a dificuldades inerentes ao cultivo do fungo. Wilson e col.⁷, revendo aspectos da esporotricose extracutânea citam os casos registrados por Hyslop e col. (1926), Collins (1947), Fellman (1953), Geraci e col. (1955), Shoemaker e col. (1957) e Klein e col. (1966). Fetter e col.² consideram como suficientemente documentados os casos descritos por Collins, por Shoemaker e col. e por Klein e col.

Collins¹ descreveu caso de paciente com esporotricose disseminada que não apresentava manifestações de doença do sistema nervoso; mediante autópsia foram encontrados micro-abscessos associados a reação inflamatória granulomatosa no córtex cerebral; o fungo foi isolado a partir de lesões não situadas no sistema nervoso. Shoemaker e col.⁴ relataram caso fatal de leptomeningite que se desenvolveu dois anos após punção lombar para peri-mielografia e no qual o *S. Schenckii* foi isolado mediante culturas do LCR. Klein e col.³ registraram caso de leptomeningite no qual o fungo foi isolado a partir de culturas do LCR e que foi tratado com sucesso pela anfotericina-B.

O propósito desta apresentação é registrar novo caso de leptomeningite esporotricótica, também tratado com sucesso pela anfotericina-B.

OBSERVAÇÃO

C.E.M. (prontuário C.N. 8128), branco, sexo masculino, com 32 anos de idade, procedente da cidade de São Paulo, internado em 28-agosto-1968. Moléstia iniciada cerca de 2 meses antes da internação, com hipertermia, cefaléia e vômitos. O paciente procurou médico, que verificou discreta rigidez de nuca; um exame de LCR comprovou a vigência de processo meningítico. O paciente foi internado em outro hospital até 1-agosto, de onde teve alta aparentemente me-

Trabalho dos Departamento de Neurologia (Prof. A. Tolosa) e de Microbiologia (Prof. C. S. Lacaz) da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo: * Professor assistente; ** Assistente; *** Médico estagiário; **** Professor associado.

Data	C i t o l o g i a				Bioquímica (mg/100 ml)			
	Global mm ³	Contagem Específica (%)				Cloretos	Glicose	Proteínas
		L.	M.	N.	E.			
14- 6-68	636	28	7	64	1	660	34	97
20- 8-68	496	84	13	3	—	700	15	84
19- 9-68	218	87	10	3	—	695	32	102
18-10-68	25	66	—	34	—	685	30	190
12-11-68	80	97	3	—	—	700	54	60
27-11-68	29	85	15	—	—	724	58	52
13-12-68	56	93	7	—	—	720	44	100
30-12-68	88	87	12	1	—	739	53	107
3- 3-69	19	93	6	—	—	773	38	69
1-12-69	0	—	—	—	—	736	60	31

Quadro 1 — Caso O.E.M. Exames de LCR: amostras colhidas por punção sub-occipital (até 27-novembro-68) ou lombar (a partir de 13-dezembro). As reações imunológicas para sífilis e para cisticercose foram negativas. Legenda: L = linfócitos; M = monócitos; N = neutrófilos; E = eosinófilos.

lhorado. Aos poucos houve recidiva da sintomatologia, em vista do que procurou a Clínica Neurológica. Ao ser internado, queixava-se de cefaléia, vômitos e diplopia. Exame clínico-neurológico — Pulso 80 batimentos/minuto; pressão arterial 130×100 mmHg; temperatura 37,5°C; paciente consciente, em bom estado geral. Nada de particular foi notado no exame dos diferentes aparelhos. Exame neurológico sem sinais objetivos de comprometimento do sistema nervoso central ou periférico, bem como ausência de sinais de irritação meníngea. Exames complementares — Hemograma: 6000 leucócitos/mm³; hemoglobina 15,3 g/100 ml (96%). Reações sorológicas para sífilis e para cisticercose negativas. Eletrencefalograma normal. Craniograma: estrutura normal do esqueleto craniano; velamento dos seios frontais; sela turca normal. Pneumencefalograma: ventrículos laterais de situação e volume normais; sulcos cerebrais normais. Líquido cefalorraqueano: foram feitos vários exames (quadro 1), que mostraram pleocitose predominantemente a linfomonucleares, acompanhada de hiperproteínoorraquia e diminuição dos teores de cloretos e glicose. Os exames bacteriológicos para germes comuns e para bacilos álcool-ácido resistentes foram negativos. O exame micológico direto sempre foi negativo; das culturas em meio de Sabouraud, em apenas uma delas (amostra de setembro-1968) desenvolveram-se fungos identificados com *Sporotrichum Schenckii*. Exames micológicos — Intradermorreação com esporotriquina positiva (eritema 45×50 mm, com injeção de 2,5 mm³). Reação de fixação

