

CASO CLÍNICO/CLINICAL CASE

# Paracoccidioidomicose, forma crónica disseminada — relato de caso

## Paracoccidioidomycosis, disseminated chronic form — case report

JOÃO CLÁUDIO BARROSO PEREIRA<sup>1</sup>, AMORITA GRIJÓ<sup>2</sup>, BEATRIZ GUERRA VITRAL<sup>3</sup>

Trabalho apresentado sob forma de *poster* no XVIII Congresso de Pneumologia e II Congresso Luso-Brasileiro de Pneumologia pelo médico João Cláudio Barroso Pereira

<sup>1</sup> Médico do Sector Cra-Dip do Hospital Municipal Nelson de Sá Earp – Prefeitura Municipal de Petrópolis - Rio de Janeiro - Brasil

<sup>2</sup> Professora de Infectologia da Faculdade de Medicina de Petrópolis

Médica do Sector do Doenças Infecto Parasitárias do Hospital Municipal Nelson de Sá Earp – Prefeitura Municipal de Petrópolis - Rio de Janeiro-Brasil

<sup>3</sup> Médica do Sector do Doenças Infecto Parasitárias do Hospital Municipal Nelson de Sá Earp – Prefeitura Municipal de Petrópolis - Rio de Janeiro -Brasil

Director do Hospital Municipal Nelson de Sá Earp: Dr. Sandro Tadeu Macedo

Hospital Municipal Nelson de Sá Earp - Rua Paulino Afonso, 455 - Bairro Bingen - Petrópolis - Rio de Janeiro - Brasil

Recebido para publicação: 03.01.23

Aceite para publicação: 03.03.13

### *Dedicatória*

Este trabalho é dedicado à memória do saudoso amigo e Professor Dr. Adrelírio José Rios Gonçalves, pois sem a sua marcante e humana presença fica a Medicina cada vez mais órfã.

«Para a humanidade é mais útil a ciência do médico sábio do que a força de exércitos poderosos.»

HOMERO  
*A Ilíada*

#### RESUMO

**Relato de caso de paracoccidiodomicose forma crónica, tipo adulta com lesões genitais e forma residual, apresentada como disfagia e disfonía no mesmo paciente. Diagnóstico confirmado pelo exame direto das lesões cutâneas. Após tratamento específico, houve regressão das lesões e sintomas desapareceram.**

**REV PORT PNEUMOL 2003; IX (2): 173-178**

**Palavras-chave:** Paracoccidiodomicose Crónica, forma crónica, tipo adulta, forma residual, diagnóstico exame directo.

#### ABSTRACT

**Case report of paracoccidiodomycosis Chronic Form, adult type, with genital lesions and residual form presented as dysphagia and dysphonia at the same patient. Diagnosis accomplished by direct examination of clinical specimens, in this case cutaneous lesions. After specific treatment there was regression of lesions and symptoms had disappeared.**

**REV PORT PNEUMOL 2003; IX (2): 173-178**

**Key-words:** Paracoccidiodomycosis Chronic Form, adult type, residual form, diagnosis direct examination.

#### INTRODUÇÃO

A Paracoccidiodomicose é uma doença progressiva que envolve pulmões e posteriormente dissemina-se para outros órgãos e sistemas. O seu agente etiológico é o fungo dimórfico, *Para-*

*coccidioides brasiliensis*, que possui um elemento multibrotante em tecidos e um filamentosso em cultivo.<sup>1,2</sup>

Admite-se que este fungo viva na natureza<sup>2,3,4</sup> e o homem seja o seu principal e único hospedeiro animal, até recente reconhecimento de *tatus*,

naturalmente, infectados em regiões endêmicas.<sup>2,4</sup>

A transmissão da paracoccidiomicose ocorre pela via inalatória das estruturas filamentosas que uma vez no interior do organismo humano se transformam em leveduras que constituirão a forma parasitária nos tecidos do hospedeiro. Ainda não foi verificada epidemia da micose e nunca foi comprovada a sua transmissão homem a homem.<sup>2,3,4</sup>

O maior número de casos ocorre, principalmente, em países latino-americanos continentais situados entre os paralelos 23 norte e 34 sul, em regiões de florestas tropicais e subtropicais, sendo o maior número de casos pertencentes ao Brasil, Venezuela e Colômbia.<sup>1,2,3,4</sup>

## CASO CLÍNICO

JFF, 48 anos, natural de Petrópolis, ambulante internado no Serviço de Doenças Infecto Parasitárias do Hospital Municipal Nelson Sá Earp, Município de Petrópolis, devido a lesões ulceradas e doloridas na bolsa escrotal e região inguinal.

