

CASE REPORT

RELATO DE CASO: PARACOCCIDIOIDOMICOSE JUVENIL

Victor Eduardo Almeida Costa¹, Isabele Parente de Brito¹, Allan Antonelli Meira¹, Flávio Augusto de Pádua Milagres²

RESUMO

No presente relato, os autores descrevem um caso de paracoccidiodomicose disseminada (tipo juvenil) em um indivíduo de 19 anos de idade. Esta doença, também chamada de blastomicose sul-americana, é uma das principais micoses profundas no Brasil. O agente etiológico é o fungo *Paracoccidoidis brasiliensis*. A apresentação clínica é extremamente variada, podendo acometer pulmão, linfonodos, mucosas, pele, fígado e baço. As principais formas de manifestação incluem a forma aguda (tipo juvenil) e a forma crônica (tipo adulto). O diagnóstico pode ser realizado através de sorologias e histopatológico. O tratamento de escolha é o itraconazol.

Palavras-chave: micose profunda; paracoccidiodomicose; *Paracoccidoidis brasiliensis*; paracoccidiodomicose juvenil.

¹ Acadêmicos de Medicina da Universidade Federal do Tocantins;

² Médico infectologista, Mestre e Professor do curso de Medicina da Universidade Federal do Tocantins.

CASE REPORT: JUVENILE PARACOCCIDIOIDOMYCOSIS

ABSTRACT

In this case report, the authors describe a case of juvenile paracoccidioidomycosis in a 19 years male. This illness, also named South American blastomycosis, is one of the main systemic mycosis in Brazil. The infectious agent is the fungus *Paracoccidioides brasiliensis*. The clinical presentation is extremely variable, involving lungs, lymph nodes, mucous membranes, skin, leaver and spleen. The main forms of presentation are the juvenile (acute) and adult (chronic). Diagnosis can be made by serology and histopathology of the affected tissue. Classical treatment is Itraconazole.

Key-words: systemic mycosis; paracoccidioidomycosis; paracoccidoides brasiliensis; juvenile parococcidioidomycosis.

INTRODUÇÃO

A paracoccidiodomicose (PCM) é uma micose sistêmica causada pelo *Paracoccidioidis brasiliensis*, que acomete o ser humano e também alguns outros animais silvestres, notadamente o tatu⁷. Possui como sinônimos blastomicose brasileira ou doença de Lutz. É uma patologia endêmica em diversas regiões da América do Sul e América Central, com destaque para Argentina, Equador, Venezuela e Colômbia¹.

A infecção pelo *Paracoccidioidis brasiliensis* é adquirida nas duas primeiras décadas de vida, com pico de incidência entre 10 e 20 anos de idade, sendo mais frequente em homens expostos ao habitat do fungo pelo trabalho agrícola. A transmissão ocorre pela inalação de conídios, sendo o pulmão o foco primário, podendo haver disseminação a órgãos linfáticos, especialmente linfonodos, baço, fígado, e também à pele, mucosas e ossos⁴.

A doença manifesta-se sob as formas aguda (tipo juvenil) e crônica (tipo adulto). A forma aguda é responsável por 3 a 5% dos casos da doença, predominando em crianças e adolescentes, mas pode, eventualmente, acometer indivíduos até os 35 anos de idade⁷. A distribuição é semelhante em crianças dos gêneros masculino e feminino. Essa forma clínica caracteriza-se por evolução mais rápida, onde o paciente

geralmente procura o serviço médico entre 4 a 12 semanas de instalação da doença. Em ordem de frequência, pode-se destacar a presença de linfadenomegalia, manifestações digestivas, hepatoesplenomegalia, envolvimento ósteo-articular e lesões cutâneas⁴.

No presente artigo os autores apresentam um relato de caso de paracoccidiodomicose disseminada em um jovem residente em ambiente rural, que inicialmente apresentou um quadro febril, acompanhado de linfonomegalia, hepatoesplenomegalia, dor abdominal e icterícia. Tal quadro é interessante, pois abre espaço para inúmeros diagnósticos diferenciais.

RELATO DO CASO

Paciente, JSBA, 19 anos, masculino, lavrador, residente em zona rural de Conceição-PA. Em maio de 2015, foi internado na enfermaria de Infectologia do Hospital Geral de Palmas (HGP) com queixa de febre vespertina há 1 mês, associada a calafrios, dor abdominal difusa, tosse seca intermitente, diarreia, quatro episódios de epistaxe e perda ponderal de 6kg no último mês.

Ao exame físico, apresentou-se icterico (+++/4+), emagrecido, com adenopatia bilateral em cadeias pré-

auricular, auricular posterior (figura 1), parotidiana, submandibular, submentoniana, cervical anterior, supraclavicular, axilar e inguinal, com diâmetro entre 1cm a 3cm, consistência pétreo, sendo alguns móveis e outros aderidos aos planos profundos, pouco dolorosos e sem sinais flogísticos associados.



Figura 1. Linfonodomegalia auricular posterior à esquerda de caráter endurecido e aderido aos planos profundos.

A semiologia cardiorrespiratória não apresentou alterações. O exame abdominal se mostrou doloroso difusamente à palpação superficial e profunda, com hepatoesplenomegalia. Outros sistemas não apresentaram alterações dignas de nota.

O exame dermatológico evidenciou três lesões eritematonodulares em face (figura 2), com diâmetro de cerca de 1cm - uma em região mentoniana, outra em região periorbitária direita e uma em região periorbitária esquerda.



Figura 2.

Lesão eritematonodular em região periorbitária direita.

Diante do quadro, iniciou-se a investigação diagnóstica focando em três principais diagnósticos: leishmaniose visceral, doença linfoproliferativa e micoses profundas. O diagnóstico foi firmado a partir de resultado histopatológico de amostra obtida das lesões cutâneas.

