

PACIENTE INFECTADO COM PARACOCIDIOIDOMICOSE ADQUIRIDA EM AMBIENTE URBANO: RELATO DE CASO

PATIENT INFECTED WITH PARACOCIDIOIDOMYCOSIS ACQUIRED IN URBAN ENVIRONMENT: CASE REPORT

PACIENTE INFECTADO CON PARACOCIDIOIDOMICOSIS ADQUIRIDA EN AMBIENTE URBANO: REPORTE DE CASO

Gustave Rocha Rodrigues*, Daniel Britto Martinez*, Camila Aleixo Ravazzi*, Maria Carolina Garcia Bronharo*, Larissa Cristina Tampellini**, Bruna Somilio da Fonseca***

Resumo

Introdução: A paracoccidioomicose é uma doença fúngica e sistêmica frequente no Brasil, presente, principalmente, entre trabalhadores das zonas rurais. Na maioria dos casos, o contágio ocorre pela inalação de esporos e a infecção primária regride de maneira espontânea, podendo haver recidiva da doença por conta da reativação de focos fúngicos latentes ou nova exposição. **Objetivo:** Relatar o caso de uma paciente com paracoccidioomicose de forma crônica como forma de mostrar a importância do diagnóstico e tratamento no prognóstico. **Resultado:** Paciente do sexo feminino, vinte e seis anos, apresentou lesões cutâneas indolores em face e pescoço, com aspecto irregular, eritematoso, com fundo granuloso e secretivo purulento 4 meses antes da internação hospitalar que foram tratadas com antimicrobianos e corticoide tópico, além de estado febril e astenia cerca de uma semana antes da hospitalização. Ficou internada por 19 dias e durante esse período administrou-se anfotericina B, bem como, loratadina, dipirona e ondansetrona. **Conclusão:** O diagnóstico é fundamental para instalação do tratamento e, conseqüente, prognóstico, e apesar de haver um vasto arsenal terapêutico contra esta afecção, o tratamento é longo, podendo chegar até 18 meses, e, em seguida, o paciente, rotineiramente, deve ser reavaliado por critérios de cura, como clínicos, imunológicos e radiológicos.

Palavras-chave: Paracoccidioomicose. Ambiente urbano. Lesões cutâneas.

Abstract

Introduction: Paracoccidioomycosis is a fungal and systemic disease common in Brazil, present mainly among workers in rural areas. In most cases, contagion occurs by inhaling spores and the primary infection regresses spontaneously, and the disease may recur due to reactivation of latent fungal foci or new exposure. **Objective:** To report the case of a patient with chronic paracoccidioomycosis as a way to show the importance of diagnosis and treatment in the prognosis. **Result:** A twenty-six-year-old female patient presented with painless skin lesions on the face and neck, with an irregular, erythematous appearance, with a granular background and purulent secretion 4 months before hospital admission, which were treated with antimicrobials and topical corticosteroids, in addition to febrile state and asthenia about one week before hospitalization. She was hospitalized for 19 days and during this period amphotericin B was administered, as well as loratadine, dipyron and ondansetron. **Conclusion:** The diagnosis is essential for the installation of the treatment and, consequently, the prognosis, and although there is a vast therapeutic arsenal against this condition, the treatment is long, reaching up to 18 months, and then the patient, routinely, must be reassessed by cure criteria, such as clinical, immunological and radiological.

Keywords: Paracoccidioomycosis. Urban environment. Skin lesions.

Resumen

Introducción: La paracoccidioomicosis es una enfermedad fúngica y sistémica común en Brasil, presente principalmente entre los trabajadores de las áreas rurales. En la mayoría de los casos, el contagio se produce por inhalación de esporas y la infección primaria remite espontáneamente, pudiendo reaparecer la enfermedad por reactivación de focos fúngicos latentes o por nueva exposición. **Objetivo:** Reportar el caso de un paciente con paracoccidioomicosis crónica como una forma de mostrar la importancia del diagnóstico y tratamiento en el pronóstico. **Resultado:** Paciente femenina de 26 años de edad que presenta lesiones cutáneas indoloras en cara y cuello, de aspecto irregular, eritematoso, de fondo granular y secreción purulenta 4 meses antes del ingreso hospitalario, las cuales fueron tratadas con antimicrobianos y tratamiento tópico. corticoides, además de estado febril y astenia aproximadamente una semana antes de la hospitalización. Estuvo hospitalizada durante 19 días y durante este período se le administró anfotericina B, así como loratadina, dipirona y ondansetron. **Conclusión:** El diagnóstico es fundamental para la instalación del tratamiento y, en consecuencia, el pronóstico, y aunque existe un vasto arsenal terapéutico contra esta condición, el tratamiento es largo, llegando hasta los 18 meses, y luego el paciente, de forma rutinaria, debe ser reevaluado por criterios de curación, tales como clínicos, inmunológicos y radiológicos.