Dos antecedentes pessoais patológicos destacava-se somente hipertensão arterial sistêmica não tratada.

Relatou tabagismo e etilismo

Nos antecedentes familiares referiu que mãe era hipertensa.

Na admissão, o mesmo encontrava-se lúcido, eupneico, acianótico, hidratado com dor no local das lesões. Estava normotenso no momento do exame, pressão arterial de 130x80, com 98 batimentos por minuto, auscultados na região precordial e sem extrassístoles. Não havia gânglios palpáveis na região cervical, axilar e ou inguinal. A ausculta pulmonar estava normal, sem alterações. O ritmo cardíaco era regular em dois tempos, com bulhas normofonéticas, sem extrassístoles ou sopros. Abdómen estava indolor, atípico, espaço de Traube estava livre, sem visceromegalias. Na região genital apresentava lesões ulcera-

das já descritas. Os pulsos dos membros inferiores eram palpáveis, panturrilhas livres, ausência de edemas.

Exames complementares mostraram hemograma completo e bioquímica normais, telerradiografia de tórax em PA e Perfil sem alterações. Bacioscopias do escarro negativo, VDRL negativo e anti-HIV negativo.

Feito raspado das lesões cutâneas que evidenciou fungo: *Paracoccidiodes brasiliensis*. Foi iniciado tratamento com anfotericina B, ocorrendo regressão das lesões cutâneas. Teve alta para ambulatório com sulfametoxazol e trimetropim prescritos. Abandonou tratamento, após alta.

Em Abril de 2001, retornou ao ambulatório com queixa de disfonia, disfagia e surgimento de massa cervical. Foi encaminhado ao ambulatório de otorrinolaringologia. Foi submetido a laringoscopia indirecta que evidenciou lesão de laringe, sendo encaminhado a cirurgia de cabeça e pescoço; porém o mesmo abandonou, mais uma vez, o tratamento.

Em Junho de 2002, apresentou dispneia importante associada a crise hipertensiva, sendo internado na UTI. Após compensação do quadro respiratório, o paciente foi encaminhado para enfermagem, para investigar lesão na laringe e as queixas de dispneia e disfagia. Devido a dispneia intensa e ao risco de obstrução total das vias aéreas, foi realizada traqueostomia no paciente.

Foram realizados raspados das lesões cutâneas das regiões genitais e inguinais e biópsia da lesão da laringe que evidenciaram presença de *Paracoccidiodes brasiliensis* nas lesões cutâneas genitais e esfregaço hipocelular, constituído por raras células escamosas e células glandulares e fibrina na lesão da laringe. Devido a dificuldade de se retirar traqueostomia, foi aventada hipótese de traqueomalácia ou estenose de traqueia.

Mantido tratamento com sulfametoxazol-trimetropim. Foi reintroduzido esquema com anfotericina B, porém devido ao surgimento de insuficiência renal e anorexia a mesma foi suspensa

e substituída pela cetoconazol durante o período de internação.

Houve regressão das lesões cutâneas e melhoria importante da disфонia e disfagia, mantendo-se ainda traqueostomizado. Recomendado tratar paciente com associação de sulfametoxazol-trimetropim, por um período mínimo de dois anos.

## DISCUSSÃO

As formas de apresentação da paracoccidiodomicose são:

*Aguda/Subaguda (tipo infanto-juvenil), Crónica tipo adulta e a Residual.*<sup>3</sup>

A forma Aguda/Subaguda (tipo infanto-juvenil) acomete crianças a partir dos três anos e representa menos de 10 % de todos os casos de paracoccidiodomicose. Esta forma de apresentação resulta no envolvimento do sistema retículo-endotelial.<sup>3</sup>

A forma Crónica (tipo adulta) é uma forma de apresentação muito frequente, havendo predomínio no sexo masculino.<sup>3</sup>

A forma Residual está relacionada a cura pela fibrose dos órgãos envolvidos. Pode acometer pulmões, levando ao cor *pulmonale* e pode haver acometimento da glote e traqueia, produzindo lesão do tipo estenose.<sup>3</sup>

