

# *Rinosporidiose Nasal - Relato de Quatro Casos e Revisão de Literatura*

## *Nasal Rhinosporidiosis - Four Cases Relate and Literature Review*

*Lauro do Nascimento Abud\**, *José Clemente Pereira\*\**.

\*Título de Especialista em Otorrinolaringologia pela Associação Brasileira de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico Facial. Médico Otorrinolaringologista e Ex Residente de Otorrinolaringologia no Hospital de Base do Distrito Federal.

\*\*Médico Otorrinolaringologista.

Instituição: Serviço de Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço do Hospital de Base do Distrito Federal.

Endereço para correspondência: Lauro do Nascimento Abud – Praça Tobias Barreto, 510, Salas 403/404 – Bairro São José – Aracaju / SE – CEP 49015-180 – Telefax: (79) 3214-0831 – E-mail: labud@uol.com.br

Este artigo foi submetido no SGP (Sistema de Gestão de Publicações) da R@IO em 28/7/2006 e aprovado em 1/10/2006 23:08:00.

### RESUMO

**Introdução:**

A rinosporidiose é uma doença causada pelo *Rinosporidium seeberi* apresentando relação com pacientes provenientes de zona rural e com história de banhos em lagos com água parada. É endêmica na Índia e Sri Lanka mas relativamente rara no Brasil. Apresenta curso clínico lento com queixas unilaterais e incomuns como obstrução nasal e epistaxe, presença de massa nasal polipóide, friável e indolor com implantação geralmente em septo nasal. O tratamento é cirúrgico com ressecção da lesão com eletrocoagulação da sua implantação.

**Objetivo:**

Relatar quatro casos de rinosporidiose nasal, associado a uma revisão de literatura, e discutir sobre seu diagnóstico, tratamento e acompanhamento.

**Relato dos Casos:**

São relatados quatro pacientes com rinosporidiose nasal com idade entre 8 e 22 anos, todos provenientes de zona rural e histórico de sintomatologia crônica nasal unilateral. Três deles foram submetidos a tratamento cirúrgico e um apresentou remissão espontânea da lesão.

**Conclusão:**

A rinosporidiose nasal é doença causada pelo *rhinosporidium seeberi* e apresenta curso clínico lento e benigno, seu diagnóstico e tratamento são simples porém requer alto grau de suspeição. Apresentamos caso de remissão espontânea que não encontramos descrição na literatura médica.

**Palavras-chave:**

rinosporidiose, etiologia, diagnóstico.

### SUMMARY

**Introduction:**

Rhinosporidiosis is a disease resulting from infection by *Rinosporidium seeberi*. There is a relation with patients from the countryside and with baths in lakes. It is endemic in Indian and Sri Lanka but relatively rare in Brazil. Clinically it is presented with nasal obstruction, epistaxis and pedunculated polypoid mass with septal implantation. Its treatment is surgical extirpation and electrocauterization of the polyp base.

**Objective:**

To relate four cases of nasal rhinosporidiosis within a literature review and discuss its diagnosis, treatment and follow-up.

**Cases Report:**

The present article describes four cases of nasal rhinosporidiosis and age range between 8 and 22 years old, all patients from the countryside and symptoms of chronic unilateral nasal disease. Three of them were submitted to surgical treatment and one follows with spontaneous remission.

**Conclusion:**

Nasal rhinosporidiosis is a disease resulting from infection by *Rinosporidium seeberi* and presents a benign follow-up, its diagnosis and treatment are simple but we need to be aware of it. It is presented a case of spontaneous remission not found in world literature.

**Key words:**

rhinosporidiosis, etiology, diagnosis.

---

## INTRODUÇÃO

---

A rinosporidiose é uma infecção crônica causada pelo *Rinosporidium seeberi* que afeta principalmente as mucosas nasais e conjuntivas, podendo afetar outras regiões como: vagina, pênis, cavidade oral, saco lacrimal, uretra, árvore traqueobrônquica, laringe, osso e cavidades paranasais (9,14). Em apenas 6% dos casos se apresenta como lesões múltiplas e muito raramente é descrita afecção cutânea e visceral.

Descrita pela primeira vez por MALBRAM (1892), Argentina, só foi publicada em 1900 por GUILHERMO SEEBER na sua tese de doutorado, também na Argentina classificando-o como protozoário (12). O'KINEALY (1903), Índia, desconhecendo a descrição de Seeber, isola o microorganismo e o batiza de *Rinosporidium kinealy*. Em 1912, SEEBER reivindica a prioridade da descoberta passando a chamar-se de *Rinosporidium seeberi*. ASHWORTH (1923) descreve o agente detalhadamente classificando-o como fungo (1,3,6,10).

