



RELATO DE CASO

Rinosporidiose nasal na infância

Nasal rhinosporidiosis in children

Geraldo Victorino França Jr.¹, Cláudio Cidade Gomes², Eulália Sakano²,
Albina Messias de Almeida M. Altemani³ e Luiz Tikara Shimizu¹

Resumo

A rinosporidiose é uma doença fúngica rara, causada pelo *Rhinosporidium seeberi*, de contágio por inalação de poeira (esterco de gado infectado) ou inoculação de orifícios corporais pelo contato com água contaminada. Acomete cavidade nasal (mais comum), olhos, nasofaringe, uretra, conduto auditivo externo. Tem curso clínico lento e, como manifestações nasais, obstrução, epistaxe, rinorréia, presença de massa tumoral polipóide friável, lobulada, indolor, geralmente de implantação septal.

Caracteriza-se histologicamente por cistos globulares contendo endosporos ("sporangia"), recoberto por agrupamentos de eosinófilos, em meio a reação granulomatosa. O tratamento é cirúrgico (com recorrência em 10% dos casos) e medicamentoso, utilizando diamino-difenil-sulfona ou anfotericina para evitar-se recidivas.

Apresentamos um caso de rinosporidiose em criança de 10 anos, sexo feminino, com quadro de obstrução nasal e epistaxe à esquerda há 3 meses com tumoração em fossa nasal esquerda, submetida à terapêutica cirúrgica.

J. pediatr. (Rio J.). 1994; 70(5):299-301: rinosporidiose, tumor nasal.

Introdução

Rinosporidiose é uma doença inflamatória crônica causada por infecção pelo fungo *Rhinosporidium seeberi*, que afeta localmente, sobretudo, a cavidade nasal.

Em 1900, Gillhermo Seeber realiza sua tese de doutorado sobre rinosporidiose, pensando tratar-se de infecção por

Abstract

Rhinosporidiosis is a rare fungal disease resulting from infection by *Rhinosporidium seeberi*. There seems to be a relationship between the disease and agriculture, suggesting that *Rhinosporidium* lives in soil, and many authors agree that water is a necessary medium of transmission. The sites of infection are the nose (most common), eye, nasopharynx, penile urethra and external ear. Nasal cases generally present obstruction, epistaxis, watery or mucopurulent discharge, presence of tumoral pedunculated polypoid mass, generally with septal implantation.

Histological examination presents characteristic sporangia in large numbers and in the submucosa a granulomatous host response. The treatment is by surgical excision (recurrence occurs in 10% of cases), and medical treatment used diaminodiphenylsulfone or Amphotericin B to avoid recurrent cases.

We present a case of Rhinosporidiosis in a 10 years-old child, female, with 3 months history of nasal obstruction, epistaxis and presence of nasal mass in left nasal cavity that was submitted to surgical excision.

J. pediatr. (Rio J.). 1994; 70(5):299-301: rhinosporidiosis, nasal tumor.

protozoário. Em 1903, O'Kinealy, na Índia, desconhecendo a descrição de Seeber, isola o mesmo microorganismo, batizando-o de *Rhinosporidium kinealy*. Em 1912, Seeber reivindica a prioridade da descoberta, passando o microorganismo a chamar-se *R. seeberi*. Ashworth (1923) descreve detalhadamente o agente, classificando-o como fungo^{1,2}. Vanbrenseghem (1973)³ põe em dúvida a natureza fúngica devido às culturas infrutíferas até então. Krishnamoorthy, em 1989, obtém com sucesso a cultura do *R. seeberi*⁴.

Descrição de caso clínico

Paciente, feminina, 10 anos, natural de Salinas (MG) - zona rural.

Primeira consulta em 01/07/92 com queixa de obstrução nasal unilateral e epistaxes intermitentes à esquerda há 3 meses.

1. Médico Residente da Disciplina de Otorrinolaringologia do Departamento de OFT/ORL da FCM da Univ. Estadual de Campinas - UNICAMP-SP.

2. Professor(a) Assistente Voluntário(a) da Disciplina de ORL do Departamento de OFT/ORL da FCM da Universidade Estadual de Campinas e Médico(a) da Clínica de ORL do Instituto Penido Burnier Campinas - SP.

3. Professora Dra. do Departamento de Anatomia Patológica da FCM da Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP-SP.