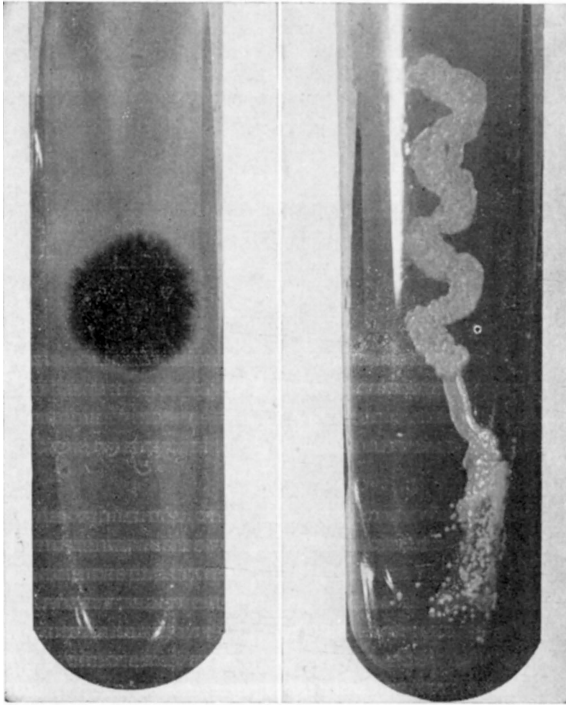
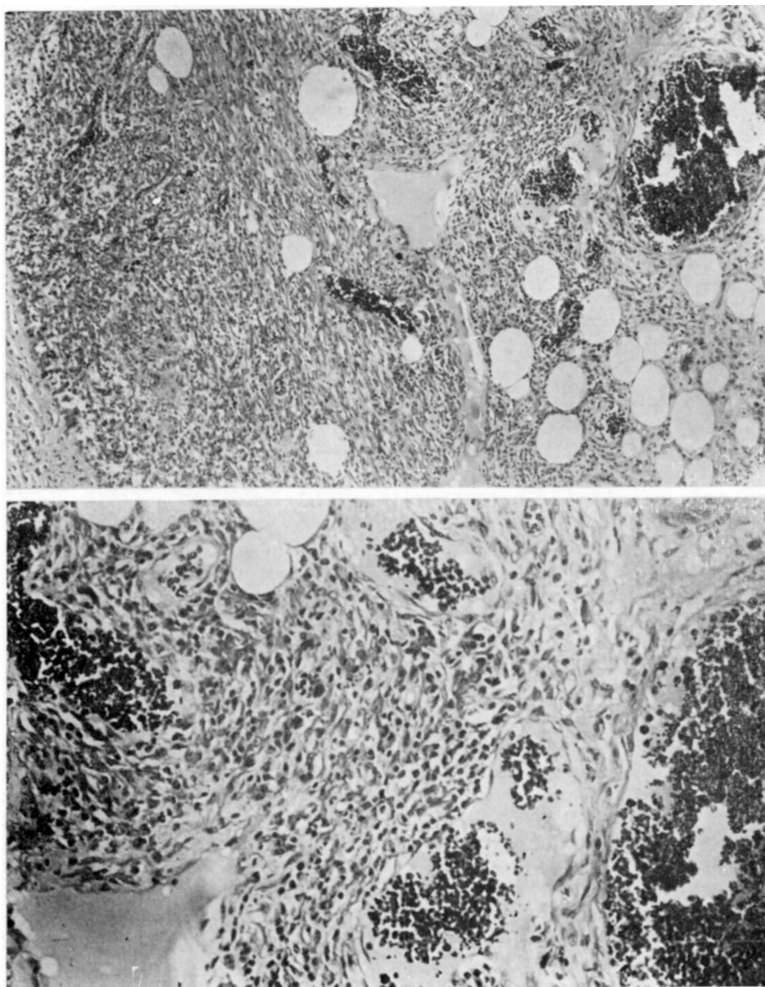


