

Paracoccidioidomicose: Relato de Caso.

Paracoccidioidomycosis: Case report.

Diurianne Caroline Campos FRANÇA¹; Ana Paula Soares Sousa SANTOS²; Gicelma Sales da Silva REIS²; André Destéfani MONTEIRO³; Alessandro Santana SILVA³; Arlindo Tadeu Teixeira ABURAD⁴.

Resumo

Os autores apresentam um caso de paracoccidioidomicose em homem de 48 anos de idade, residente no interior de Mato Grosso, cuja queixa principal era área ulcerada localizada em gengiva inserida dos molares superiores esquerdos. Através dos dados clínicos, exames de imagem e aspectos histopatológicos, o diagnóstico definitivo foi de paracoccidioidomicose. O paciente foi encaminhado ao médico infectologista para início do tratamento.

Abstract

The authors present a case of paracoccidioidomycosis in a 48-year-old man, resident in the countryside of Mato Grosso, whose main complaint was located injury in the attached gingiva of the left superior molars area. Clinical and radiographic exams with histopathological aspects concluded the diagnosis of paracoccidioidomycosis. The patient was referred for the infectologist to begin the treatment.

Unitermos

Blastomicose sul-americana, paracoccidioidomicose, lesões orais.

Keywords

South-American blastomycosis; paracoccidioidomycosis; oral lesions.

1- Professora da Disciplina de Diagnóstico em Odontologia do Univag, Estomatologista do CEOPE - Centro Estadual de Odontologia para Pacientes Especiais.

2- Acadêmica do curso de graduação em Odontologia do Univag.

3- Professor da Disciplina de Diagnóstico em Odontologia do Univag.

4- Patologista Bucal do CEOPE - Centro Estadual de Odontologia para Pacientes Especiais e do Hospital do Câncer de Mato Grosso.

Introdução

A Paracoccidioidomicose (Blastomicose Sul-Americana/Pbmicose) é uma micose sistêmica, mucocutânea, causada pelo fungo dimórfico *Paracoccidioides brasiliensis* tanto na América Central como na América do Sul, sendo as maiores casuísticas registradas no Brasil, Argentina, Colômbia e Venezuela^{3,2,14}. No território brasileiro pode ser endêmico em

determinadas áreas, em especial nos estados de São Paulo, Minas Gerais, Rio de Janeiro³, Rio Grande do Sul, Paraná, Mato Grosso e Mato Grosso do Sul^{5, 16}. Tem maior prevalência na zona rural, embora a incidência da doença venha progressivamente aumentando em regiões suburbanas e urbanas^{11,2,13,4,8}.

Por não ser uma doença de notificação compulsória, torna-se difícil estabelecer a correta prevalência da paracoccidioidomicose

no Brasil⁶. Porém, segundo Coutinho et al.¹⁰ (2002) é a oitava causa de morte no Brasil considerando as doenças infecciosas e parasitárias predominantemente crônicas. Sua importância relaciona-se aos custos sociais e econômicos pelo acometimento dos indivíduos na fase mais produtiva da vida, tratamento prolongado, além das freqüentes seqüelas que podem provocar a morte¹³.

A via de infecção mais aceita é a inalatória, na qual a lesão pulmonar inicial teria características semelhantes ao complexo primário da tuberculose^{6,1,2,14}.

Todas as raças parecem ser igualmente susceptíveis. A doença é mais encontrada entre a quarta e quinta década de vida e ocorre cerca de nove vezes mais em homens do que em mulheres o que, segundo a literatura é consequência das atividades rurais e maior contato com o solo pelos homens^{6, 3, 18,12}. Além disso, a mulher é menos susceptível à doença devido fatores hormonais^{11,14}.

O quadro clínico da Pbmicosose é variado podendo apresentar alguns sinais característicos como: adenopatia localizada ou sistêmica seguida da participação da mucosa oral e da pele, do aparelho respiratório e digestivo cuja sintomatologia é dor, diarréia, algumas vezes obstipação, tumorações evidentes e envolvimento do SNC. Ocorre também comprometimento do estado geral, com sintomatologia inespecífica: Queixa de anemia, fraqueza, emagrecimento, cefaléia, inapetência e febre^{17,13}.

