

## Caso 10: Paracoccidioidomicose

### Case 10: Paracoccidioidomycosis

Lucas Fonseca Rodrigues<sup>1</sup>, Vitor Bastos Jardim<sup>1</sup>, Marina Leão<sup>1</sup>, Emília Valle<sup>1</sup>,  
Viviane Parisotto<sup>2</sup>, Ênio Roberto Pietra Pedrosa<sup>3</sup>

DOI: 10.5935/2238-3182.20130042

### IMAGENS



**Figura 1** - Fotografia de cavidade oral anteroinferior.



**Figura 2** - Telerradiografia de tórax em incidência posteroanterior.

- <sup>1</sup> Acadêmico do curso de Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG. Belo Horizonte, MG – Brasil.  
<sup>2</sup> Professora Adjunta do Departamento de Propedêutica Complementar da Faculdade de Medicina da UFMG. Belo Horizonte, MG – Brasil.  
<sup>3</sup> Professor Titular do Departamento de Clínica Médica da Faculdade de Medicina da UFMG. Belo Horizonte, MG – Brasil.

Recebido em: 16/05/2013  
Aprovado em: 19/05/2013

Instituição:  
Faculdade de Medicina da UFMG.  
Belo Horizonte, MG – Brasil.

Autor correspondente:  
Lucas Fonseca Rodrigues  
E-mail: lucasbhfonseca@gmail.com

## ENUNCIADO

Masculino, 52 anos de idade, procedente de Manhuaçu-MG, trabalhador rural, apresentou-se com lesões dolorosas na mucosa orofaríngea com seis meses de evolução, acompanhadas de fadiga, emagrecimento de 10 kg, tosse com expectoração mucoide, disfagia e odinofagia, alimentando-se exclusivamente de alimentos líquidos e pastosos. Adenomegalia cervical com linfonodos levemente amolecidos, bem delimitados, móveis, não confluentes e pouco dolorosos. A sintomatologia regrediu de forma importante 30 dias após o início do tratamento com sulfametoxazol-trimetoprim.

## PERGUNTA

A história clínica e as imagens apresentadas sugerem qual diagnóstico mais provável?

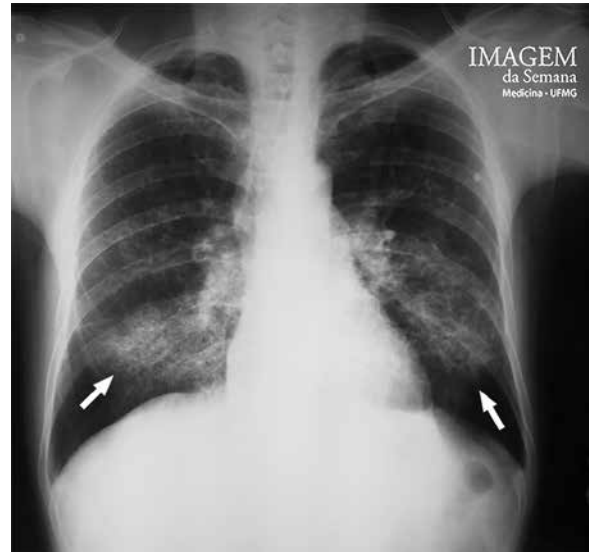
## RESPOSTAS

- Leishmaniose mucosa
- Histoplasmose disseminada
- Paracoccidioidomicose
- Granulomatose de Wegener

## ANÁLISE DA IMAGEM



**Figura 3** - Estomatite moriforme – lesão de evolução lenta, exulcerada, cujo fundo apresenta pontos hemorrágicos com aspecto de fina granulação, semelhante à da amora. Embora não seja sinal patognomônico, seu encontro é muito sugestivo de paracoccidioidomicose.



**Figura 4** - Telerradiografia do tórax evidencia opacidades pulmonares bilaterais comprometendo os terços médios, poupando as bases e os ápices, formando a chamada imagem em “asa de borboleta”. Embora não seja sinal patognomônico, seu encontro é muito sugestivo de acometimento pulmonar na paracoccidioidomicose.

## DIAGNÓSTICO

A procedência e a ocupação do paciente, bem como as manifestações clínicas e o padrão radiológico apresentado, corroboram a **paracoccidioidomicose** como principal hipótese diagnóstica. A combinação sulfametoxazol-trimetoprim tem considerável eficácia, capaz de promover rápida remissão da sintomatologia nos casos leves e moderados da doença, além de não possuir qualquer ação sobre as outras entidades nosológicas apresentadas, especialmente as micoses profundas.