Palabras clave: Paracoccidioomicosis. Ambiente urbano. Lesiones de la piel.

* Acadêmicos do curso de Medicina do Centro Universitário Padre Albino (UNIFIPA). Contato: gustave.rodrigues0@gmail.com

** Médica residente do programa de Clínica Médica da Faculdade de Medicina de Catanduva.

*** Médica dermatologista pela Sociedade Brasileira de Dermatologia com residência em Clínica Médica no curso de Medicina do Centro Universitário Padre Albino (UNIFIPA). Pós-graduação pelo Instituto Superior de Medicina e Dermatologia e pela Associação Pele Saudável. Preceptora da disciplina de Dermatologia do curso de Medicina do Centro Universitário Padre Albino (UNIFIPA). Contato: brunasomilio@msn.com

INTRODUÇÃO

A paracoccidiodomicose é causada pelos fungos termodimórficos *Paracoccidioides brasiliensis* e *P. lutzii* que, à temperatura ambiente (4 a 28°C), apresentam-se sob a forma micelial e a 37°C desenvolvem-se como levedura¹. Ele é encontrado no solo de países da América Latina, destacando-se o Brasil, Colômbia, Argentina e Venezuela. Cerca de 80% dos casos ocorrem no Brasil, principalmente nas zonas rurais das regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste, onde a doença tem caráter endêmico².

O contágio do hospedeiro ocorre mais frequentemente pela inalação de conídios (estruturas de reprodução assexuada produzidas pelos micélios) e fragmentos micelianos, que alcançam os bronquíolos terminais e alvéolos pulmonares, onde se transformam em células leveduriformes que passam a se multiplicar por brotamento múltiplo, produzindo a infecção que pode disseminar-se para os demais tecidos por via linfática e hematogênica. Excepcionalmente, é possível ocorrer a inoculação traumática do fungo, via tegumentar, ou a instalação dele na pele e nas mucosas por inoculação traumática³.

Na maioria das vezes, a infecção primária regride espontaneamente, deixando lesões pulmonar e/ou linfática cicatriciais, nas quais o fungo pode permanecer por muitos anos em estado latente. No entanto, alguns indivíduos infectados (cerca de 10%) evoluem para a forma aguda/subaguda, principalmente crianças e adolescentes (tipo juvenil), não havendo diferença entre os sexos. Esta forma clínica apresenta evolução mais rápida, marcada pelo envolvimento de órgãos internos e do sistema reticuloendotelial².

A forma crônica (tipo adulto), relaciona-se a reativação de focos latentes ou a nova exposição ao fungo, representando a maioria dos casos da doença (aproximadamente 90%). Esta forma predomina em adultos do sexo masculino, principalmente trabalhadores rurais que estão em contato constante com a vegetação e o solo contaminados, entre 30 e 60 anos, exibindo curso insidioso, marcado por acometimento pulmonar e de outros tecidos, como pele e mucosas².

O padrão ouro para o diagnóstico da paracoccidiodomicose é o encontro de elementos

fúngicos sugestivos de *Paracoccidioides spp* em exame a fresco de escarro ou outro espécime clínico (raspado de lesão, aspirado de linfonodos) e/ou em fragmento de biópsia de órgãos supostamente acometidos. O tratamento de escolha para o paciente com paracoccidiodomicose deve ser individualizado e possíveis associações com comorbidades devem ser relacionadas⁴.

OBJETIVO

O objetivo desse trabalho foi relatar o caso de uma paciente do sexo feminino de 26 anos com paracoccidiodomicose, a fim de alertar os profissionais para o reconhecimento e tratamento precoce, diante de quadros semelhantes, evitando complicações associadas ao diagnóstico tardio.