Fig. 1 — Caso O.E.M. Cultura do sedimento do LCR em meio de Sabouraud: à esquerda, em temperatura ambiente (filamentosa); à direita, a 37°C (leveduriforme).

do complemento para esporotricose no LCR: positiva (título 5 em 17-outubro e em 27-dezembro); no sôro sangüíneo positiva (título 15 em 13-novembro e 17 em 27-dezembro). Cultura do sedimento do LCR em meio de Sabouraud com desenvolvimento de *Sporotrichum Schenckii* (fig. 1); o estudo microscópico da colônia filamentosa mostrou presença de órgãos de reprodução típicos desse fungo, constituídos de conídios sésseis e pedunculados. A levedura isolada foi inoculada em testículo de rato, resultando reação inflamatória granulomatosa própria da esporotricose, como mostrou o exame histopatológico (fig. 2). Das lesões experimentais foram obtidas retro-culturas de *S. Schenckii*.

Evolução — Logo após a internação o paciente foi medicado com antibióticos de amplo espectro e sulfamidas. Com os resultados dos primeiros exames de LCR, nos quais os exames bacteriológicos foram negativos, a medicação passou a ser orientada para tuberculose (estreptomina, hidrazida e P.A.S.). O quadro clínico pouco se modificou, continuando o paciente a apresentar cefaléia, picos febris e, às vezes, vômitos. O resultado dos estudos micológicos levou à mudança de medicação, passando a ser usada anfotericina B (50 mg/dia mediante infusão intravenosa gôta-a-gôta) e iodeto de potássio (4 g/dia por via oral) a partir de 17-outubro, com remissão progressiva da sintomatologia. Desde novembro-1968 o paciente apresentava-se clinicamente normal e de nada mais se queixava. Em 25-novembro foi completada a medicação por anfotericina B (2 g ao todo). Como

persistissem ainda alterações do LCR, o paciente foi submetido a injeções intraqueanas de anfotericina B (0,5 a 1 mg) em dias alternados, continuando a receber iodeto de potássio por via oral. Por ocasião da alta hospitalar (1-março-1969) já haviam sido feitas 12 aplicações intra-raqueanas de anfotericina B. Em ambulatório a administração foi continuada semanalmente até serem completadas 20 aplicações. Em dezembro-1969 o LCR mostrava-se normal.



*Fig. 2 — Caso O.E.M. Aspectos histopatológicos das lesões provocadas pela inoculação em testículo de rato de *S. Schenkii* isolado do LCR mediante cultura em meio de Sabouraud: na parte superior, destruição do parênquima do testículo, acompanhada de congestão e de infiltrado inflamatório crônico (H.E. 50 ×); na parte inferior, detalhe mostrando o processo inflamatório crônico, congestão e dilatação linfática (H.E. 240 ×).*

COMENTÁRIOS

Como no caso de Shoemaker e col.⁴ e no de Klein e col.³ a leptomeningite apresentada pelo paciente no caso ora registrado evoluiu de modo sub-agudo, acompanhando-se de alterações do LCR fundamentalmente marcadas por pleocitose com predominância de linfo-mononucleares, hiperproteínoorraquia e hipoglicorraquia.

Apenas em uma das culturas do LCR em meio de Sabouraud houve desenvolvimento de *S. Schenckii*. Os aspectos macroscópicos das colônias mostraram-se característicos, bem como os do fungo ao exame microscópico. A patogenicidade da cepa isolada foi demonstrada mediante inoculação em testículo de rato. Das lesões testiculares foi possível novamente isolar o fungo.

