

## CRIPTOCOCOSE RENAL ISOLADA

### Apresentação de um caso cirúrgico

Jorge MICHALANY (1), Danilo TAVARES GUERREIRO (2) e Vilma Ilka Teixeira de CAMARGO (3)

#### RESUMO

É apresentado um caso de criptococose renal, cujo diagnóstico foi feito após o exame anátomo-patológico da peça cirúrgica. As torulas, que estavam presentes na urina, desapareceram 15 dias após a administração de Anfotericina B.

Ao lado da raridade da criptococose renal, este caso parece corresponder a uma forma isolada da doença, porque não se encontraram no doente quaisquer outros sinais ou sintomas de criptococose.

#### INTRODUÇÃO

A criptococose renal é rara. Os casos registrados na literatura constituem, em geral, achados de autópsia e referem-se à torulose disseminada, nos quais havia comprometimento renal<sup>3, 8, 10</sup>.

O primeiro caso brasileiro de criptococose disseminada, onde é referido o comprometimento renal, foi relatado por PEREIRA & col. em 1957<sup>14</sup>. Tratava-se de um homem de 27 anos, apresentando quadro clínico atípico, cujo diagnóstico de criptococose só foi feito à autópsia. Além das lesões encontradas nos pulmões, gânglios traqueobrônquicos, coração e sistema nervoso central, os rins mostravam destruição glomerular e substituição dos glomérulos por *Cryptococcus neoformans*, bem como destruição do epitélio tubular e fungos na luz e parede dos túbulos. Quase simultaneamente, em princípios de 1958, AMORIM & PASQUALUCCI<sup>1</sup>, estudando as lesões da torulose no sistema nervoso

central, referem, em um dos casos autopsiados, o achado de lesão criptocócica tumiforme na loja renal direita, simulando carcinoma gelatinoso, infiltrando a face inferior do fígado e o pólo superior do rim direito. Pouco tempo depois, em 1960, BECKER<sup>2</sup>, ao relatar um caso de criptococose generalizada com associação de esquistossomose, refere o achado dos fungos nos glomérulos (êmbolos), espaços de BOWMAN, túbulos renais, bem como raros cilindros mucicarminófilos. O último caso de comprometimento renal de que temos notícia no Brasil é o de MACALDI & col.<sup>12</sup>, a propósito da associação de criptococose com toxoplasmose.

A criptococose renal isolada é bem mais rara e, quando observada *in vivo*, excepcional. No caso apresentado, além de não se comprovarem lesões em outros órgãos, foi possível estabelecer tratamento medicamentoso, com sobrevida do paciente.

Apresentado ao Departamento de Urologia da APM em 25/10/1966

(1) Professor de Ensino Superior (Departamento de Patologia) da Escola Paulista de Medicina e Chefe do Serviço de Anatomia Patológica da Santa Casa da Misericórdia de Santos, São Paulo, Brasil

(2) Assistente efetivo da Clínica Urológica

(3) Assistente do Serviço de Anatomia Patológica

#### APRESENTAÇÃO DO CASO

J.A., (R 442862), 46 anos, branco, masculino, brasileiro, casado, industrial, residente em Santos, São Paulo, foi internado na Santa Casa da Misericórdia de Santos, em 4/7/1965, com dores lombares bilaterais, mais acentuadas à esquerda. Febre constante e micções freqüentes, com urina turva e vermelha. Em 1937, o doente teve processo pulmonar tuberculoso, tratado em sanatório. Nessa ocasião foi acometido de surto febril com dores lombares, diagnosticado como pielonefrite. Em 1939 reapareceram os sintomas renais, aventando-se a hipótese de tuberculose renal, não comprovada. Daí em diante passou a apresentar sintomatologia renal, tornando-se hipertenso, com surtos freqüentes de infecção urinária e insuficiência renal, comprovados por exames de urina com piúria e hematúria e com dosagem de uréia no sangue variando entre 50 a 80 mg%. Ao ser internado, apresentava grande tumor doloroso na região lombar esquerda com rechaço e manobra de GIORDANO intensamente positiva; pontos renais e ureterais dolorosos. Pressão arterial 17×10 mm Hg, pulso 80 b.p.m., temperatura 37,5°C. Ao exame de urina, hematúria e piúria; dosagem de uréia, 80 mg%. À

