



PARACOCOCCIDIODOMICOSE: UMA ANÁLISE A PARTIR DE UM RELATO DE CASO

Ângela Lippaus Perugini; Mariana Lippaus Sória Perugini; Paulo Visela Bacelar Areas.

Universidade Max Planck – Unimax. Hospital Augusto de Oliveira Camargo – HAOC.

angela.perugini123@al.unieduk.com.br

RESUMO

A paracoccidioidomicose é a principal micose no Brasil, não possui medida de controle, e o tratamento precoce e correto é a melhor forma de impedir a evolução da doença. Diante disto, realizamos uma revisão de literatura e uma análise deste relato de caso, o qual visa expor um caso clínico que obteve sucesso em seu decorrer, mas que demorou a ser diagnosticado, mostrando o quanto é fundamental colocar a paracoccidioidomicose no diagnóstico diferencial e obtendo, dessa forma, a conclusão de que o não diagnóstico dessa patologia pode culminar em um desfecho grave para o paciente.

Palavras-chave: Relato de caso; paracoccidioidomicose; caso clínico; diagnóstico diferencial.

INTRODUÇÃO

A paracoccidioidomicose é a principal micose sistêmica no Brasil, causada por fungos termo dimórficos do gênero *Paracoccidioides*, incluindo o complexo *Paracoccidioides brasiliensis* e *Paracoccidioides lutzii*.

A distribuição geográfica do fungo é restrita ao México e América Central e do Sul, onde a paracoccidioidomicose é diagnosticada principalmente em trabalhadores rurais do sexo masculino. No entanto, um número crescente de casos foi documentado entre pacientes de áreas não endêmicas que contraíram a doença durante visitas a países latino-americanos.

Dos pacientes acometidos, apenas uma minoria (<5%) eventualmente desenvolve a paracoccidioidomicose clinicamente aparente. Após a inalação, os *Paracoccidioides* geralmente causam uma infecção pulmonar assintomática que pode ser detectada por um teste intradérmico positivo para *Paracoccidioides*. A doença pode se desenvolver de duas formas: a forma aguda/subaguda, que pode aparecer até 45 dias após a exposição; ou a forma crônica, que representa a reativação da infecção primária, sendo a forma mais comum.

A paracoccidioidomicose aguda/subaguda (também conhecida como paracoccidioidomicose juvenil) correspondendo a menos de 10% dos casos, ocorrendo quase exclusivamente em crianças, adolescentes e adultos com menos de 30 anos de idade, sendo que em crianças, afeta igualmente ambos os sexos.

A forma crônica que corresponde há cerca de 80-90% dos casos, é mais comum em homens de 30 a 60 anos que trabalham na agricultura, levando meses ou anos após a infecção inicial para se desenvolver.

As espécies de *Paracoccidioides* podem infectar qualquer parte do organismo por via hematogênica ou linfática. Portanto, como qualquer outra infecção fúngica sistêmica, qualquer órgão pode ser afetado. Sendo que, tende a levar a comprometimento pulmonar, deixa sequelas com alterações anatômicas e funcionais, e na forma juvenil tem uma alta taxa de letalidade.

A transmissão ocorre através do manejo do solo contaminado, não existindo transmissão inter-humana, nem de animais para humanos. Não existem medidas de controle, tornando importante tratar os doentes precoce e corretamente, para que assim, possa ser impedido a evolução da doença.

Diante disto, torna-se importante discutir e ressaltar casos acometidos, pois muitas vezes, tende a ser um diagnóstico diferencial pouco utilizado.

METODOLOGIA

As informações contidas neste trabalho foram obtidas por meio de revisão do prontuário e de revisão da literatura, de modo a realizar análise e levantamento de dados dos principais pontos abordados.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

A análise do relato de caso foi realizada a partir do paciente Paciente D. E. C., masculino, 78 anos.

Compareceu ao atendimento de pronto-socorro com dor intensa no hemitórax direito, referindo já ter se apresentado diversas vezes a Unidade de Pronto Atendimento – UPA e ao hospital de referência da cidade com a mesma queixa.