Geograficamente a maioria dos casos descritos procede da Índia e Sri Lanka (9). No Brasil é relativamente rara (10).

Clinicamente apresenta-se como pólipó friável, de consistência amolecida, aspecto moriforme, sendo seus sintomas mais freqüentes obstrução nasal e epistaxe (3,10). Pode acometer, além da raça humana, outros animais como cavalos, bovinos e gansos (3). Seu tratamento é eminentemente cirúrgico com ressecção da lesão e eletrocoagulação da sua inserção (3,6,10).

O presente trabalho tem como objetivo relatar 4 (quatro) casos de rinosporidiose nasal atendidos na Unidade de Otorrinolaringologia do Hospital de Base do Distrito Federal (HBDF) entre maio de 2002 e julho de 2004 ressaltando pontos importantes para seu diagnóstico e tratamento, bem como realizar revisão de literatura.

---

## RELATO DOS CASOS

---

### Caso 1

Paciente de 12 anos de idade, sexo feminino, raça negra, residente de Barreiras/BA, proveniente de zona rural. História de banhos em lagos e poços com água parada. Procurou o serviço de Otorrinolaringologia do HBDF com queixa de obstrução nasal esquerda há oito meses associada a epistaxes recorrentes de pequena monta pelos quais não foi necessário tamponamento nasal.

Negava outras queixas. Ao exame físico apresentava massa rosada em fossa nasal esquerda com pequenos pontos amarelados, aspecto polipóide, de consistência amolecida, pediculada com inserção em assoalho nasal e sangrante ao toque. Foi realizada biópsia incisional da lesão com resultado histopatológico de Rinosporidiose. Não foi utilizada medicação.

Paciente retornou um mês após primeiro atendimento com remissão espontânea da lesão nasal e melhora dos sintomas clínicos. Realizada videoendoscopia nasal confirmando a remissão. Encontra-se em acompanhamento semestral há dois anos sem sinais de recidiva.

### Caso 2

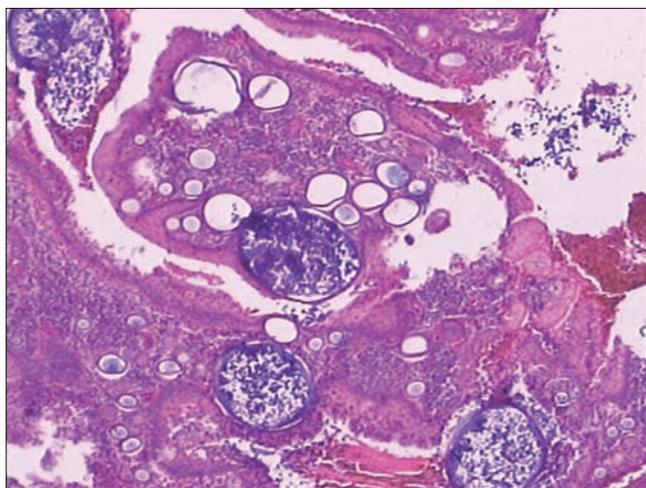
Paciente de 22 anos, sexo masculino, raça negra, residente em Brasília há um ano, proveniente de área rural da Bahia. Antecedente de banho em poços com água parada. Queixa de obstrução nasal direita há um ano com epistaxes recorrentes e massa nasal direita. Sem outras queixas ou antecedentes de interesse clínico. Ao exame físico apresentava tumoração obstruindo toda fossa nasal direita, pediculada com inserção em cabeça do corneto inferior, aspecto polipóide, rosada com pequenos pontos amarelos por sobre a massa (aspecto de morango), sangrante ao toque. Já veio encaminhado de outro serviço com Tomografia Computadorizada dos seios da face evidenciando massa em fossa nasal direita, inserção em corneto inferior de 2,5 cm. Histopatológico de Rinosporidiose (Figuras 1, 2).

Foi então submetido a ressecção da lesão sob anestesia local no Centro Cirúrgico com eletrocoagulação da base de implantação. Não foi necessário tamponamento nasal. Não foi utilizada medicação pós operatória, com exceção de analgésicos e antibiótico profilaxia pré-operatória.