Em muitos casos, as primeiras manifestações clínicas são lesões bucais e o cirurgião-dentista tem um papel importante no diagnóstico e no tratamento^{2,18}. Na cavidade bucal geralmente surgem lesões múltiplas pápulo-erosivas, ulceradas e hipertróficas¹⁵ de

evolução lenta, com aspecto granuloso e avermelhado, semelhante à superfície de amora, denominada de estomatite moriforme envolvendo o rebordo, gengiva, mucosas, palato, língua e assoalho bucal. Embora não comum, o paracoccidiodomicose pode resultar na perfuração do palato duro². Essas lesões são muito dolorosas e dificultam a deglutição interferindo na alimentação¹⁹. Sialorréia abundante e sensação de prurido, dor e ardor estão presentes, sendo que nos lábios a lesão provoca tumefação difusa⁶. Muitas vezes, há envolvimento periodontal e periapical, que podem causar exfoliação espontânea dental, ou manifestação da doença após uma extração³.

A Pbmicosose pulmonar comumente se manifesta com quadro clínico de infecção respiratória. Radiograficamente as lesões pulmonares mostram padrões nodulares (conglomerados ou disseminados), infiltrativos (restrito, pneumônico ou difuso), fibroso ou cavitário.

A Pbmicosose tem patogenia similar à tuberculose e às demais micoses sistêmicas¹. No diagnóstico diferencial deve-se incluir a histoplasmose, a tuberculose, a leishmaniose e o carcinoma epidermóide^{5,1}.

Os estudos da Pbmicosose fundamentam-se em métodos de diagnóstico que visam identificar o fungo nos tecidos e/ou nos elementos figurados do histopatológico⁹. Recursos semiotécnicos não invasivos podem ser de grande utilidade no diagnóstico da Pbmicosose. Esfregaços obtidos por raspagens das lesões da mucosa bucal revelam a presença do fungo e representam o primeiro passo, bastante útil para o diagnóstico¹⁵. O aspecto clínico da lesão e a citologia esfoliativa, associados ao exame sorológico ou de escarro, são conclusivos para o diagnóstico, evitando-se assim a biópsia¹¹.

Feito o diagnóstico de Pbmicose, o paciente deve ser encaminhado para tratamento médico e concomitantemente a esse tratamento deve ser realizado a profilaxia dos agentes intrabucais, removendo-se focos dentários e periodontais¹⁹. O tratamento é realizado com anti-fúngicos cujo tipo vai depender do estágio da infecção. A anfotericina B ainda é a droga de escolha durante o estágio agudo das micoses sistêmicas quando a vida está ameaçada⁴, como ocorre em pacientes imunocompetentes e imunocomprometidos. Seu uso é reservado devido a sua nefrotoxicidade e as reações de hipersensibilidade. O cetoconazol e o itraconazol são eficazes em pacientes com pbmicose sem risco de vida^{15,5}.

A cura clínica do paciente é observada quando o exame micológico, se possível realizado com a cultura, e as provas sorológicas forem negativas^{19,7}.

O presente trabalho tem por objetivo apresentar um caso de paracoccidiodomicose, sua evolução e tratamento. A relevância da divulgação é chamar a atenção para esta infecção fúngica profunda que é endêmica em nossa região e que, portanto deve ser incluída na hipótese diagnóstica de lesões ulceradas bucais persistentes.

Caso Clínico

Paciente do sexo masculino, feoderma, 48 anos, pedreiro, residente no município de Cáceres-MT, relatou o aparecimento de úlcera na gengiva há 2 meses. Fez uso de propolina, com quadro de remissão e recidivas constantes. Apresentava bom estado geral com história de anorexia, perda de peso nos últimos dois meses e tosse persistente. Durante história médica relatou malária e pneumonia. Na história social relatou ser tabagista e ex-etilista há 5 meses. Negava ainda febre, tosse, vômito, astenia ou alteração do hábito intestinal. Ao exame físico

apresentava sinais vitais sem alterações, ausculta cardíaca e pulmonar sem alterações e ausência de infartamento ganglionar. No exame intra-bucal foi observado dentes com focos sépticos e lesão ulcerada com aspecto moriforme, em região de gengiva inserida vestibular (Figura 1) e palatina dos molares superiores esquerdos (Figura 2), bem delimitada, indolor e sangrante ao toque.