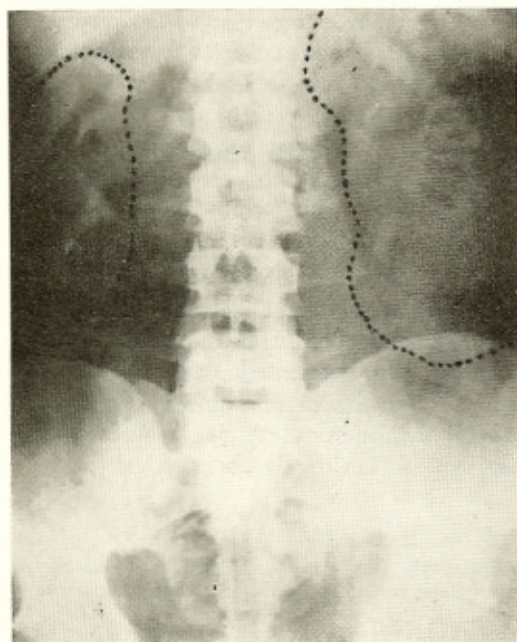


Fig. 1 — Silhueta da hidronefrose à esquerda

urografia excretora, silhueta renal volumosa ocupando todo o flanco esquerdo e ausência de eliminação renal (Fig. 1). À direita, boa eliminação do contraste e contorno renal aumentado; ausência de cálculos. Cistoscopia normal. Não foi feita a pielografia ascendente porque o paciente se achava em crise aguda de pielonefrite. A radiografia dos campos pulmonares revelou alguns nódulos residuais no campo pulmonar esquerdo; nódulos calcificados de densidade estriada, também de aspecto residual, no campo pulmonar superior direito. Desenho pulmonar acentuadamente grosseiro na base direita, espessamento marginal à direita, mais extenso na base, com apagamento do seio costofrênico. Ausência de lesões ativas pulmonares.

Devido ao estado do paciente e com o diagnóstico de pionefrose, indicou-se nefrectomia esquerda, realizada em 14/7/1965, constatando-se volumosa hidronefrose com intensa perinefrite, o que dificultou o descolamento renal. Devido ao volume da hidronefrose, foi necessário proceder à punção que apresentou urina turva, contendo material de aspecto gelatinoso. O ureter estava espessado e com intensa reação inflamatória periureteral, determinando estenose justapiélica. Procedeu-se à nefrectomia após a ligadura do ureter e a parede foi fechada por planos, deixando-se um dreno de PENROSE na loja renal. Pós-operatório sem acidentes. A pressão arterial manteve-se em 14×9 mm e a dosagem de uréia em 65 mg%. Alta em 21/7/1965, com cicatrização perfeita, sem fistula.

*Exame anátomo-patológico* (n.º 18839) — Rim esquerdo pesando 1.180 g, medindo 25×25×15 cm, envolvido pela cápsula adiposa, apresentando-se com superfície irregular e aspecto cístico. O corte revela hidronefrose contendo líquido denso e hemorrágico. Acompanha segmento de ureter medindo 10 cm de comprimento. Microscopicamente, intenso grau de atrofia compressiva do parênquima renal, representado exclusivamente por túbulos renais dilatados, contendo material de aspecto colóide e por glomérulos hialinizados. Entre os túbulos encontra-se infiltrado linfocitário e raríssimas células gigantes de corpo estranho. Artérias e arteríolas renais com obliteração do lume



e em grande parte hialinizadas. Pelve renal espessada e hialinizada. Em vários trechos encontram-se formações esféricas, fortemente basófilas, com características de *Cryptococcus*, acoladas à parede ou no lume da pelve (Fig. 2). Algumas apresentam brotamento, porém, pelas colorações especiais do Mucicarmim e P.A.S., não se verificou com evidência o halo mucóide característico desse fungo. O segmento de ureter apresenta-se hialinizado e com sinais de processo inflamatório crônico residual.

