

Marcelina

<sup>1</sup> Residentes no Hospital Santa

<sup>2</sup> Graduando na Faculdade Santa Marcelina

<sup>3</sup> Médico-Preceptor de Infectologia no Hospital Santa Marcelina

## INTRODUÇÃO

A paracoccidioidomicose (PCM) é uma micose sistêmica, relacionada às atividades agrícolas, com incidência e prevalência subestimadas, pela ausência de notificação em várias Unidades da Federação, o que motivou a realização deste relato para melhor identificação do quadro clínico e diagnóstico.

## OBJETIVO

A PCM é uma doença subdiagnosticada, sendo apontada em estudos como a oitava causa de mortalidade por doença infecciosa predominantemente crônica entre as doenças infecciosas e parasitárias, apresentando quadro clínico com formas graves. O presente trabalho visa a apresentar os fatores de gravidade da doença para a identificação destes para um melhor desfecho clínico.

## RELATO DE CASO

Paciente masculino, 22 anos, imunocompetente, previamente hígido, usuário de maconha (30 cigarros/dia), com exposição esporádica em área rural. Apresenta-se ao departamento de emergência com história de perda ponderal de 20% do peso há 8 meses, lesão ulcerada com aspecto granulomatoso em região supralabial, linfonodomegalia endurecida e não dolorosa, generalizada, mais proeminente em região cervical esquerda e dor abdominal difusa com diarreia intermitente. É internado para investigação e inicia esquema RIPE empírico para tuberculose ganglionar. Após biópsia da lesão supralabial e de linfonodo inguinal, com diagnóstico confirmado de paracoccidioidomicose disseminada, foi iniciada terapêutica com anfotericina B desoxicolato e posteriormente complexo lipídico, ambas com efeito adverso de hipocalcemia refratária, sendo, após 14 dias, iniciado tratamento com itraconazol. Paciente apresentou, ainda durante o internamento, quadro de suboclusão intestinal devido compressão linfonodal abdominal, em um primeiro momento com manejo clínico e posteriormente com necessidade de laparotomia exploratória de urgência e confecção de ileostomia em alça, além de retorno de anfotericina B complexo lipídico para manejo da doença de base. No pós-operatório apresentou evolução cirúrgica adequada, porém, com necessidade de nutrição parenteral total e cateter venoso central para administração de antibioticoterapia e correção de distúrbios hidroeletrólíticos. Diante de piora laboratorial e clínica (com febre e calafrios), realizada hemocultura pareada, com crescimento de *S. aureus* sensível a oxacilina em corrente sanguínea, nesse ínterim, se buscou ativamente endocardite bacteriana pelo ecocardiograma Transesofágico, com confirmação do diagnóstico. Paciente segue em cuidados hospitalares, com tratamento para endocardite bacteriana e em uso de itraconazol devido paracoccidioidomicose disseminada, encontra-se assintomático.



Fig. 1: Lesão ulcerada de aspecto granulomatoso e linfonodomegalia em paciente

## DISCUSSÃO

A PCM é uma doença fúngica, por vezes sistêmica, causada por um fungo do gênero *Paracoccidioides*, endêmico na região da América do Sul e Central, geralmente acometendo pessoas com contato agrícola. No Brasil a estimativa anual de casos de paracoccidioidomicose é em torno de 3360 a 5600, com mortalidade de 3-5%.

As manifestações clínicas da doença podem cursar de forma crônica (90% dos casos) ou aguda/subaguda. Na forma crônica o acometimento pulmonar é frequente, com tosse seca e dispneia, infiltrados pulmonares crônicos, no caso relatado, não houve acometimento pulmonar, visto se tratar de um caso de paracoccidioidomicose disseminada aguda/subaguda.

A mucosa das vias aéreas superiores é outro sítio frequente de acometimento da doença (50% dos casos), com lesões típicas, úlceras dolorosas com bordas irregulares e pontos de hemorragia. Outros sistemas podem estar envolvidos, como a pele, com úlceras ou nódulos, linfonodos assimétricos que podem fistulizar, glândulas suprarrenais e SNC (sistema nervoso central), principalmente em pacientes com quadros disseminados da doença, como o caso relatado.

Os casos crônicos, mais comumente, podem evoluir com sequelas respiratórias, fibrose pulmonar, doença de Addison, hipertensão pulmonar, microstomia, fibrose de glote ou traqueia e disfonia. As sequelas podem ser prevenidas com diagnóstico precoce e instituição precoce do tratamento. Por outro lado, os casos agudos não apresentam sequelas frequentes, entretanto evoluem de forma severa, com progressão rápida e quando não tratados apresentam mortalidade em torno de 5%.

O diagnóstico da doença, passa pela exclusão de diagnósticos diferenciais, como tuberculose, outras infecções fúngicas (Como Histoplasmose), carcinoma, sarcoidose, doença da arranhadura do gato, síndrome mono-like e leishmaniose. Ainda, principalmente na forma aguda, é necessária suspeição diagnóstica, investigação de exposição e epidemiologia. A confirmação é realizada por micológico direto, histopatológico ou cultura. Pode haver visualização de elementos fúngicos sugestivos de *Paracoccidioides* em biopsias ou aspirados de lesões, como a "roda de leme", que foi a forma de confirmação do caso relatado. Além disso a cultura dos materiais (com crescimento em até 20-30 dias e positividade em até 80% das amostras conforme alguns autores) pode determinar o diagnóstico e ainda, há testes séricos, que podem auxiliar também no seguimento do tratamento.

O tratamento é feito com base em agentes antifúngicos, incluindo anfotericina B, azóis e sulfonamidas. Pacientes com doença severa, como o relatado, devem fazer uso de anfotericina. Geralmente tem duração de meses, com taxa de resposta favorável de até 91% em 6 meses, podendo se estender até anos de duração. A transição de drogas endovenosas para casos graves, como anfotericina, para drogas orais, como itraconazol, deve ser realizada após melhora das condições clínicas do paciente e essa melhora geralmente é obtida após 20 a 40 dias de tratamento.

## CONCLUSÃO

A PCM apresenta quadro clínico com acometimento com espectro variável, casos leves e casos extremamente graves, podendo cursar com sequelas, perda de funcionalidade e até óbito. Diante disso, a suspeição clínica na admissão, a elaboração detalhada de diagnósticos diferenciais e a investigação clínica, com anamnese e exame físico adequados, levando em consideração a epidemiologia e aspectos ambientais, culminam em diagnóstico e tratamento precoce, discernindo e classificando o grau de envolvimento multissistêmico da doença, com manejo e desfecho modificados favoravelmente.

## REFERÊNCIAS

- SHIKANAI-YASUDA, Maria Aparecida *et al.* Brazilian guidelines for the clinical management of paracoccidioidomycosis. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.** 5, [S. l.], p. 715-740, 1 set. 2017.
- MENDES, Rinaldo Poncio *et al.* Paracoccidioidomycosis: Current Perspectives from Brazil. **The Open Microbiology Journal**, [S. l.], v. 11, p. 224-282, 31 out. 2017.
- MARTINEZ, Roberto *et al.* New Trends in Paracoccidioidomycosis Epidemiology. **Journal of Fungi**, [S. l.], p. 1-13, 3 jan. 2017.
- Cordova LA, Torres J. Paracoccidioidomycosis. In: *StatPearls*. Treasure Island (FL): StatPearls Publicado; 24 de julho 2021