A positividade da reação de fixação do complemento para esporotricose no LCR reforça o diagnóstico etiológico da leptomeningite. O título mais alto da reação de fixação do complemento para esporotricose no soro sanguíneo sugere apresentar o paciente outras localizações da doença além do acometimento meníngeo. A forte positividade da intradermorreação com esporotriquina também pode ser valorizada nêsse mesmo sentido. Contudo, não foi possível localizar outras sedes da micose.

O achado de leptomeningite aparentemente primária merece ser salientado, considerando a raridade dessa localização da doença. De fato, Fetter refere que em surto epidêmico de esporotricose observado em 2825 mineiros na África do Sul, nenhum apresentou manifestações de comprometimento do sistema nervoso.

O aspecto aparentemente primário do acometimento do sistema nervoso por fungo que habitualmente determina lesões cutâneas já foi registrado anteriormente por um de nós em caso de forma meningecefálica da cromomicose⁵.

Baseados na experiência anterior de tratamento de micoses do sistema nervoso, especialmente da criptococose⁶ foi julgado de utilidade complementar a administração intravenosa da anfotericina-B pela administração intratecal, isto é, sub-aracnóidea. Essa medida foi adotada considerando que, embora o paciente não apresentasse qualquer sintomatologia clínica, ainda persistiam alterações discretas do LCR. O emprêgo do iodeto por via oral foi adotado considerando os bons resultados dessa medicação no tratamento clássico da esporotricose.

RESUMO

Registro de caso de paciente branco de 22 anos de idade com leptomeningite sub-aguda por *Sporotrichum Schenckii* tratada com sucesso pela anfotericina-B. O fungo foi isolado mediante cultura do LCR; sua inoculação em testículo de rato determinou quadro histopatológico próprio à esporotricose; a partir da lesão testicular o fungo foi novamente isolado mediante culturas. A reação de fixação do complemento para esporotricose mostrou-se positiva no LCR e no soro do paciente.

SUMMARY

Leptomeningitis due to Sporotrichum Schenckii.

The case of a 32 years old white man with leptomeningitis due to *S. Schenckii* is reported. Amphotericin-B was successfully used in the treatment. Fungi isolated from CSF culture were morphologically identified as *S. Schenckii*; their inoculation in rat's testicle determined the inflammatory reaction proper to sporotrichosis. Cultures made with material from these lesions permitted to isolate *S. Schenckii* again. The complement fixation test for sporotrichosis was positive in the CSF and blood serum.

REFERÊNCIAS

1. COLLINS, W. T. — Disseminated ulcerating sporotrichosis with widespread visceral involvement: report of a case. Arch. Derm. Syph. (Chicago) 56:523, 1947.
2. FETTER, B. F.; KLINTWORTH, G. K. & HENDRY, W. S. — Mycoses of the Central Nervous System. William & Wilkins, Baltimore, 1967, pp. 198-201.
3. KLEIN, R. C.; IVENS, M. S.; SEABURY, J. H.; DASCOMB, H. E. — Meningitis due to *Sporotrichum Schenckii*. Arch. int. Med. 118:145, 1966.
4. SHOEMAKER, E. H.; BENNETT, H. D.; FIELDS, W. S.; WHITCOMB, F. C. & HALPERT, B. Leptomeningitis due to *Sporotrichum Schenckii*. Arch. Path. (Chicago) 64:222, 1957.
5. SPINA-FRANÇA, A.; BRITO, T. & ALMEIDA, F. P. — Cromomicose do sistema nervoso. Estudo anatomo-clínico de um caso. Arq. Neuro-Psiquiat. 11:265, 1953.
6. SPINA-FRANÇA, A. & SILVA, J. B. — Diagnóstico e tratamento da criptococose do sistema nervoso central. Considerações sobre 16 casos. Arq. Neuro-Psiquiat. (São Paulo) 26:115, 1968.
7. WILSON, D. E.; MANN, J. J.; BENNETT, J. E. & UTZ, J. P. — Clinical features on extracutaneous sporotrichosis. Medicine 46:265, 1967.

Departamento de Neurologia — Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo — Caixa Postal 3461 — São Paulo, SP — Brasil.