Após avaliação clínica, foi solicitada uma tomografia de tórax para melhor avaliação do quadro, sendo orientado que o paciente retornasse quando estivesse em posse do resultado do exame.

Após uma semana o paciente compareceu novamente ao serviço, assim como pactuado, trazendo o exame solicitado. Na tomografia de tórax apresentava extensa lesão óssea no oitavo arco costal direito, com sinais de extensão pleural e pulmonar, indistinta do nódulo pulmonar no lobo inferior direito.

Desde o último atendimento, evoluiu sintomatológica com êmese frequente e caquexia. Seguindo a investigação, foram solicitados exames de endoscopia, colonoscopia e ultrassom de abdome total, os quais retornaram sem alterações. Logo, paciente foi encaminhado a equipe de cirurgia de tórax para melhor avaliação.

Após dois meses, em atendimento com equipe de cirurgia torácica, paciente apresentou-se com dor torácica direita. Foi realizada nova tomografia de tórax (imagens I e II), onde apresentou lesão periférica com extensão para a parede torácica com destruição parcial do arco costal (8º arco costal direito). Por tanto, foi solicitada biópsia de parede torácica para melhor avaliação, prescrito Itraconazol 200mg, uso diário, de 12 em 12 horas, até o retorno para novo atendimento que ocorreu em após três meses.

Após três meses, paciente retornou com resultado de anatomopatológico da biópsia de parede torácica com diagnóstico de paracoccidiodomicose e com a tomografia, e com uma nova tomografia de tórax para análise evolutiva do quadro após ter iniciado o tratamento. Neste exame, foi evidenciado, nódulo pulmonar circunscrito, com atenuação de partes moles, localizado no lobo inferior direito (segmento superior) e medindo 20mm; coleção hipoatenuante



Imagem I

possivelmente loculada na face posterior da pleura à direita, as quais se associam alterações fibroatelectásicas com bronquiectasia adjacentes, assim como lesões líticas que rompem a cortical óssea do 8º arco costal direito, bandas pleuroparenquimatosas no segmento anterior do lobo superior direito; traqueia, brônquios principais e lobares pérvios; não se identificam linfonodomegalias mediastinais; coração com dimensões preservadas; grandes vasos do mediastino com dimensões preservadas; aterosclerose aórtica e, por fim, espondilose dorsal.

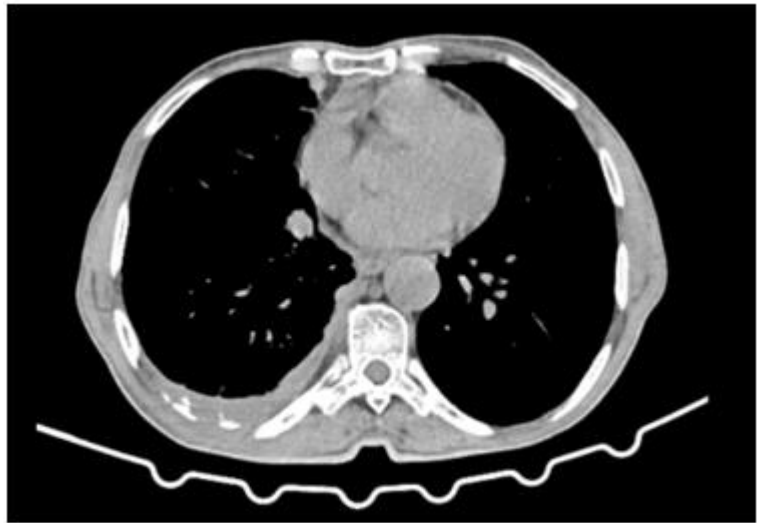


Imagem II

No seguimento do tratamento, em dezembro de 2022 (cerca de 60 dias de terapia medicamentosa) paciente informa que teve melhora dos sintomas, e apresentando melhora da dor e fechamento da lesão ulcerada no dorso da mão direita e inclusive percebeu melhora no padrão respiratório. Frente a resposta clínica e de imagem optado por manter a terapia iniciada e programando nova avaliação em 30-45 dias (com exames de imagem e controle laboratorial) para determinar ajuste da dose até o término do tratamento, considerando a forma moderada / grave da doença.