A forma Disseminada Crónica da Paracoccidiodomicose acomete em 60 a 70 % dos pacientes adultos, com predomínio nos homens. Em aproximadamente 25 % dos casos, os pulmões são apenas os órgãos clinicamente afectados.<sup>3,4</sup>

Há lesões extrapulmonares, especialmente cutâneas, que são às vezes a única evidência da doença. As lesões de disseminação podem surgir, concomitantemente, com a doença pulmonar evolutiva, após regressão natural da lesão pulmonar, ou sem que haja evidência radiológica de envolvimento pulmonar. Comummente solitárias acometem face, rebordo nasal; menos frequentemente: bolsa escrotal, períneo, planta do pé; ex-

cepcionalmente, face interna do prepúcio. Geralmente são lesões ulceradas ou ulcerocrostosas doloridas de base granulomatosa, bordas definidas, sensíveis ao contacto.<sup>2,4</sup>

A localização genital da paracoccidiodomicose sem sintomas sistémicos é rara, havendo somente alguns casos descritos na literatura.<sup>5</sup> O aparelho genital masculino é mais frequentemente acometido do que o feminino.<sup>4,5</sup>

A Paracoccidiodomicose de laringe e glote pode apresentar-se como estenose de vias aéreas e digestivas superiores, decorrentes de cicatrização, levando a obstrução grave. O diagnóstico diferencial de paracoccidiodomicose em vias aéreas e digestivas superiores inclui outras doenças, como doenças granulomatosas, infecciosas e neoplásicas, como: tumor de células escamosas, carcinoma e linfoma.<sup>6,7</sup>

No caso descrito, o paciente, além de apresentar lesões genitais, tinha também lesões na laringe, provenientes do processo de cicatrização e fibrose, conseqüente a cura da paracoccidiodomicose. Apesar da terapia adequada, a seqüela fibrótica persiste.

Diagnóstico definitivo pelo achado do fungo em material de lesão (microscopia, histopatologia) visualizado pelo aspecto «roda de leme», patognomónico da lesão produzida pelo paracoco.<sup>4,5,7</sup>

## TRATAMENTO

Além de drogas antifúngicas (anfotericina B, sulfametoxazol-trimetropim e itraconazol), medidas de suporte devem ser empregadas para melhor qualidade de vida.

Em casos mais severos da doença, Anfotericina B deve ser usada como tratamento de ataque, sendo importante monitorizar a sua toxicidade.

Itraconazole como tratamento de escolha apresenta grande actividade antifúngica, porém o seu alto custo inviabiliza o seu uso no nosso país.

Frequentemente, a associação Sulfametoxazol-Trimetropim possui eficácia terapêutica entre 70 % a 85 % dos casos tratados. Possui boa

tolerabilidade e baixo custo, inclusive pode ser usado por um mínimo de dois anos para evitar recidiva.<sup>3,4,5</sup>



**Fig. 1** — Lesões genitais em fase inicial, antes da terapia com antifúngicos



**Fig. 2** — Lesões genitais após terapia antifúngica

**BIBLIOGRAFIA**

1. BÁRTHOLO RM, FLORIÃO RA, OLIVEIRA LPA, MORAES MGP. Caso fácil: Um diagnóstico rápido. *Bol Pneumol Sanitária*, 2000; vol 8, núm 2, Julho-Dezembro, pp. 27-37
2. LONDERO AT, MELO I. Paracoccidiodomicose. *JBM*, 1988; Vol 55, número 3, Setembro, 96-111
3. BRUMMER E et als. Paracoccidiodomycosis: an update. *Clin. Microbiol. Rev*, Apr. 1993; Vol 6, N.º 2, p.89-117
4. QUEIROZ-TELES F. Terapêutica da paracoccidiodomicose. *In*: Veronesi R, Focaccia R. *Tratado de Infectologia*. Ed Atheneu, São Paulo, 1996, p.1104-1111.
5. TOMIMORI-YAMASHITA J and als. Paracoccidiodomycosis: an uncommon localization in the scrotum. *Mycosis* Dec 1997 40; (11-12); pp 415-418
6. DE CASTRO CC et als. MRI of head and neck paracoccidiodomycosis. *British Journal of Radiology*, jul 1999, 72; (859); p717-722
7. SANT'ANNA GD et als. Laryngeal manifestations of paracoccidiodomycosis (South American blastomycosis). *Archives of otolaryngology-head & neck surgery*. Dec 1999, 125 (12); p.1375-1378