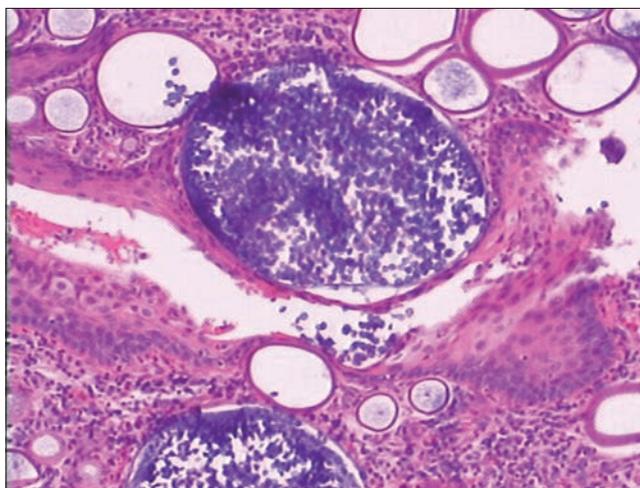
Paciente foi avaliado com 2, 4, 6 meses e 01 ano sem sinais de recidiva. Melhora total da sintomatologia. Encontra-se em acompanhamento semestral.

### Caso 3

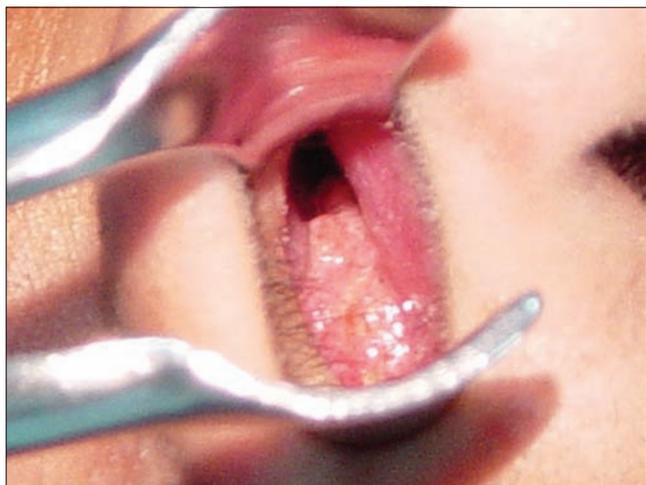
Paciente de 15 anos, sexo masculino, raça negra, proveniente de Maracatumé/MA (zona rural). Procurou o nosso serviço de Otorrinolaringologia com queixa de obstrução nasal progressiva direita há 08 meses e sensação de corpo estranho no nariz. Negava epistaxes. Sem antecedentes de interesse clínico, negando inclusive banhos em lagos. Ao exame apresentava massa de aspecto



**Figura 1.** Lâmina do segundo paciente evidenciando tecido nasal com vários cistos em diferentes fases de maturação com importante infiltrado linfocitário.



**Figura 2.** Lâmina do segundo paciente demonstrando cisto maduro (esporângio) cheio de endosporos iniciando sua ruptura.



**Figura 3.** Rinoscopia anterior do terceiro paciente.



**Figura 4.** Peça cirúrgica do terceiro paciente.

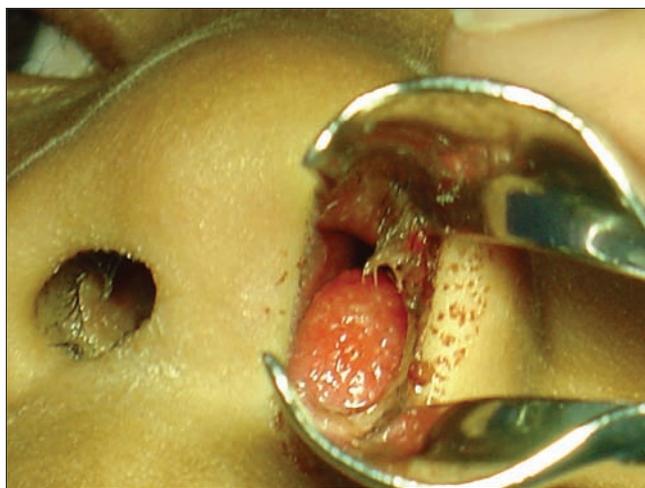
polipóide em fossa nasal direita, aspecto moriforme, consistência amolecida, pediculada com inserção em septo nasal anterior, sangrante a manipulação (Figuras 3, 4). Realizada biópsia incisional com histopatológico de Rinosporidiose.