Figura 1 - Lesão moriforme em região de gengiva inserida vestibular. **Figura 2** - Gengiva palatina com



pontilhado hemorrágico e sangrante ao toque

O diagnóstico clínico, considerando os dados anamnéticos, foi de Pbmicose não descartando a hipótese de carcinoma epidermóide. Foram solicitados exames laboratoriais de rotina pré-operatórios, radiografia panorâmica e de tórax. O hemograma apresentou discreta leucocitose; na radiografia panorâmica (Figura 3) observou-se perda óssea acentuada na região de pré-molar e molares superiores esquerdos. Na radiografia de tórax (Figura 4 e 5) observou-se lesões pulmonares com padrão infiltrativo e fibroso. Optou-se pela realização de citologia esfoliativa e biópsia incisional. Nos cortes histológicos observou-se fragmento de mucosa recoberta por epitélio que exibia hiperplasia pseudoepiteliomatosa e na lâmina própria intenso infiltrado inflamatório crônico com células gigantes multinucleadas com o fungo *Paracoccidoides basiliensis* no interior dessas células (Figura 6). Figuras 3-6 · Pág. 39.

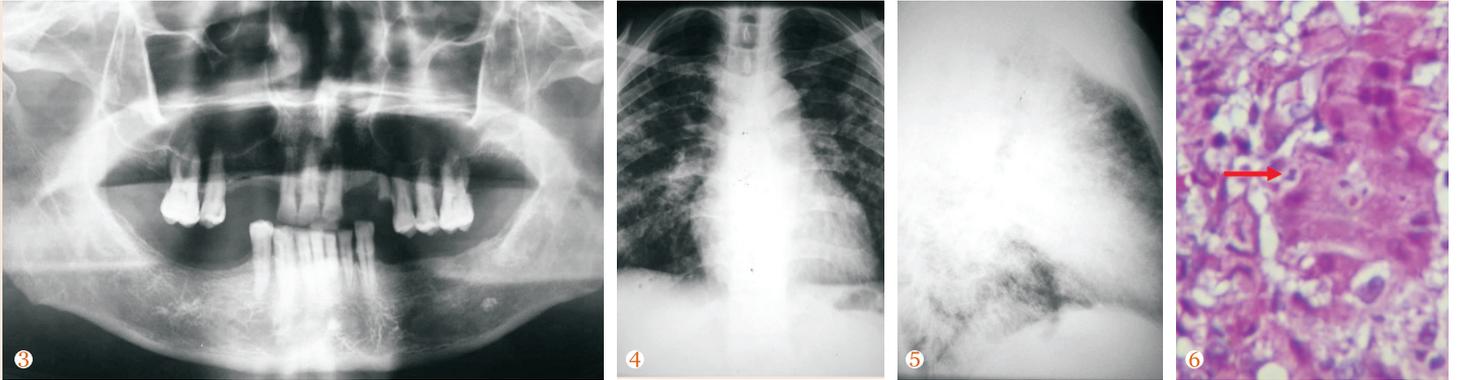


Figura 3 - Perda óssea acentuada na região de pré-molar e molares superiores esquerdos. **Figura 4** - Radiografia pósterio-anterior de tórax mostrando envolvimento pulmonar. **Figura 5** - Perfil de tórax mostrando lesões pulmonares com padrão infiltrativo e fibroso. **Figura 6** - Célula gigante multinucleada com o fungo *Paracoccidioides brasiliensis* em seu interior.

O paciente foi encaminhado ao serviço de Doenças Infecto-contagiosas do Hospital Universitário Julio Müller para iniciar tratamento sistêmico com antifúngico e será feito o acompanhamento multiprofissional do caso para restabelecer a saúde bucal.