A partir do diagnóstico foi instituído tratamento com Anfotericina B Lipossomal endovenosa 50mg/dia, por 20 dias, obtendo, após 24 horas de tratamento, melhora do quadro geral e ausência de picos febris. Entretanto, no 18º dia do tratamento, queixou-se de intensa mialgia em membros inferiores, o que levou a suspeita de miosite, considerando-se reação adversa da droga. O aumento da CreatinoFosfoquinase (CPK), evidenciado pelos exames laboratoriais, confirmou a suspeita clínica. A conduta foi a suspensão da Anfotericina B e instituição do

Itraconazol 200mg/dia para tratamento de manutenção, com boa aceitação da medicação e sem efeitos colaterais na primeira semana de uso.

Por fim, o paciente recebeu alta hospitalar no 64º dia de internação, com melhora do quadro clínico, recomendação de retorno em 15 dias ao ambulatório de infectologia e manutenção do tratamento com Itraconazol 200mg/dia por 12 meses.

DISCUSSÃO

O caso em questão pode ser enquadrado como uma síndrome febril crônica associada ao acometimento difuso do sistema reticulo-endotelial, traduzido pela linfonodomegalia generalizada e hepatoesplenomegalia.

A Leishmaniose Visceral é um importante diagnóstico diferencial neste caso, pois o paciente reside em região endêmica e apresentou os dois principais marcos clínicos da doença, isto é, febre e hepatoesplenomegalia (Carneiro et al., 2015). O *Calazar Detect*, teste bastante sensível que identifica anticorpos IgG anti-K39, no entanto, foi negativo.

A tuberculose também é uma doença endêmica que deve ser considerada como hipótese etiológica. A manifestação pulmonar cardinal, isto é, tosse seca,

associada a febre prolongada, são favoráveis a esta hipótese. Contudo, os exames de Bacilo Álcool Ácido Resistente (B.A.A.R., 3 amostras) e Teste Rápido Molecular para a Tuberculose foram não reagentes.

Outros diagnósticos que devem ser elencados são malária, doenças linfoproliferativas, histoplasmoses e paracoccidiodiomiose. Após uma longa e intensiva investigação diagnóstica, a biópsia da lesão cutânea revelou a infecção por *Paracoccidioides brasiliensis*.

A apresentação aguda juvenil da paracoccidiodiomiose é uma forma infrequente da infecção pelo *Paracoccidioides brasiliensis*. Em contraste com a forma clássica crônica do adulto, que cursa tipicamente com comprometimento pulmonar, a forma aguda acomete mais crianças e adolescentes e inicia-se como uma síndrome mononucleose-like.

Suas manifestações clínicas englobam adenopatia generalizada, lesões cutâneo-mucosas e hepatoesplenomegalia, sendo compatível com o caso apresentado. A provável etiopatogênese da icterícia desenvolvida pelo paciente envolve o acometimento dos linfonodos do hilo hepático e do mesentério, com obstrução da via biliar. A redução da drenagem linfática intestinal, também pela adenopatia

mesentérica, pode explicar o quadro diarreico.

O diagnóstico pode ser feito através da pesquisa direta do fungo no escarro (se tosse com expectoração presente), aspirado linfonodal ou raspado das lesões cutâneas. A microscopia característica é o aspecto em roda de leme³. No caso apresentado, o diagnóstico foi firmado através da biópsia da lesão cutânea.

O tratamento para doença leve pode ser realizado com itraconazol e sulfametoxazol-trimetropim. Para doenças graves, com importante declínio sistêmico, preconiza-se anfotericina B durante a internação hospitalar⁵. O paciente em questão foi tratado inicialmente com anfotericina B, pois seu quadro clínico denotava gravidade. Com o desenvolvimento da miosite como efeito adverso da droga, a anfotericina foi suspensa e iniciou-se itraconazol, com boa evolução do quadro clínico-laboratorial.

CONCLUSÕES

Este caso relatado evidencia a importância crescente da paracoccidiodomicose em nosso meio, principalmente em áreas rurais. Essa micose sistêmica deve ser lembrada como um importante diagnóstico diferencial nos

quadros de crianças e adolescentes com febre prolongada e linfadenopatia generalizada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ALVES, R. *et al.* Paracoccidiodomicose: caso clínico. **Med Cutan Iber Lat Am**, 41(2):63-66, 2013.
2. AMBROSIO, A.V.A. *et al.* Paracoccidiodomicose (doença de Lutz-SPLENDRE-almeida): tratamento, duração do tratamento, recidiva, reação paradoxal, prognóstico, profilaxia. **Rev Med Minas Gerais**, 24(1): 74-80, 2014.
3. CARNEIRO, S. G.*et al.* **Descrição de um caso de paracoccidiodomicose na forma infantojuvenil.** Cadernos UniFOA. Ed. 27, Abril, 2015.
4. COSTA, M.A.B.*et al.* Manifestações extrapulmonares da paracoccidiodomicose. **Radiol Bras**, 38(1):45-52, 2005.
5. FERREIRA, C.M.S.D.*et al.* Paracoccidiodomicose subaguda abdominal em paciente adulto imunocompetente. Relato de caso. **Rev Bras Clin Med.** São Paulo, abr-jun; 11(2): 2013.

6. FREY, M.N.*et al.* Estudo sobre as características clínicas, epidemiológicas, histopatológicas e micológicas de pacientes com micoses profundas em um Serviço de Dermatologia de Porto Alegre, RS. **Revista da AMRIGS**, Porto Alegre, 55 (2): 123-129, abr.-jun. 2011.
7. YASUDA-SHIKANAI, M.A.*et al.* Consenso em paracoccidiodomicose. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**,39(3):297-310, 2006.