Paciente foi então submetido a ressecção da lesão sob anestesia local no Centro Cirúrgico com eletrocoagulação da sua inserção. Colocado pequeno tampão nasal que permaneceu por 24 horas. Não foi utilizada medicação pós operatória, com exceção de analgésicos e antibiótico profilaxia pré-operatória. Remissão completa da sintomatologia. *Follow-up* de 01 ano sem sinais de recidiva. Em acompanhamento semestral.

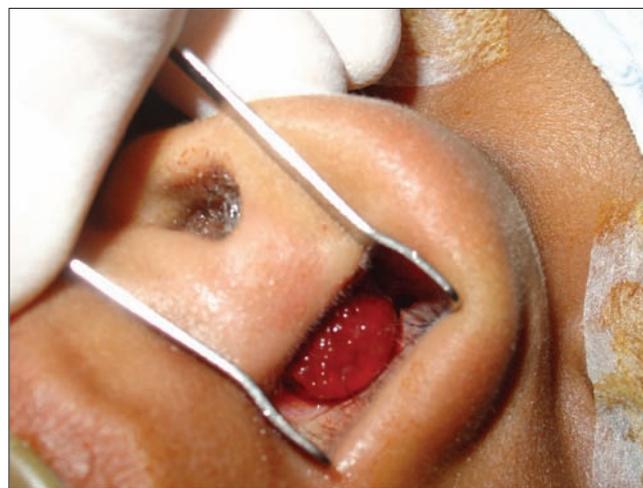
#### **Caso 4**

Paciente de 08 anos de idade, sexo feminino, proveniente de zona rural de Nova Conquista/MA, raça negra. Queixa de obstrução nasal esquerda há 01 ano associada a epistaxes recorrentes, massa nasal e rinorréia piossanguinolenta esporádica. Antecedente de banhos em lagos com água parada.

Apresentava ao exame tumoração em fossa nasal esquerda, aspecto polipóide, granulomatosa, sangrante ao toque, pediculada com inserção em septo nasal anterior (Figuras 5,6,7). Histopatológico após realização de biópsia incisional: Rinosporidiose.



**Figura 5.** Rinoscopia anterior do quarto paciente - aspecto moriforme



**Figura 6.** Rinoscopia anterior do quarto paciente evidenciando sangramento da lesão após simples limpeza.

Foi submetida a ressecção da lesão sob anestesia geral no Centro Cirúrgico com eletrocoagulação da base de inserção. Remissão completa da sintomatologia. *Follow-up* de 06 meses sem sinais de recidiva. Não foi utilizada medicação pós operatória, com exceção de analgésicos e antibiótico profilaxia pré-operatória.

## DISCUSSÃO

A rinosporidiose é uma doença de baixa incidência sendo as zonas endêmicas dispersas por todo o mundo, predominando em regiões tropicais e subtropicais onde existem água parada e zonas pantanosas. A maioria dos casos descritos procede da Índia e Sri Lanka, lesta da África e América, sendo rara a descrição na Europa (3). No Brasil existem poucos casos descritos, estatística essa que pode ser falha pela não notificação de todos os casos e por nem todos os pólipos nasais exisados cirurgicamente serem submetidos a exame histopatológico (4,7).

O agente etiológico da rinosporidiose, *Rinosporidium seeberi*, descrito inicialmente como protozoário por GUILHERMO SEEBER, passou a ser classificado como um fungo a partir de minuciosa descrição de ASHWORTH (1923) (1). Tentativas inúteis até então de cultivo do patógeno realizadas por VANBREUSEGHEM (1976) desafiam a hipótese fúngica (13,14). Desde então muitos microbiologistas têm o considerado como um fungo apesar de sua taxonomia incerta (3, 5, 6, 9, 11, 14).

FREDRICKS e cols em estudo recente (2000), através de pesquisa genética, classificam o *Rinosporidium seeberi* como o primeiro patógeno humano da classe DRIP, classe de parasitas aquáticos, *Ichthyospora* (5).



**Figura 7.** Peça cirúrgica do quarto paciente.

Pouco se sabe sobre o habitat e mecanismo de transmissão do patógeno. Vários modos de transmissão são postulados mas nenhum foi confirmado. As hipóteses mais aceitas atualmente ainda fazem parte da minuciosa descrição realizadas por ASHWORTH (1923), apontando uma relação entre contágio e pacientes que tiveram contato com água parada (1,5).

