

Criptococose mamária manifesta após corticoterapia

Cryptococcal mastitis after corticosteroid therapy

Sória Ramos-Barbosa¹, Luciana Silva Guazzelli¹ e Luiz Carlos Severo¹

RESUMO

Descrivemos caso de criptococose mamária em paciente de 46 anos em uso de corticoterapia. A micose foi diagnosticada por histopatologia e detecção de antígenos criptocócicos. Destacamos o dilema diagnóstico do granuloma sarcóide e a rara manifestação de mastite criptocócica.

Palavras-chaves: Criptococose. Sarcoidose. Mastite criptocócica. Granuloma.

ABSTRACT

We described a case of cryptococcal mastitis in a 46 years old female patient receiving corticosteroids for sarcoidosis. There was radiological pulmonary deterioration and a cystic lesion was found in the left breast. The mycosis was diagnosed by histopathology and cryptococcal antigens. We emphasized the sarcoid granuloma diagnostic's dilemma an the rare manifestation of cryptococcal infection as mastitis.

Key-words: Cryptococcosis. Sarcoidosis. Cryptococcal mastitis. Granuloma.

A criptococose é adquirida por inalação e é conhecido o marcado tropismo do fungo pelo sistema nervoso central, sendo a principal manifestação clínica desse acometimento a meningoencefalite. Contudo, qualquer órgão do corpo pode ser acometido. O principal fator predisponente é o defeito na imunidade celular, tais como o verificado na Aids e na imunossupressão terapêutica⁵.

Apresentaremos caso de criptococose mamária secundária a corticoterapia, em paciente com diagnóstico operacional de sarcoidose.

RELATO DO CASO

Paciente feminina, branca, 46 anos, procedente de Novo Hamburgo (RS), notou há dois meses tumefação na fossa ilíaca esquerda, associada 'a dor em região lombar irradiada para abdome, além de dispnéia. Referia anorexia, emagrecimento de 10kg em 4 meses, cefaléia matinal com localização occipital e parietal. Negava febre ou sintomas cardiovasculares. O exame físico revelou linfadenomegalia difusa e esplenomegalia. A telerradiografia do

tórax mostrou infiltrado intersticial micronodular em ambos os pulmões, predominante a direita e nas metades superiores. A sorologia para vírus HIV foi negativa e a glicemia de jejum foi de 95mg/dl. A biópsia de gânglio cervical em cortes corados à hematoxilina-eosina evidenciou a presença de inflamação granulomatosa de tipo tuberculóide, sem necrose caseosa.

O tipo das lesões pulmonares sugeriu processo inflamatório granulomatoso crônico. O aspecto histopatológico do gânglio cervical e a anergia à tuberculina levaram à hipótese operacional de sarcoidose, sendo introduzido o uso de corticóide: prednisona 30mg/dia/1 semana, seguido de 20mg/dia, sem melhora da linfadenomegalia. Após 4 meses, foi reduzido o corticóide para 10mg/dia e notou-se, ao exame físico, nódulo doloroso em mama esquerda. Após mamografia, foi realizada exérese do nódulo mamário. O estudo anatomopatológico mostrou lesão cística contendo grande número de elementos fúngicos, esféricos encapsulados característicos de *Cryptococcus neoformans*. Nova telerradiografia do tórax nesta ocasião mostrou cavitações múltiplas parenquimatosas em ambos os pulmões. O exame sorológico evidenciou antígenos criptocócicos em título de 1:512.

1. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS.

Endereço para correspondência : Dr. Luiz Carlos Severo. Laboratório de Micologia/Hospital Santa Rita, Santa Casa - Complexo Hospitalar Annes Dias 285, 90020-090 Porto Alegre, RS.

Fax: 55 51 3214-8435

email:severo@santacasa.tche.br

Recebido para publicação em 30/12/2002

Aceito em 6/12/2003

Houve boa resposta ao tratamento antifúngico (cetoconazol 100mg, 12/12h por um ano) com regressão das lesões pulmonares e da linfadenomegalia.