MÉTODO

Relato de caso baseado em resultados de exames laboratoriais e dados de prontuário da paciente, ambos aprovados pelo Código de Ética Médica.

Esta pesquisa foi aprovada pelo comitê de ética em pesquisa da UNIFIPA, sob parecer número 5.430.390.

RESULTADOS

Paciente feminino, KCTM, vinte e seis anos, funcionária de uma farmácia, apresentando quadro inicial de perda de peso, diarreia e queda de cabelo. No atendimento, foi solicitado hemograma completo, sorologia anti-HIV e ultrassom (US) de região cervical.

O US cervical detectou um aumento dos gânglios linfáticos na região. Posteriormente, foi solicitada uma Tomografia Computadorizada (TC) de abdômen total, cujo resultado foi linfonodomegalia intra-abdominal, com a possibilidade de se tratar de um linfoma, e litíase renal à direita. Foi feita a excisão cirúrgica de uma massa na região cervical. Posteriormente, em janeiro, a paciente relata o surgimento de lesões papulares eritematosas (Figura 1), tendo como diagnóstico paracoccidiodomicose.

Foi receitado tratamento com anfotericina B para a paciente, entretanto não foram obedecidas as prescrições médicas.

Figura 1 – Face da paciente em janeiro, com a presença de lesões papulares eritematosas



Em junho, paciente vai ao hospital com queixas de lesões cutâneas indolores em face e pescoço, com aspecto irregular, eritematoso, com fundo granuloso e aspecto secretivo purulento (Figuras 2 e 3).

Figura 2 – Lesões em face e pescoço com aspecto irregular, eritematoso, com fundo granuloso e aspecto purulento, ao momento da última admissão



Figura 3 – Lesões em face e pescoço com aspecto irregular, eritematoso, com fundo granuloso e aspecto purulento, ao momento da última admissão



Negou traumas no local, contato com substâncias corrosivas e afins. Alegou estado febril e astenia por 1 semana. Afirma que realizou antibioticoterapia com cefalexina por 5 dias, metronidazol e uso de pomada tópica topison. Exame físico com lesões crostosas com bordas elevadas em região malar, fronte, pescoço bilateral, asa do nariz; apresentou saída de secreção nasal. Foi solicitada a internação da paciente por 19 dias. No leito, foi administrado à paciente suplemento nutricional 2x ao dia; loratadina 10mg comp. Via oral; solução fisiológica, frasco 500ml injetável, de 8 em horas, realizando 500 ml de soro fisiológico 0,9% em aberto antes de anfotericina B; dipirona 500mg/ml amp. 2ml injetável de 6 em 6 horas; ondansetrona 8mg/4ml ampola injetável de 8 em 8 horas.

Figura 4 – Estado das lesões em face momentos antes da alta hospitalar da paciente



DISCUSSÃO

A paracoccidiodomicose é uma micose endêmica da América Latina. É causada por fungos do gênero paracoccidioides, dimórficos e que variam sua morfologia conforme a temperatura⁵. É mais prevalente em homens e em pacientes trabalhadores da zona rural^{5,6}, diferentemente do caso relatado neste artigo em que a paciente é do sexo feminino e trabalhadora da zona urbana. A menor prevalência em mulheres ocorre em função do papel protetor do estrogênio⁵. A infecção é adquirida por via inalatória, expressa-se mais por acometimento pulmonar e cutâneo-mucoso e a evolução pode ser aguda ou crônica⁷.

Quanto às formas clínicas, a paracoccidiodomicose pode ser aguda/subaguda (forma juvenil) ou crônica. A primeira predomina em crianças, adolescentes e adultos jovens; apresenta distribuição por gênero praticamente igual, principalmente nas crianças. É de evolução rápida, com grande disseminação do fungo para órgãos e sistemas. Em geral o diagnóstico ocorre em poucas semanas após o início dos sintomas⁸. Por outro lado, a forma crônica é responsável pela maioria dos casos de paracoccidiodomicose, com prevalência de 74 a 96%. Apresenta instalação mais lenta, com duração dos sintomas por mais de meses, como no caso relatado em que a paciente refere presença dos sintomas por quatro meses. Nesta forma, o comprometimento pulmonar está presente em 90% dos pacientes e o acometimento da mucosa das vias aerodigestivas superiores e da pele, caracterizado por lesões dolorosas, ulceradas e verrucosas, é muito frequente^{6,9}. Neste caso relatado, a paciente apresentou apenas acometimento cutâneo, sem envolvimento pulmonar ou mucoso.