Sugere-se que o solo com partículas de fezes secas de animais e a água podem estar contaminadas com esporos do patógeno, assim a inalação da poeira e/ou o contato da mucosa nasal com água contaminada inoculadas via microtraumatismos dígito-ungueais seriam os possíveis meios de transmissão (4), explicando a predominância na cavidade nasal e conjuntiva ocular.

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 (11,14,15).

As populações de baixo nível sócio econômico são mais freqüentemente acometidas com boa parte dos doentes provindos de zona rural sobretudo agricultores e nadadores de lagoas (8).

Alguns casos são descritos em animais como cavalos, peixe e gado em geral porém a transmissão animal-homem não é comprovada (14). Nas regiões endêmicas da Índia e Sri Lanka é freqüente a infecção em animais e acredita-se que o homem seja um hospedeiro acidental da doença (2).

A rinosporidiose é mais freqüente em homens que mulheres (3:1). Segundo alguns autores isso se deveria à exposição maior do sexo masculino a trabalhos relacionados com a terra, barro e água parada (3,4,6). Não observamos predominância com relação ao sexo (1:1), entretanto grande parte dos casos descritos na literatura são provenientes da Índia e Sri Lanka onde as limitações culturais a que as mulheres estão submetidas as impedem de exercer atividades expostas ao contágio. As duas pacientes do sexo feminino aqui descritas estiveram expostas a banhos em água parada e atividade braçal, apesar de menores de idade.

A maioria dos casos é observada entre os 10 e 40 anos de idade podendo ser encontrado em crianças menores e idosos, concordantes com a nossa casuística. Não é conhecida diferença de suscetibilidade por raças (6). Apesar da nossa casuística evidenciar acometimento na raça negra, acreditamos, porém, que essa predominância seja conseqüência da maior incidência da raça negra em zona rural do Nordeste.

A localização mais freqüente é a nasal (70%) apesar de ser encontrada em outras localizações como conjuntiva (15%), cavidade oral, saco lacrimal, uretra, genitália, laringe, pele, osso, cavidades paranasais (10). Pode acometer mais de uma localização por paciente. Os sítios nasais mais comuns são, em ordem decrescente, mucosa do septo nasal, corneto inferior e soalho da fossa nasal (6).

O curso clínico é lento e as queixas geralmente unilaterais são incaracterísticas como: obstrução nasal, epistaxe, rinorréia mucopurulenta, massa nasal, e sensação de corpo estranho (4,6). No exame clínico apresenta-se como tumoração de aspecto polipóide, friável, sangrante ao toque, indolor, podendo ser sésil ou pediculada e finamente lobulada com pequenos pontos amarelos por

sobre a massa (aspecto de morango), correspondendo a esporângios maduros (4,6).

Há descrição de disseminação sistêmica por via hematogênica em um paciente com lesão primária na pele e que durante o curso de 01 ano apresentou extensão sistêmica das suas lesões (2).

Devido a semelhança macroscópica com outras patologias é necessário realizar diagnóstico diferencial com: Angiofibroma, papiloma invertido, pólipos nasais, dentre outras (6).

O diagnóstico se baseia na história clínica, com enfoque epidemiológico importante, exame otorrinolaringológico detalhado e estudo histopatológico para confirmação (6).

O diagnóstico histológico é fácil, pois a presença dos esporângios em diferentes estágios de maturação é inconfundível (6). Reconhece-se o epitélio correspondente a zona acometida (geralmente mucosa nasal) debaixo do qual há um estroma edemaciado no qual se encontram vários cistos em diferentes estágios de maturação. Esses cistos variam entre 10 e 350mm de diâmetro contendo numerosos esporos (endósporos) do tamanho de um glóbulo vermelho (aproximadamente 16.000). Quando em desenvolvimento esses cistos são chamados de trofocito e quando maduros de esporângios. O estroma mostra uma reação inflamatória crônica com predomínio de células plasmáticas, linfócitos e escassos neutrófilos. Diferenciam-se dos pólipos alérgicos pela pouca quantidade de eosinófilos. Alguns desses esporângios podem estar rotos e se observa esporos livre no exsudato do estroma. Estes esporângios rotos podem provocar reação granulomatosa tipo corpo estranho (6).

O tratamento da rinosporidiose é eminentemente cirúrgico com ressecção da lesão com eletrocoagulação da base de implantação (3,4,5,6,9,10,14), para reduzir recidivas ou tumor residual, sendo a hemorragia sua complicação mais comum (3).