DISCUSSÃO

A demonstração de granuloma não caseoso, a linfadenopatia, o envolvimento pulmonar bilateral levantaram a hipótese diagnóstica de sarcoidose. Contudo, a falta de resposta clínica à corticoterapia e o surgimento de lesão tumefascente mamária fizeram com que a criptococose fosse diagnosticada. Este fato, associado ao sucesso terapêutico com antifúngico colocaram em dúvida o diagnóstico de sarcoidose.

A sarcoidose, devido a inversão da relação CD4/CD8, consequência da redistribuição dos linfócitos T auxiliares do sangue periférico para os pulmões, determina imunodepressão relativa, o que facilita a infecção por germes oportunistas de célula T, como é o caso do *C. neoformans*², principalmente após corticoterapia^{7,9}.

A criptococose mamária foi inicialmente descrita em animais⁶; em humanos restringe-se a uma dezena de relatos⁴, em sua maioria com lesões de disseminação, especialmente para sistema nervoso central. A mama, por tratar-se de glândula apócrina, favorece o crescimento fúngico³. A manifestação da lesão mamária pode ser a apresentação inicial da micose ou de doença sistêmica manifesta⁴.

Por sua vez, a sarcoidose é grande mimetizadora de infecções respiratórias¹, especialmente fúngicas, sendo que o granuloma não caseoso, observado nesta doença, e seus achados laboratoriais podem ser encontrados também em micoses sistêmicas^{10,11}, particularmente na histoplasmose onde há elevação dos níveis da enzima conversora de angiotensina, que é utilizada para avaliar a evolução da sarcoidose^{11,12}.

Por fim, a evolução clínica e radiológica e a refratariedade ao tratamento com corticóides em paciente com sarcoidose estável deve suscitar a possibilidade de infecção superimposta^{1,8}, ou infecção fúngica não diagnosticada, ou mesmo doença fúngica produzindo resposta inflamatória crônica similar à sarcoidose¹¹.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Blackmon GM, Raghu G. Pulmonary sarcoidosis: a mimic of respiratory infection. *Seminars in Respiratory Infections* 10:176-186, 1995.
2. Botha RJP, Wessels E. Cryptococcal meningitis in an HIV negative patient with systemic sarcoidosis. *Journal of Clinical Pathology* 52:928-930, 1999.
3. Casadevall A, Perfect JR. *Cryptococcus neoformans*. ASM Press, Washington. p. 407-456, 1998.
4. Golmann M, Pottage JC. Cryptococcal infection of the breast. *Clinical Infectious Diseases* 21:1166-1169, 1995.
5. Kwon-Chung KJ, Bennett JE. Cryptococcosis. In: Kwon-Chung KJ, Bennett JE (eds) *Medical mycology*. 1st edition, Lea & Febiger, Philadelphia, p. 397-446, 1992.
6. Littman ML, Zimmerman LE. Cryptococcosis. *Torulosis or european blastomycosis*. Grune & Stratton. New York, p. 38-46, 1956.
7. Nottebart HC, McGehee RF, Utz JP. Cryptococcosis complicating sarcoidosis. *American Review of Respiratory Disease* 107:1060-1063, 1973.
8. Shijubo N, Fujishima T, Ooashi K, Morita S, Shigehara K, Nakata H, Abe S. Pulmonary cryptococcal infection in an untreated patient with sarcoidosis. *Sarcoidosis* 12:71-74, 1995.
9. Sokolowski JW, Shillaci RF, Motley TE. Disseminated cryptococcosis complicating sarcoidosis. *American Review of Respiratory Disease* 100: 717-722, 1969.
10. Wanke B, Londero AT. *Paracoccidioides brasiliensis*. In: Ajello L, Hay RJ (eds) *Medical mycology*, Arnold, London, vol 4, p. 395-407, 1988.
11. Wheat LJ, French LV, Wass JL. Sarcoidlike manifestations of histoplasmosis. *Archives of Internal Medicine* 149:2421-2426, 1989.
12. Yassen Z, Havlicek D, Mathes B, Hahn M-H. Disseminated histoplasmosis in a patient with sarcoidosis; a controversial relationship and a diagnostic dilemma. *The American Journal of the Medical Sciences* 313:187-190, 1997.