Por fim, foram solicitados exames de controle para avaliação de resposta e monitorização de função hepato-renal, mantendo assim o acompanhamento ambulatorial do quadro.

Com isso analisamos, através da literatura, que a paracoccidiodomicose geralmente causa tosse, febre, falta de ar e dificuldade para respirar, mas também pode causar úlceras, gânglios linfáticos inchados e, às vezes, dor abdominal, cabendo destacar que, no caso clínico discutido, poucos desses aspectos estavam presentes.

Desse modo, é cabível afirmar que além da clínica são necessários outros métodos para diagnóstico confiável da patologia. Logo, os médicos diagnosticam a infecção identificando o fungo em uma amostra de tecido infectado e, para demonstrar esse patógeno nos tecidos por exame histopatológico é necessário demonstrar os microrganismos da paracoccidiodomicose após a biópsia usando coloração PAS para diagnóstico definitivo, por ser considerado o método mais confiável. Assim, obteve-se um diagnóstico definitivo da patologia do paciente em questão.

Não existem formas de controles disponíveis ou vacinas para essa patologia e, por isso, os pacientes devem receber tratamento precoce e adequado precocemente para prevenir a progressão da doença e complicações.

Os critérios de cura são clínicos, radiológicos e imunológicos. Sendo, no aspecto clínico, o desaparecimento dos sinais e sintomas da doença, incluindo cicatrização das lesões cutâneas, resolução da linfadenopatia e restauração do peso.

Este caso clínico foi diagnosticado no sexo masculino, corroborando com a literatura que afirma que a paracoccidiodomicose tem clara preferência pelo sexo masculino devido ao efeito protetor do estrogênio, e o B-estradiol é um inibidor da conversão micelial para a forma

patogênica da levedura, pois os fungos possuem receptores para estrogênio. Outra característica distintiva é que os homens são mais propensos a serem expostos a fontes de infecção, inclusive por motivos ocupacionais, pois os homens rurais realizam mais atividades de contato com o solo, assim como afirmado por Macedo, M. et al.

Conclui-se que a discussão deste tema é fundamental, visto a irregularidade de apresentação clínica e importância do diagnóstico iminente a sua apresentação, tendo se em vista a rápida evolução patológica e piora clínica e sintomatológica dos pacientes portadores.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Brasil apresenta uma das maiores taxas de prevalência de paracoccidiodomicose, importante problema de saúde pública devido à sua alta incidência e potencial de morte prematura, principalmente entre trabalhadores rurais do sexo masculino e, lamentavelmente, não temos dados precisos sobre a incidência da doença no país, pois nem todos os estados são obrigados a notificar a doença.

Desse modo, a discussão constante do tema e abordagem com médicos se faz essencial, ainda mais quando destacada a rápida progressão da doença.

Logo, discussões de casos como esse se fazem primordialmente necessários para disseminação de apresentação da doença e conhecimento patológico sobre a mesma.

REFERÊNCIAS

1. Márcio Nucci, MD.Arnaldo L Colombo, MD. Clinical manifestations and diagnosis of chronic paracoccidiodomycosis. Manifestações clínicas e diagnóstico da paracoccidiodomicose crônica. Março de 2022. Up to date.
2. Márcio Nucci, MD.Arnaldo L Colombo, MD. Clinical manifestations and diagnosis of acute/subacute paracoccidiodomycosis. Manifestações clínicas e diagnóstico de paracoccidiodomicose aguda/subaguda. Março de 2022. Up to date.
3. Macedo, M. P. et al. Paracoccidiodomicose na cavidade bucal - Relato de caso. Odontol. Clín.-Cient. (Online) vol.15 no.1 Recife Jan./Mar. 2016.