O tratamento medicamentoso é descrito porém sem resultado importante quando utilizado isoladamente. A diaminodifenilsulfona (dapsona) é usada, por alguns autores, adjuvante ao tratamento cirúrgico para reduzir o índice de recidiva (3,7).

O índice de recidiva é muito variável na literatura, 10 a 70%. Porém a maioria dos relatos mostra incidência em média de 10% relacionados a exérese incompleta da lesão (8). São descritas recidivas tardias sendo necessário acompanhamento a longo prazo (6). No presente estudo não observamos nenhuma recidiva até o

presente momento porém todos os pacientes mantêm acompanhamento semestral.

Apresentamos um caso de remissão espontânea após biópsia incisional. Tal paciente não fez uso de medicação para tratamento, bem como os outros pacientes pois não faz parte da conduta do nosso serviço o tratamento medicamentoso adjuvante ao cirúrgico. A paciente nega qualquer tratamento “caseiro”. Foi realizada extensa revisão bibliográfica afim porém não encontramos relato semelhante.

---

### COMENTÁRIOS FINAIS

---

- A rinosporidiose é uma doença infecciosa crônica causada pelo *Rhinosporidium seeberi*, apresentando curso clínico lento e benigno.
- Seu diagnóstico, quando realizada história clínica detalhada, com enfoque em dados epidemiológicos, exame físico e histopatológico é relativamente fácil.
- O tratamento, cirúrgico, é simples, com excelentes resultados e ótimo prognóstico. Porém seu acompanhamento deve ser longo pelo risco de recidivas tardias.
- Apesar de não haver caso semelhante descrito, observamos caso de remissão espontânea após biópsia incisional.

---

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

---

1. Ashworth JH, Logan Turner A. A case of rhinosporidiosis. *Journal of Laryngology and Otology*. 1923, 38:285-299.
2. Connant NF, Smith DT, Baker RD, Callaway JL. Micologia, rinosporidiosis. Tercera edición. México:Nueva Editorial Interamericana. 1972, 374-382.
3. Dadá MS, Ismael M, Neves V, Neves JB. Presentación de Dos Casos de Rinosporidiosis Nasal. *Acta Otorrinolaringol Esp*. 2002, 53:611-614.
4. França Jr GV, Gomes CC, Sakano E, Altemani A, Shimizu LT. Rinosporidiose nasal na Infância. *Jornal de Pediatria*. 1997, 70:299-301.
5. Fredriks DN, Jolley JA, Lepp PW, Kosek JC, Relman DA. *Rhinosporidium seeberi*: A Human Pathogen from a Novel Group of Aquatic Protistan Parasites. *Emerging Infectious Diseases*. 2000, 6:273-282.
6. González G, Viada J, Escalona A, Náquira N. Rhinosporidiosis. *Rev. Otorrinolaring*. 1985, 45:39-46.
7. Job A, Venkateswaran S, Mathan M, Krishnaswani Raman, R. Medical Therapy of Rhinosporidiosis with Dapsone. *The Journal of Laryngology and Otology*. 1993, 107:809-812.
8. Melo RRG, Boolinger S. Rinosporidiose Nasal. *Revista Brasileira de Oto-Rino-Laringologia*. 1975, 41:44-5.
9. Mohan H, Chander J, Dhir R, Singhal U. Rhinosporidiosis in Índia: a case report and review of literature. *Mycoses*. 1995, 38:223-225.
10. Ramos S, Ramos RF, Vargas PRM, Caetano RF, Figueiredo FA, Souza FS. Rinosporidiose: relato de um caso. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*. 1998, 5:159-161.
11. Satyanarayana C. Rhinosporidiosis with a record of 255 cases. *Acta Oto-Laryng*. 1960, 51:348-366.
12. Seeber GR. Un Nuevo esporozoario parasito del hombre dos casos encontrados en polipos nasales. *Thesis University Nac. de Buenos Aires*. 1900.
13. Vanbreuseghem R. Rhinosporidiosis: Klinischer Aspekt, Epidemiologie and ultrastructurelle Studien Von Rhinosporidiosis seeberi. *Dermatologische Monatsschrift*. 1976, 162:512-526.
14. Van Der Coer JMGL, Maires HAM, Wieling EWJ, Wong-Alcalá LSM. Rhinosporidiosis in Europe. *The Journal of Laryngology and Otology*. 1992, 106:440-443.
15. Van Haacke NP, Mugliston TAH. Rhinosporidiosis. *The Journal of Laryngology and Otology*. 1982, 96:743-750.