Trabalho apresentado como Tema Livre no VI Congresso Paulista de Pediatria, realizado de 10 de abril a 4 de maio de 1994, em São Paulo-SP.

Interrogatório complementar: sem outros sintomas gerais ou otorrinolaringológicos.

Ao exame ORL:

- Rinoscopia anterior: tumoração violácea em assoalho de cavidade nasal esquerda, friável, com implantação em meato inferior (figura 1).
- Rinoscopia posterior: normal.
- Restante do exame físico sem alterações.
- Submetida a ressecção da lesão em 26.08.92, sob anestesia geral.
- Anatomopatológico: o exame microscópico revelou mucosa revestida por epitélio metaplásico do tipo escamoso não corneificado. Na lâmina própria foi observado infiltrado linfo-plasmocitário com leucócitos neutrófilos, algumas células gigantes macrófagos e vários esporangios esféricos, de diâmetro variável, os esporangios apresentavam paredes espessas e continham numerosos esporos (figuras 2 e 3).
- Com ausência de sinais de recidiva no seguimento de 1 ano pós ressecção cirúrgica.



Figura 1 - Tumoração em assoalho de cavidade nasal esquerda visualizada por rinoscopia anterior

Discussão

Rinosporidiose tem distribuição cosmopolita, com maior incidência na Índia, Sri Lanka, leste da África e América, sendo muito rara a descrição de casos na Europa. No Brasil, existem cerca de 40 casos descritos, estatística esta que pode ser falha pela não notificação de todos os casos e por nem todos os “pólipos” nasais extirpados cirurgicamente serem submetidos a exame histopatológico^{1,5,6}.

Acomete todas as faixas etárias, dos 3 aos 73 anos⁷; pico de incidência ao redor da 2ª ou 3ª década^{7,8} com proporção homem:mulher de 3:1. Sugere-se a inoculação fúngica via microtraumatismos dígito-ungueais, o que explicaria sua predominância em cavidades nasais e conjuntiva ocular⁸. Embora haja grande quantidade de esporos na cavidade nasal do doente, a infectividade é baixa, já que portadores de longa data raramente têm outros infectados em casa^{7,9}.

As populações de baixo nível sócio-econômico são mais frequentemente acometidas com boa parte dos doentes



Figura 2 - Moderado infiltrado linfo-plasmocitário com leucócitos neutrófilos, células gigantes, macrófagos e esporangios de diâmetros variados (HE x 190)

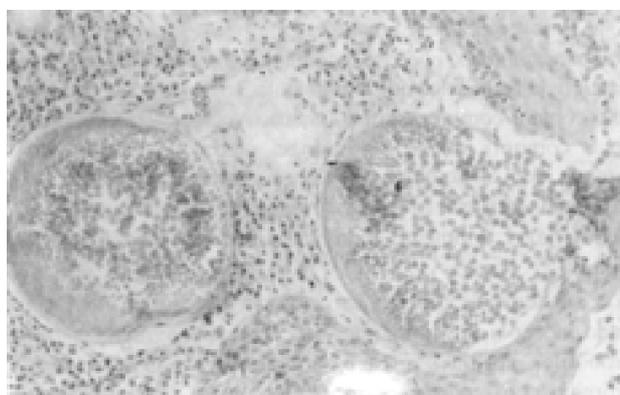


Figura 3 - Esporangios contendo numerosos esporos, sendo que um deles está roto e localizado na superfície externa da mucosa (HE x 190)

provindo de zona rural, sobretudo agricultores (“doença profissional”)⁵ e nadadores de lagoas. O *Rhinosporidium seeberi* é também descrito parasitando gado bovino, equino e peixes⁸.

O solo, com partículas de fezes secas de animais, e a água podem estar contaminadas por esporos do fungo¹⁰, assim a inalação da poeira e/ou contacto da mucosa nasal com água contaminada seriam meios de transmissão.

O principal local acometido pela rinosporidiose é a mucosa nasal, em 70% dos casos¹. Outros sítios descritos são: nasofaringe, conjuntiva ocular, cavidade oral, saco lacrimal, uretra, genitália, árvore traqueobrônquica, laringe, pele e cavidades paranasais. O curso clínico é lento. Queixas nasais, geralmente unilaterais são incharacterísticas, como: obstrução nasal, epistaxe, rinorréia mucopurulenta, massa nasal, sensação de corpo estranho.

