

Relato de caso: "Lacaziose (Doença de Jorge Lobo) em paciente da Amazônia Legal"**Case report: "Lacaziosis (Jorge Lobo's Disease) in a patient from Legal Amazon**

DOI:10.34119/bjhrv3n4-213

Recebimento dos originais: 03/07/2020

Aceitação para publicação: 05/08/2020

Isabelly Montenegro Teixeira

Acadêmica de Medicina

Instituição: Universidade Federal do Amapá

Endereço: General Rondon, 2271 - Centro, Macapá - AP, Brasil

E-mail: bellymontenegro@hotmail.com

Carolina Gomes Almeida

Acadêmica de medicina

Instituição: Universidade federal do Amapá

Endereço: Jovino Dinoá 3485, apto 03. Beiril- Macapá- AP- Brasil

E-mail: gcarolisa@gmail.com

Gabriel Pereira Ávila

Acadêmico de Medicina

Instituição: Universidade Federal do Amapá

Endereço: conjunto Mônaco, rua 05, quadra 08, casa 02. Marco zero, Macapá-AP-Brasil

E-mail: gabrielavila4@hotmail.com

Natália Batista Corrêa

Acadêmica de medicina

Instituição: Universidade federal do Amapá

Endereço: Av. General Rondon, 2271, centro, Macapá- AP- Brasil

E-mail: natali-bc@hotmail.com

Raíza Júlia Viana Rodrigues

Acadêmica de Medicina

Instituição: Universidade Federal do Amapá

Endereço: rua Pedro Salvador Diniz, 1053, Centro, Santana - AP - Brasil

E-mail: raizajuliavrodrigues@gmail.com

Áglen Álber de Moraes Damasceno

Acadêmico de Medicina

Instituição: Universidade Federal do Amapá

Endereço: Rua Eliezer Levy, 2352 - Centro, Macapá-AP, Brasil

E-mail: aglen.alber@gmail.com

Ingrid Araújo Rebouças

Acadêmica de medicina

Instituição: Universidade Federal do Amapá

Endereço: rua São Francisco, 80 B, Alvorada, Macapá-AP, Brasil

E-mail: ingrid__araujo@hotmail.com

Leticia Fernandes Figueira

Profissão Médica Dermatologista

Endereço Av. Mumbai casa 132 – Cabralzinho, CEP 68906128

E-mail le.figueira@hotmail.com

RESUMO

A Lacaziose, ou doença de Jorge Lobo, é uma micose crônica, granulomatosa, causada por implantação traumática do fungo *Lacazia loboi* nos tecidos cutâneo e subcutâneo, manifestando-se clinicamente por lesões nodulares queloidianas predominantes, envolvendo sobretudo pavilhões auriculares, face, membros superiores e inferiores, e não comprometendo as mucosas. A maioria dos casos humanos está registrada em países da América do Sul de clima intertropical. Assim, o objetivo deste trabalho foi apresentar as principais manifestações clínicas e achados laboratoriais e histopatológicos de um paciente do sexo masculino, 72 anos, que apresentou os primeiros sintomas da doença aos 42 anos de idade, iniciando com nódulo assintomático na região pré-tibial de membro inferior direito, com progressão contínua das lesões. Após biópsia inconclusiva, paciente só foi diagnosticado corretamente 30 anos depois, após um aumento progressivo do tamanho da lesão, ocasião em que foram observados nódulos eritematosos e placas eritemato-infiltradas no dorso do pé direito e em região pré-tibial. Exames atestaram acantose com hiperqueratose, infiltrado mononuclear, presença de fungos arredondados enfileirados, além de coloração método de Grocott positiva compatível com *Lacazia loboi*. Assim, paciente foi tratado com Itraconazol de 200mg, que não ocasionou efeitos colaterais. Apresentou redução parcial das lesões dermatológicas após 4 meses do tratamento e o paciente optou por não realizar o tratamento cirúrgico.

Palavras-chave: Infecção, *Lacazia loboi*, Lacaziose, Micose.

