

DIAGNÓSTICO TARDIO E DESAFIADOR DE PARACOCCIDIOIDOMICOSE: UM RELATO DE CASO

Autor: Bruna Xisto Mesquita de Oliveira, Residente de Clínica Médica CSSJD; brunaxmo@gmail.com

Coautores: Ana Paula Furtado

Clara Martins, Residente de Clínica Médica Hospital Evangélico BH; claramartins146@yahoo.com.br

Maria Julia Alves, Residente de Clínica Médica Hospital Santa Casa de BH; mariajulia2301@hotmail.com

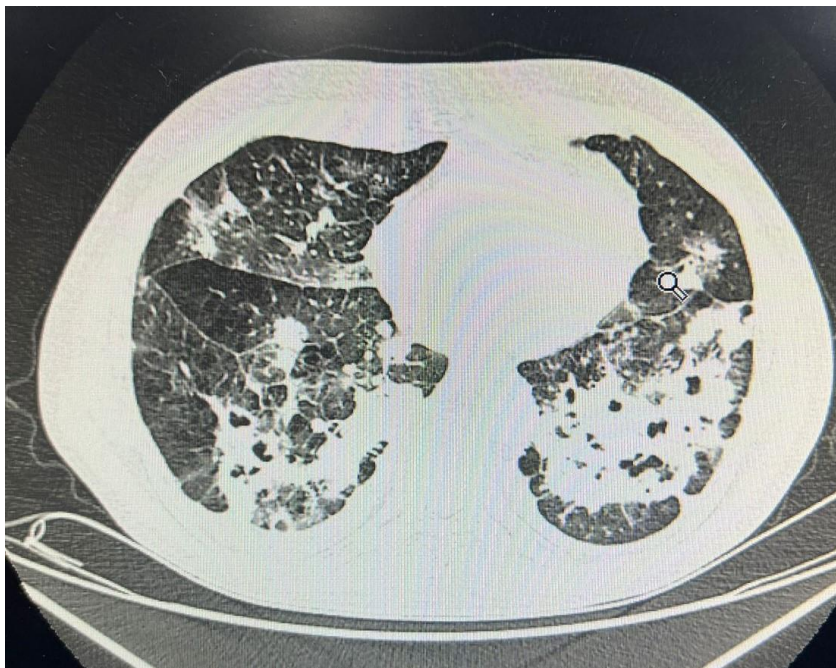
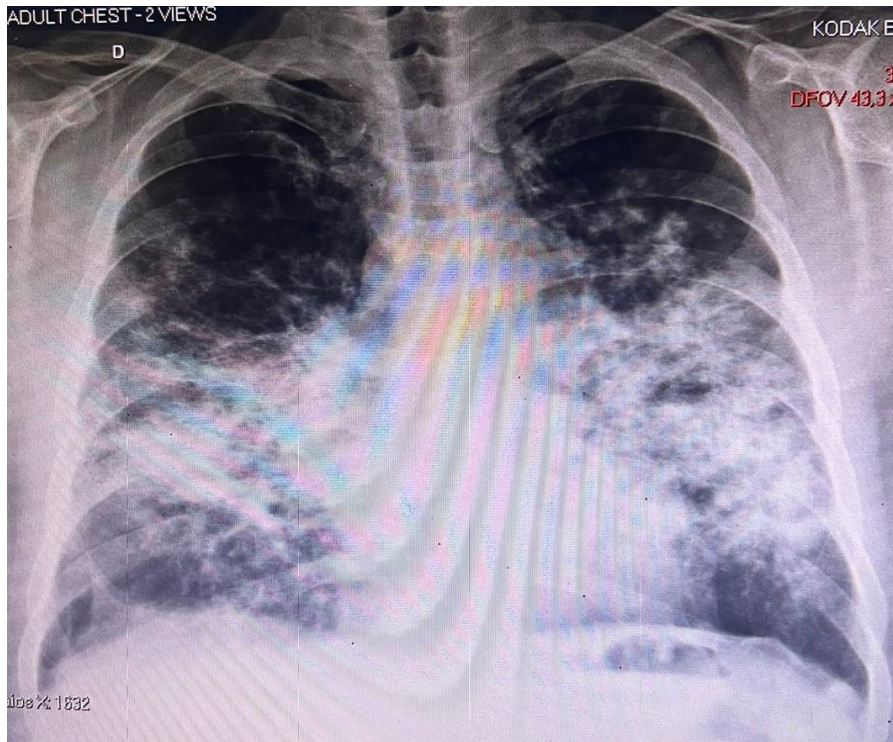
Ihan Bruno Lopes Rabelo, Médico Clínico e Reumatologista, Preceptor da residência de CLM do CSSJD; ihanbruno@yahoo.cojm.br.

Introdução: A paracoccidiodomicose (PCC) é uma micose sistêmica endêmica no Brasil, causada pelos fungos *Paracoccidioides brasilienses* e *lutzi*. Felizmente, uma pequena parcela dos pacientes desenvolve a doença clinicamente manifesta. O diagnóstico precoce é importante para a prevenção de sequelas pulmonares graves, e consequentemente, melhorar a qualidade de vida dos pacientes.

Objetivos: Descrever os aspectos clínico-diagnósticos e tratamento de um caso de PCC.

Métodos: Relato de caso de uma doença incomum e revisão de literatura acerca do tema.

Descrição do caso: Paciente masculino, 54 anos, tabagista e portador de doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC). Evoluindo nos últimos 4 meses com dispneia progressiva (em repouso) e tosse produtiva, associado a episódios de febre e dessaturação, motivando a internação. Uso frequente de corticoide sistêmico devido exacerbações recorrentes. Ao exame físico, ausculta pulmonar com sibilos inspiratórios e expiratórios difusos, associados a crepitações bibasais. Foi aventado a hipótese de DPOC exacerbada e iniciado as medidas padrões. Apesar de tais medidas, paciente evoluiu com necessidade crescente de oxigênio suplementar e persistência dos sintomas respiratórios. Exames laboratoriais iniciais evidenciaram, aumento de proteína C reativa, anemia e leucocitose discreta. Radiografia de tórax com opacidades bilaterais peri-hilar, em asa de borboleta. Nas tomografias foram encontrados os seguintes achados: extensa linfonomegalia mediastinal e nos hilos pulmonares, áreas de consolidações com escavações no peribroncovascular, acentuado enfisema centrolobular e parasseptal difuso, múltiplos linfonodos cervicais e massas hipodensas nas adrenais. Lavado bronquioalveolar para fungos, bactérias e BAAR negativos, e biópsia transbrônquica com infiltrado linfocítico e exsudato fibrinoso hemorrágico. Cultura de material de linfonodo: presença de células leveduriformes com forma espessa, de duplo contorno, com gemulação lateral múltipla, sugestiva de PCC. Após definição diagnóstica, iniciado anfotericina B 0,7 mg/kg/dia, por 21 dias. Em sequência, iniciado itraconazol 200 mg/dia. Paciente evoluiu com melhora clínica progressiva, com redução da tosse e expectoração, ainda necessitando de oxigenioterapia em baixo fluxo.



Conclusão: A PCC tem como marcadores de gravidade o intenso comprometimento pulmonar, acometimento de outros órgãos e de linfonodos em múltiplas cadeias, perda ponderal e títulos elevados de anticorpos específicos, sendo que o paciente só não apresentava os dois últimos. As complicações da PCC como, estenose de traquéia, perfuração de palato e septo nasal, cor pulmonale, e extensa fibrose pulmonar, têm grande impacto na qualidade de vida dos pacientes, reforçando a importância do diagnóstico e tratamento precoce.