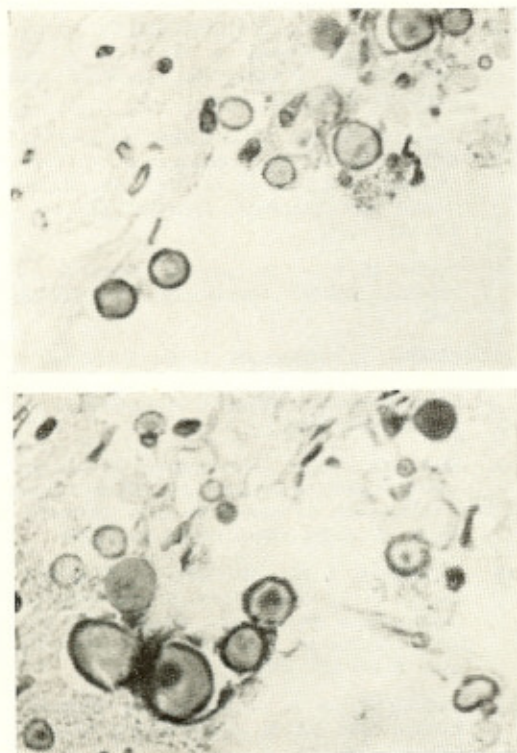


Fig. 2 — *Cryptococcus* acolados à parede pelvi-renal. H.E., 360×

**Diagnóstico** — Criptococose pelve-renal; pielonefrite crônica atrófica; ureterite crônica, sem caráter específico.

#### EVOLUÇÃO

O diagnóstico histopatológico de criptococose renal, completamente inesperado, impunha nova investigação do caso. Em 4/8/1965, pesquisa de *C. neoformans* positiva na urina e negativa no líquido cefalorraqueano. Diante desse resultado, o paciente foi

reinternado em 13/9/65 para tratamento com Anfotericina B, tendo-se verificado que a dosagem de uréia era de 38 mg%, nessa ocasião. A Anfotericina B foi administrada na dose de 50 mg em 500 ml de soro glicosado a 5%, por via endovenosa, com prévia administração de 2 comprimidos de Triamcinolona, sem reação alérgica. Continuou-se administrando a Anfotericina B, controlando-se, sempre, a dosagem de uréia no sangue. Em 16/9/1965, quando havia sido administrado um total de 250 mg de Anfotericina B, a dosagem de uréia atingiu a 110 mg%, sendo, então, suspenso o tratamento, por precaução. Em 7/10/1965, a pesquisa de *C. neoformans* na urina foi negativa e a dosagem de uréia foi de 38 mg%.

#### DISCUSSÃO

O presente caso reúne uma série de fatos dignos de nota. Além da rara localização renal da criptococose, destacam-se o não comprometimento do sistema nervoso central — presente em cerca de 80% dos casos — e a ausência de lesões ativas pulmonares ou de qualquer outra doença associada<sup>6, 9, 11, 13</sup>. Salienta-se, sobretudo, a oportunidade de se diagnosticar a criptococose renal pelo exame histopatológico e de se conseguir a cura de um paciente acometido de moléstia para a qual não havia, até há pouco, tratamento específico.

Embora o paciente apresentasse sintomas e sinais clínicos, radiológicos e laboratoriais de insuficiência renal com pielonefrite e hidronefrose à esquerda, nenhum desses dados poderia levar à suspeita de entidade tão rara. Não fôsse o agravamento progressivo do quadro clínico e o aparecimento de tumor no flanco esquerdo, que motivaram a nefrectomia, a criptococose renal teria passado despercebida por mais algum tempo. Do ponto de vista histopatológico, nada havia de especial. Devido a pequena reação granulomatosa, como em geral ocorre com a criptococose, a maioria dos fungos deveria estar contida na urina esvaziada da hidronefrose. Daí o achado do pequeno número de parasitas na peça cirúrgica.

Depois do diagnóstico histopatológico de criptococose renal, procedeu-se a investigação exaustiva, nesse sentido, e no exame de urina foi encontrado o *Cryptococcus neoformans*. Instituiu-se, então, o tratamento

com a Anfotericina B, considerada, atualmente, medicamento específico para tôdas as formas de criptococose. Apesar de tóxica e de não haver ainda experiência com essa droga no tratamento da criptococose renal, o emprêgo em nosso caso foi feito com as maiores precauções, por tratar-se de paciente nefrectomizado que deveria ser constantemente vigiado quanto à possível insuficiência renal provocada pela administração de Anfotericina B<sup>4, 7, 13</sup>. Quando a administração de Anfotericina B atingiu um total de 250 mg, a dosagem de uréia subiu a 110 mg%, sendo então suspenso o tratamento, por precaução. Apesar da pequena dose administrada — bem longe dos níveis empregados nas formas nervosas e pulmonares — confirmou-se que a Anfotericina B é a droga de escolha no tratamento das várias formas de criptococose, com eficácia terapêutica mesmo em pequenas doses. As pesquisas posteriores de *Cryptococcus* na urina foram negativas e o paciente foi considerado curado.