ABSTRACT

Lacaziosis, or Jorge Lobo's disease, is a chronic, granulomatous mycosis, caused by traumatic implantation of the *Lacazia loboi* fungus in the cutaneous and subcutaneous tissues, clinically manifested by predominant keloidian nodular lesions, involving mainly the auricular pavilions, face, upper and lower limbs, and not compromising the mucous membranes. Most human cases are recorded in South American countries with an intertropical climate. Thus, the aim of this study was to present the main clinical manifestations and laboratory and histopathological findings of a 72-year-old male patient who presented the first symptoms of the disease at 42 years of age, starting with an asymptomatic nodule in the pretibial region of the right lower limb, with continuous progression of the lesions. After an inconclusive biopsy, the patient was only correctly diagnosed 30 years later, after a progressive increase in the size of the lesion, when erythematous nodules and erythematous-infiltrated plaques were observed in the dorsum of the right foot and in the pretibial region. Examinations showed acanthosis with hyperkeratosis, mononuclear infiltrate, presence of round, queued fungi, and a positive Grocott stain compatible with *Lacazia loboi*. Thus, the patient was treated with Itraconazole of 200mg, which did not cause side effects. He presented partial reduction of dermatological lesions after 4 months of treatment and the patient chose not to undergo surgical treatment.

Keywords: Infection, *Lacazia loboi*, Lacaziosis, mycosis.

1 INTRODUÇÃO

A Lacaziose, ou doença de Jorge Lobo, é uma micose subcutânea, crônica, granulomatosa, causada por implantação traumática do fungo *Lacazia loboi* nos tecidos cutâneo e subcutâneo⁵. A doença foi descrita pela primeira vez pelo dermatologista brasileiro Jorge Lobo em 1930¹⁰.

O maior foco de incidência desta micose está em áreas das Américas, especialmente na bacia do Rio Amazonas e ocorre, mais frequentemente, em indivíduos do sexo masculino que trabalham como seringueiros, garimpeiros e lavradores, por terem contato constante com solo e vegetais⁵.

As suas formas de transmissão não são totalmente conhecidas, mas admite-se ocorrer por inoculação do fungo, através das soluções de continuidade da pele, causadas por traumatismos com fragmentos vegetais e picada de inseto. A infecção pode ocorrer também por contato com o fungo em hospedeiros infectados, como humanos e golfinhos¹⁰.

As manifestações clínicas mais comuns são lesões nodulares queloidianas envolvendo sobretudo pavilhões auriculares, face, membros superiores e inferiores, e não comprometendo as mucosas¹.

O diagnóstico da Doença de Jorge Lobo deve ser feito a partir do exame direto da lesão cutânea (por escarificação, raspagem ou curetagem), de exame histopatológico, reações imunológicas e por meio de alguns exames complementares⁵. A escolha do tratamento depende da distribuição das lesões. No caso de lesões localizadas a excisão cirúrgica e/ou a crioterapia são o tratamento de escolha, mas as recidivas são frequentes. Nos casos disseminados ou em que a cirurgia é contra indicada opta-se pelo tratamento farmacológico, sendo as opções atualmente mais utilizadas, o Itraconazol e a Clofazimina. Ambas as drogas também podem ser utilizadas para prevenção de recidivas nos tratamentos cirúrgicos, devendo ser iniciadas imediatamente a seguir à cirurgia e durante pelo menos um ano. No caso de lesões extensas, as terapêuticas antifúngicas usadas com sucesso em outras micoses profundas, não são eficazes na lobomicose¹⁰.

2 RELATO DE CASO

J.B.R, sexo masculino, 72 anos, raça branca, natural de Breves-PA, residente em Macapá-AP, trabalhou como mestre de obras, atualmente aposentado. Iniciou há 30 anos com nódulo assintomático na região pré-tibial de membro inferior direito com progressão contínua das lesões. Possui como antecedentes patológicos: acidente ofídico e com jacaré em membro inferior direito; malária; hepatite; febre amarela; tifo e hanseníase, tratada por 3 anos.

Paciente procurou serviço médico e realizou biópsia com resultado inconclusivo, após este primeiro atendimento, não retornou com novas queixas. Passados anos, paciente procurou novamente

atendimento médico, em outubro de 2018, pois houve aumento progressivo no tamanho da lesão, ocasião em que foram observados nódulos eritematosos e placas eritemato-infiltradas no dorso do pé direito e em região pré-tibial.