Exame clínico mostra massa de aspecto polipóide, friável, sangrante ao toque, indolor, finamente lobulada sésil ou pediculada, moriforme^{1,7,11}. Implantação septal é a mais comum, podendo provir também do corneto inferior e do assoalho nasal.

A rinosporidiose deve entrar no diagnóstico diferencial clínico com outras massas de cavidades nasais: pólipos nasais, pólipos antrocoanales, angiofibroma juvenil, papiloma invertido, neurofibroma e neoplasias. O diagnóstico é dado pelo exame histopatológico, que mostra cistos globulares contendo endosporos ("sporangia") em vários estágios de desenvolvimento, recobertos por agrupamentos de eosinófilos, em meio a exsudato inflamatório crônico inespecífico hiper celular, com predomínio de linfócitos; há neoformação vascular e áreas hemorrágicas^{1,8}

Até a presente data, tentativas de inoculação do *R. seeberi* em animais de laboratório foram falhas^{8,9}. Apenas em 1989 a cultura do *R. seeberi* foi realizada com sucesso por Krishnamoorthy⁴. O tratamento de escolha da rinosporidiose nasal é a excisão completa da massa com eletrocauterização de sua base de implantação. Os relatos sobre a recorrência das lesões após o tratamento são raros 10% de recidiva, em média, relacionando-se o fato com exérese incompleta⁵. O tratamento clínico com antifúngicos sistêmicos revelou-se pouco efetivo¹⁰, porém o uso de diaminodifenilsulfona associado a cirurgia diminui a recorrência das lesões^{12,13}.

As descrições de rinosporidiose nasal no Brasil são raras e o desconhecimento da doença por otorrinolaringologistas, pediatras, clínicos e anatomopatologistas pode ocasionar falhas nas estatísticas. No presente trabalho apresentamos um caso de rinosporidiose, visando alertar os pediatras sobre a ocorrência da moléstia na infância, a fim de incluí-la no extenso diagnóstico diferencial das queixas nasais nessa faixa etária.

Referências bibliográficas

1. Andrade NA. Rinosporidiose Nasal, *Jornal Brasileiro de Medicina-Otorrinolaringologia* 1989; 2(3):18-22.
2. Ashworth JH, Turner AI. A case of Rhinosporidiosis. *The Journal of Laryngology and Otology* 1923;38:285-289.
3. Vanbreusedhem R. Ultrastructure of *Thinosporidium Seeberi*. *International Journal of Dermatology* 1973;12:20-28.
4. Krishnamoorthy S, Sreedharan VP, Koshy P, Kumar S, Anilakumari CK. Culture of *Rhinosporidium Seeberi*: Preliminary report. *The Journal of Laryngology and Otology* 1989;135:178-180.
5. Melo RRG, Bolliger S. Rinosporidiose Nasal. *Revista Brasileira de Oto-Rino-Laringologia* 1975;41:44-45.
6. Oliveira NFS, Vieira CBB. Rinosporidiose Nasal. *Revista Brasileira de Oto-Rino-Laringologia* 1972;38:143-146.
7. Van Der Coer JMGL, Maires HAM, Wieling EWJ, Wong-Alcalá LSM. Rhinosporidiosis in Europe, *The Journal of Laryngology and Otology* 1992;106:440-443.
8. Van Haacke NP, Mugliston TAH. Rhinosporidiosis. *The Journal of Laryngology and Otology* 1982;96:743-750.
9. Satyanarayana C. Rhinosporidiosis. *Acta Otolaryngologica* 1960;51:348-366.
10. Mears T, Amerasinghe C. View from beneath: Pathology in focus, Rhinosporidiosis. *The Journal of Laryngology and Otology* 1992;106:468.
11. Khan AA. Rhinosporidiosis of the nose. *The Journal of Laryngology and Otology* 1969;83:461-473.
12. Nair KK. Clinical trial; of diaminodiphenylsulfone (DDS) in nasal and nasopharyngeal rhinosporidiosis. *Laryngoscope* 1979;89:291-295.
13. Job A, Venkateswaran S, Mathan M, Krishnaswami H, Rama R. Medical Therapy of Rhinosporidiosis with Dapsone. *The Journal of Laryngology and Otology* 1993;107:809-812.