O exame padrão-ouro para diagnóstico da paracoccidiodomicose deve mostrar elementos fúngicos sugestivos de paracoccidioides, como exame a fresco de escarro ou outro espécime clínico (raspagem de lesão, aspiração de linfonodo) ou fragmento de biópsia do órgão acometido^{5,6}, como feito no caso em relato.

Diferentemente de outros fungos patogênicos, os do gênero Paracoccidioides são sensíveis à maioria dos antifúngicos sistêmicos e, assim, existe um vasto arsenal terapêutico contra esta afecção^{6,10}. O itraconazol, o cotrimoxazol e a anfotericina B são os

mais utilizados na prática clínica⁶, o que corrobora o caso em relato uma vez que a paciente realizou tratamento intra-hospitalar com anfotericina B e, em domicílio, itraconazol por pelo menos doze meses. A duração do tratamento pode chegar a 18 meses, e o paciente deve sempre ser reavaliado por critérios de cura clínicos, imunológicos e radiológicos^{5,6,11}.

CONCLUSÃO

A paracoccidiodomicose é uma doença causada por fungos do gênero *Paracoccidioides*, é endêmica da América Latina e acomete com maior frequência homens trabalhadores da zona rural. Apresenta duas formas clínicas, aguda/subaguda e crônica, e pode ser tratada com diversos tipos de antifúngicos, uma vez que o agente etiológico desta doença não apresenta elevado padrão de resistência. O tratamento pode durar até 18 meses e o paciente deve ser acompanhado e avaliado para critérios de cura clínicos, imunológicos e radiológicos.

REFERÊNCIAS

- Góes AM, Silva LSS, Araújo SA, Cruz SG, Siqueira WC, Pedrosa ERP. Paracoccidiodomycosis disease (Lutz-Splendore-Almeida): etiology, epidemiology, and pathogenesis. Rev Med Minas Gerais 2014; 24(1):58-63.
- Lima Junior FVA, Savarese LG, Monsignore LM, Martinez R, Nogueira-Barbosa MH. Aspectos de imagem da paracoccidiodomicose osteoarticular na avaliação por tomografia computadorizada. Radiol Bras. 2015; 48(1):1-6.
- Fortes MRP, Kurokawa CS, Marques SA, Miot HA, Marques MEA. Imunologia da paracoccidiodomicose. An Bras Dermatol. 2011; 86(3):516-25.
- Millington MA, Nishioka SA, Martins ST, Santos ZMG, Lima Junior FEF, Alves RV. Paracoccidiodomicose: abordagem histórica e perspectiva de implantação da vigilância e controle. Epidemiol Serv Saúde. 2018; 27:1-4.
- Palmeiro M, Cherubini K, Yurgel LS. Paracoccidiodomicose: revisão da literatura. Scil. Med. 2005; 15(4):274-8
- Shikanai-Yasuda MP, Martinez R. Brazilian guidelines for the clinical management of paracoccidiodomycosis. Consensus. Rev. Soc Bras Med Trop; 2017 Sep-Oct; 50(5).
- Zaitz C, Campbell I, Marques AS, Ruiz LBR, Framil VMS. Compêndio de micologia médica. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2017.
- Fabris LR, Andrade UV, Santos AF, Marques APC, Oliveira SMVL, Mendes RP, et al. Decreasing prevalence of the acute/subacute clinical form of paracoccidiodomycosis in Mato Grosso do Sul State, Brazil. Rev Inst Med Trop São Paulo. 2014; 56(2):121-5.
- Bologna J, Jorizzo J, Schaffer J. Dermatologia. 3ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2015.
- Como JA, Dismukes WE. Drug therapy: oral azole drugs as systemic antifungal therapy. N Engl J Med. 1996; 300:263-72.
- Martinez R. Paracoccidiodomicose. In: Sidrim JJC, Rocha MFG. Micologia médica à luz de autores contemporâneos. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2004. p. 204-21.

Envio: 19/04/2022
Aceite: 11/05/2022