Realizou-se o requerimento de hemograma que atestou eosinofilia de 8%, realizada radiografia de tórax sem achados significativos e cultura de fragmento do local afetado que veio negativa. Infelizmente o paciente começou a enfrentar problemas com o plano de saúde para que fosse realizada a retirada da lesão e alegava não sentir-se incomodado com o quadro, ficando assim, bastante tempo sem ir as consultas.

Em abril de 2019, o paciente retornou ao atendimento e teve seu diagnóstico de Lacaziose por meio de nova biópsia que atestou: acantose com hiperqueratose, infiltrado mononuclear, presença de fungos arredondados enfileirados. Coloração método de Grocott positiva compatível com *Lacazia loboi*.

Assim, a opção de tratamento instituída foi o Itraconazol na dose de 200mg ao dia. Não houve possibilidade de instituir outra opção terapêutica. Apresentou redução parcial das lesões dermatológicas após 4 meses do tratamento e o paciente optou por não realizar o tratamento cirúrgico.



Figura 1: Pé direito – nódulos queloidianos comprometendo dorso do pé. Imagem do paciente em outubro de 2018.

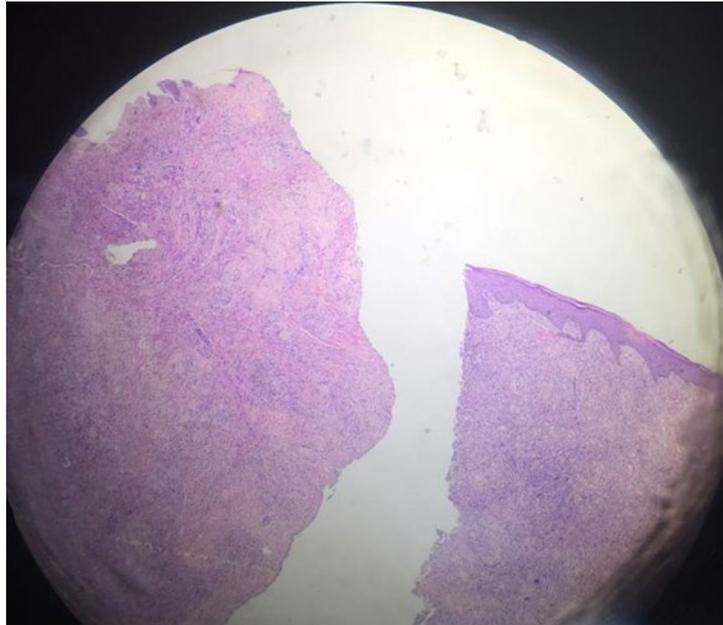


Figura 2: Biópsia: acantose com hiperqueratose, infiltrado mononuclear, presença de fungos arredondados enfileirados. Coloração método de Grocott positiva compatível com *Lacazia loboi*.

3 DISCUSSÃO

A lacaziose é uma infecção rara que tem distribuição geográfica quase exclusiva na zona intertropical. A literatura registra 490 casos da doença de Jorge Lobo no mundo, sendo 318 do Brasil⁴. Na Amazônia brasileira e em países limítrofes, há características geográficas e climatológicas favorecedoras da micose¹. A doença atinge qualquer grupo populacional, com predomínio do sexo masculino, pela maior exposição a fatores de risco². A faixa etária mais atingida é entre 20 e 40 anos, embora o diagnóstico geralmente seja feito após os 50 anos⁴. O caso apresentado é de um paciente que apresenta a maioria das características epidemiológicas da doença: sendo um homem natural do estado do Pará e residente em Macapá, ambos estados da Região Amazônica Brasileira, e que começou o quadro sintomatológico aos 42 anos, sendo diagnosticado somente aos 72 anos⁴.