As lesões orais na **leishmaniose mucosa** desenvolvem-se nos lábios e no palato com aspecto ulcerovegetante. Podem se assemelhar às da paracoccidioidomicose, porém o granulado que aparece nas ulcerações é bem maior e não há os pontos hemorrágicos típicos da estomatite moriforme. Os pulmões são preservados.

Na **histoplasmose disseminada**, as lesões orais mostram-se como úlcera solitária muito dolorosa ou por lesões de aspecto eritematoso ou branco de superfície irregular, com predileção pela língua e palato. Os exames radiográficos não são específicos para diagnóstico dessa forma de histoplasmose, que está associada, principalmente, à imunossupressão e/ou extremos etários.

A **granulomatose de Wegener** é doença inflamatória sistêmica com acometimento preferencial das vias aéreas superiores e inferiores, além de glomerulonefrite e graus variados de vasculite sistêmica. As lesões orais apresentam-se de maneira inespecífica. Os achados radiológicos mais frequentes são infiltrados pulmonares difusos e nódulos.

## DISCUSSÃO DO CASO

A paracoccidiodomicose (PCM), também conhecida por blastomicose sul-americana ou moléstia de Lutz-Splendore-Almeida, é a infecção fúngica sistêmica de maior prevalência na América Latina. Seu agente etiológico é o *Paracoccidioides brasiliensis*, um fungo termodimórfico cujo *habitat* natural é o solo. A infecção se dá por via respiratória, causando infecção silenciosa. A PCM-doença ocorre em minoria dos infectados, particularmente adultos masculinos com atividades ligadas à agricultura. A PCM constitui-se em processo granulomatoso e piogênico, em geral, com evolução aguda em crianças e crônica nos adultos. A diferente distribuição por sexo decorre não só da maior exposição do homem às fontes de infecção, mas também a fatores reguladores hormonais, associados ao estrógeno-progesterona. O fungo possui, em sua membrana citoplasmática, receptores para hormônios estrogênicos, que podem bloquear sua transformação dimórfica após a infecção, exercendo ação protetora sobre mulheres em idade reprodutiva.<sup>1-3</sup>

A PCM é caracterizada por envolvimento pulmonar e potencial disseminação para outros órgãos e sistemas, principalmente para mucosa oral, vias respiratórias, pele e gânglios linfáticos. Em casos mais graves, o fungo pode se disseminar para o sistema nervoso central. As manifestações clínicas distribuem-se em duas formas principais: aguda-subaguda, mais observada em crianças e jovens e com tendência à disseminação pelos sistemas linfático e reticuloendotelial e para outros tecidos; e crônica, mais comum, que acontece entre adultos, é mais localizada e acomete, preferencialmente, pulmão e mucosas.

A estomatite moriforme é o tipo de lesão mucosa mais frequente na cavidade orofaríngea e provoca rouquidão, odinofagia, disfagia, ardor na garganta,

tosse e dispneia. O acometimento pulmonar deve ser investigado em todos os casos, utilizando diferentes técnicas de imagem.

As diferentes manifestações clínicas da PCM requerem diagnóstico diferencial com tuberculose, granulomatose de Wegener, várias micoses subcutâneas e sistêmicas, carcinoma de células escamosas e outras doenças autoimunes e autoinflamatórias. O diagnóstico definitivo é feito identificando-se diretamente o fungo em material coletado por *swab* e exame anatomopatológico.

O tratamento deve ser baseado na gravidade da doença em cada paciente, na presença de comorbidades e na viabilidade de acesso do paciente ao medicamento. As principais opções terapêuticas incluem sulfametoxazol-trimetoprim e o itraconazol. Fluconazol e voriconazol podem ser usados quando há envolvimento meníngeo. As várias apresentações da anfotericina B são indicadas nas doenças graves.

## ASPECTOS RELEVANTES

- a PCM é a infecção fúngica sistêmica mais prevalente na América Latina, portanto, é preciso reconhecê-la como diagnóstico em muitas circunstâncias clínicas em nosso meio;
- a infecção se dá por via respiratória, podendo o fungo se disseminar para a pele, mucosas, linfonodos e sistema nervoso central;
- estomatite moriforme é a lesão mucosa mais frequente na cavidade oral;
- acometimento pulmonar sempre deve ser investigado, por meio de técnicas de imagem;
- o tratamento deve ser baseado na gravidade da doença.

## REFERÊNCIAS

1. Marques SA. Paracoccidiodomycosis. Clin Dermatol. 2012 Nov/Dec; 30(6):610-5.
2. Brasileiro Filho G. Bogliolo Patologia. 8ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011.
3. Veronesi R. Tratado de Infectologia. 2ª ed. Rio de Janeiro: Atheneu; 2004.