Este caso serve para alertar o urologista da necessidade do exame histopatológico sistemático das peças cirúrgicas, mesmo aquelas que, macroscopicamente, sugerem lesões comuns. Ressalta-se aqui, o achado fortuito, ao exame histopatológico da peça cirúrgica, da lesão renal isolada criptocócica, fato que nos parece não ter sido ainda assinalado na literatura.

#### SUMMARY

#### *Renal cryptococcosis: presentation of a surgical case*

A surgical case of renal cryptococcosis, diagnosed by pathological examination of the specimen, is presented. The torulae which were found in the urine disappeared after 15 days of administration of Amphotericin B.

Besides the rarity of cryptococcosis of the kidney, this case seems to correspond to an isolated form of the disease, because no other signs or symptoms of cryptococcosis were found in the patient.

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. AMORIM, M. de F. & PASQUALUCCI, M. E. A. — Natureza das lesões do sistema nervoso central na torulose. *Rev. Lat. Amer. Anat. Pat.* 2:41-50, 1958.

2. BECKER, P. F. L. — Criptococose. Apresentação de um caso associado a granuloma esquistossomótico. Revisão e estudo dos casos nacionais. *Rev. Goiana Med.* 6:207-264, 1960.
3. BERTRAND, I. & MOLLARET, H. — Étude histo-pathologique d'un cas d'invasissement des centres nerveux et des viscères par *Torula histolytica*, 1916. *Rev. Neurol. (Paris)* 97:241-250, 1957.
4. CINTRA DO PRADO, F.; RAMOS, J. & RIBEIRO DO VALLE, J. — *Atualização Terapêutica*. São Paulo, Artes Médicas, pp. 628-629, 1966.
5. COHEN, J. R. & KAUFMANN, W. — Systemic cryptococcosis. A report of a case with review of literature. *Amer. J. Clin. Path.* 22:1069-1076, 1952.
6. COLLINS, V. P.; GELLHORN, A. & TRIMBLE, J. R. — The coincidence of cryptococcosis and disease of the reticuloendothelial and lymphatic systems. *Cancer* 4: 883-889, 1951.
7. CONN, H. F. — *Terapêutica*, 1965. Rio de Janeiro, Editora Guanabara, pp. 530-533, 1965.
8. EDEBO, L.; JÖNSSON, L. E.; HALLÉN, A. & LINDBOM, G. — A fatal case of Torulopsis glabrata fungaemia. *Acta Chir. Scand.* 131:473-480, 1966.
9. FURTADO, T. A. — Criptococose. Seis primeiros casos observados em Minas Gerais e tratamento de dois casos pela Anfotericina B. *Hospital (Rio)* 62:151-164, 1962.
10. HERRERA, J. M.; BRICEÑO, C. E. & SUZUA, O. E. — Blastomicose generalizada por *Cryptococcus neoformans*; primer caso mortal estudiado en Panamá. *Arch. Med. Panam.* 5:107-125, 1956.
11. LACAZ, C. da S. — *Manual de Micologia Médica*. São Paulo, Livraria Atheneu, pp. 228-241, 1960.
12. MAGALDI, C.; AMATO NETO, V. & MONTEIRO, D. C. — Criptococose: a propósito de um caso de forma pulmonar isolada e de outro em associação com toxoplasmose adquirida. *Rev. Hosp. Clin. Fac. Med. São Paulo* 19:19-32, 1964.
13. O'CONNOR, F. J.; FOUSHEE JR., J. H. S. & COX, C. E. — Prostatic cryptococcosis. A case report. *J. Urol.* 94:160-163, 1965.
14. PEREIRA, V. G.; MARINELLI, D. & CINTRA, A. B. de U. — Criptococose disseminada (Torulose). Considerações acerca de um caso atípico. *Rev. Hosp. Clin. Fac. Med. São Paulo* 12:455-458, 1957.

Recebido para publicação em 26/1/1967.