A transmissão da doença ocorre pela inoculação do fungo através das soluções de continuidade da pele⁴. A maioria dos pacientes relata o desenvolvimento das lesões cutâneas após pequenos ferimentos causados por fragmentos vegetais ou picadas de insetos⁷. Assim, além da procedência do paciente ser do bioma amazônico, constitui também aspecto relevante da anamnese do mesmo os antecedentes patológicos, como a mordida de jacaré referida, contribuindo para o diagnóstico. O período de incubação deste fungo não está definido, parecendo ser longo nos doentes residentes em áreas endêmicas. A capacidade que o fungo tem em permanecer no hospedeiro sem provocar a sua morte, permite uma perpetuação da infecção¹⁰. Outro fator que dificulta o diagnóstico precoce é a quantidade de diagnósticos diferenciados com o mesmo padrão de lesão cutânea, como Hanseníase, Leishmaniose Tegumentar, Paracoccidioidomicose, Tuberculose cutânea, Sarcoma de

Kaposi; Sarcoidose; Histiocitoses não-langerhans, dentre outras¹⁰. No caso apresentado, o quadro clínico se estendeu por aproximadamente 30 anos até o início de um tratamento adequado, inclusive com o paciente tendo sido diagnosticado e tratado erroneamente para Leishmaniose. O diagnóstico tardio poderia ter resultado em complicações como a evolução para um Carcinoma Espinocelular (CEC), já registrada em alguns casos da doença⁴. O fato do paciente não procurar atendimento imediato, como referido no caso em questão, reflete uma realidade da dermatologia brasileira, que seja, o diagnóstico tardio de lesões assintomáticas. Os fatores que mais contribuem para essa realidade são a pobreza e o baixo nível educacional, hábitos inadequados de higiene, desconhecimento sobre tumores de pele, idade avançada, moradia longe dos centros urbanos e ausência de dor⁶.

O diagnóstico pode ser realizado por exame micológico, anatomopatológico e imuno-histoquímica, sendo patognomônicos os achados do exame histopatológico⁹. Os cortes histológicos de biópsias de lesões cutâneas são corados de rotina pela HE que se mostra eficaz para o diagnóstico, mas também podem ser utilizadas as colorações pelos métodos de Grocott e PAS para realçar as estruturas fúngicas⁴. A microscopia é caracterizada pela presença de inflamação tecidual granulomatosa e intensa fibrose, além da presença de *L. loboi*, que se apresenta como uma estrutura celular esférica e de paredes birrefringentes^{4,7}.

A doença apresenta evolução crônica, com início insidioso e curso progressivo. Em virtude do crescimento extremamente lento do fungo, ela se manifesta após longo período, no entanto, não afeta o estado de saúde geral do indivíduo acometido⁴. Após anos de crescimento lento da lesão, o paciente do caso relatado chegou a procurar atendimento médico, porém, em virtude do resultado inconclusivo da primeira biópsia que realizou, não teve o diagnóstico feito no primeiro momento. Erros no diagnóstico podem trazer consequências penosas aos pacientes, variando desde um aumento da gravidade da doença a até mesmo óbito, geralmente em decorrência de co-infecções, além de ter implicações sócio-econômicas devido a manutenção de indivíduos incapacitados do ofício laboral³.

Várias são as afecções que podem confundir o diagnóstico de lobomicose ou lacaziose. Entre elas, as mais frequentes são a cicatriz queiloide e outras infecções fúngicas como cromomicose, esporotricose, feohifomicose, histoplasmosse, além de hanseníase virchowiana, elefantíase verruciforme decorrente de paracoccidioidose e leishmaniose anérgica difusa⁹.

A história clínica bem minuciosa é fundamental para o diagnóstico diferencial, principalmente nas afecções associadas às infecções fúngicas, uma vez que a evolução clínica desse tipo de doença é geralmente muito arrastada, confundindo-se muitas vezes devido à associação com outros eventos aos quais os pacientes sofrem ao longo da vida^{4,9}.

Até o momento, não existe nenhum tratamento que promova a cura da lacaziose. Há na literatura várias referências sobre o tratamento cirúrgico e as recidivas, principalmente em lesões isoladas, circunscritas e na fase inicial, porém, pouco se sabe sobre a melhor técnica a ser empregada, em relação às margens, acometimento de outros tecidos e o tempo em que as recidivas aparecem^{4,9}.

A escolha do tratamento atualmente define-se conforme a apresentação clínica da doença. Para as formas unifocais e localizadas, o tratamento é cirúrgico, seguido de tratamento com variadas associações de medicações como com clofazimina (50mg/d), dapsona (100mg/d) ou itraconazol, que se iniciam imediatamente à cirurgia, e durante pelo menos um ano, objetivando diminuir as chances de recidiva, e eventualmente conseguir a cura⁸. No paciente em questão, optou-se pela monoterapia farmacológica, em virtude principalmente das múltiplas lesões pelo corpo e pela boa aceitação da terapêutica.

4 CONCLUSÃO

A lacaziose é uma condição que apresenta dificuldades para o diagnóstico precoce, o fato de as lesões serem assintomáticas, de o fungo ter um crescimento lento e não afetar o estado geral do paciente contribuem para essa dificuldade. Além disso, existem muitos diagnósticos diferenciais, sendo necessária uma análise epidemiológica e clínica minuciosa para não chegar a um diagnóstico errôneo. O caso apresentado mostrou a evolução lenta das lesões, e as dificuldades para o diagnóstico precoce, com o atendimento tardio, e os achados inconclusivos nos exames, até atestar a presença do fungo pelo método de grocott na biópsia. A procura pelo atendimento, geralmente, é tardia, e os erros no diagnósticos, são facilitadores para o agravamento da doença que pode evoluir ao carcinoma e por fim, ao óbito.

REFERÊNCIAS

1. BITTENCOURT, M. J. S. Doença de Jorge Lobo: Estudo retrospectivo de casos registrados do serviço de Dermatologia da Universidade Federal do Pará no período de 1967 a 2009. 2010. 114 p. Dissertação (Pós-graduação em Doenças Tropicais) – Núcleo de Medicina Tropical, Universidade Federal do Pará, Belém, 2010.
2. BORELLI, D. La reservarea de la lobomicosis comentarios a un trabajo del Dr. carlos Peña sobre dos casos colombianos. *Mycopathology et Mycologia Applicata*. v. 37, n. 2, p.145-149, 1969.
3. BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. Guia de vigilância epidemiológica / Fundação Nacional de Saúde. 5. ed. Brasília: FUNASA, 2002.
4. BRITO, A. C.; QUARESMA, J. A. S. Lacaziose (doença de Jorge Lobo): revisão e atualização. *Anais Brasileiros de Dermatologia*. n. 82, p. 475 - 476, 2007.
5. DE SOUZA, S. P. et al. Doença de Jorge Lobo e a Importância de seu estudo para a Patologia animal e para a Patologia humana. *Revista Interdisciplinar de Estudos Experimentais*. v. 5, n. único, p. 39-42, 2013. Disponível em: <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/11/964715/2847-8788-1-sm.pdf> Acesso em: 10 jan 2020
6. ESPÓSITO, A. C. C. Et al. Fatores que levam à negligência quanto aos cânceres da pele não melanomas. *Diagn Tratamento*. v. 22, ed. 2, p. 63-66, 2017. Disponível em: http://docs.bvsalud.org/biblioref/2017/05/833682/rdt_v22n2_63-66.pdf Acesso em: 12 jan 2020
7. FURTADO, A. N.; ANDRADE, H. S.; PANDINI, E. T.; MOTTA, J.; FRASSON, P. H. L.; FALQUETO, A. Doença de Jorge Lobo: Relato de Caso e Revisão de Literatura. *Revista de Patologia Tropical*. v. 42, n. 4, p. 459-467, 2013.
8. KORTE, R. L.; FEITOSA, L. F.; PORTO, A. S.; JÚNIOR, C. F., CLOSS, J. Tratamento cirúrgico de Lacaziose Surgical. *Arquivos Catarinenses de Medicina*. v. 43, n. 4, p. 4-6, 2014.
9. KORTE, R. L.; JUNIOR, C. F.; CASTILHO, A. E. K.; FEITOSA, L. F.; PORTO, A. S. Cirurgia plástica e o tratamento de doenças infectocontagiosas: lobomicose. São Paulo: *Rev. Bras. Cir. Plást.* v. 34, n. 1, p. 163-172, 2019.
10. TAVARES, R. et al. Lobomicose ou Doença de Jorge Lobo: revisão da literatura. *Revista Portuguesa de Doenças Infecciosas*. v. 7, n. 3, p. 111-117, 2011. Disponível em: <http://spdinc.org/wp/wp-content/uploads/2012/02/RPDI-VOL.-7-N%C2%BA-3.pdf> Acesso em: 12 jan 2020