Discussão

O presente relato está de acordo com os dados da literatura indo ao encontro dos de Bisinelli et al.⁶ (1998), Blotta et al.⁷ (1999), Hassessian et al.¹¹ (2000) e Bicalho et al.⁵ (2001), que referiram maior incidência da Pbmicosse na população do gênero masculino e quanto à faixa etária. Esse artigo traz um paciente entre a 4^a e 5^a década de vida, concordando com Bisinelli et al.⁶ (1998) e discordando de Blotta et al.⁷ (1999) que analisando 584 casos na região Sudeste, encontrou maior incidência da doença entre a 2^a e 4^a décadas de vida.

Nosso caso confirma que a Pbmicosse é uma doença associada a indivíduos procedentes da área rural, visto que o mesmo procede de um município do interior do estado de Mato Grosso onde atividade é basicamente agropecuária^{11, 2, 13}.

No presente relato, a lesão bucal localizava-se principalmente no rebordo

alveolar de gengiva inserida concordando com os relatos de Hassessian et al.¹¹ (2000), porém diferindo dos resultados de Araújo e Sousa³ (2000), que analisando 31 pacientes com lesões orais, observaram maior prevalência nos lábios, palato e gengiva. Bicalho et al.⁵ (2001), teve como áreas mais comuns afetadas o rebordo alveolar, incluindo gengiva e palato. Pode-se observar também envolvimento periodontal conforme relato de Araújo e Sousa³ (2000).

O paciente relatou tosse persistente que auxiliou no diagnóstico clínico de infecção respiratória. Radiograficamente observou-se lesões pulmonares com padrão infiltrativo e fibroso que vão ao encontro dos achados de Achenbach et al.¹ (2002).

O conhecimento da Pbmicosse tem grande interesse odontológico, uma vez que, dentre as manifestações clínicas dessa doença, as lesões bucais ocorrem, freqüentemente, para a caracterização clínica da mesma e condicionam a necessidade de participação do cirurgião-dentista na terapêutica dessa micose¹⁹. Os órgãos dentais e anexos constituem importantes elementos na patogenia da Pbmicosse, fornecendo provavelmente, substrato à vida saprófita do fungo na boca e favorecendo sua penetração no organismo especialmente em doenças periodontais¹¹.

Conclusão

É fundamental o papel do cirurgião-dentista no diagnóstico e tratamento da paracoccidiodomicose, uma vez que os pacientes buscam o atendimento devido às manifestações estomatológicas dessa doença.

A terapêutica sistêmica específica isolada não é suficiente para restabelecer a saúde bucal, havendo a necessidade de um tratamento multidisciplinar entre o médico e o cirurgião-dentista.

As complicações da pbmicose implicam em elevados custos sociais e econômicos, além de caracterizar a doença como de alta relevância em saúde pública, justificando a necessidade de estabelecer diagnóstico tão precoce quanto possível.

Referências

1. Achenbach R, Negroni R, Khaski S, Lococo L, Beresňak A, Gai L. Paracoccidiodomycosis: unusual clinical presentation and utility of computerized tomography scanning for diagnosis. *Inter. J. of Dermatol.* 2002 41: 881-882.
2. Almeida OP, Jacks Jr. J, Scully C. Paracoccidiodo-mycosis of the mouth: an emerging deep mycosis. *Crit. Ver. Oral Biol. Méd.* 2003 14: 377-383.
3. Araújo MS, Sousa COS. Análise epidemiológica de pacientes acometidos com Paracoccidiodomicose em região endêmica do estado de Minas Gerais. *RPG Ver. Pós Grad.* 2000 7: 22-26.
4. Benites SL, de Mendonça JC. A questão da liberação de itraconazol pelo sus na paracoccidiodomicose, ilustrada por um caso. *ACTA ORL/Técnicas em Otorrino-laringologia.* 2008 26 (3): 160-161.
5. Bicalho RN, Espírito Santo MF, Ferreira de Aguiar MC, Santos VR. Oral paracoccidiodomycosis: a retrospective study of 62 Brazilian patients. *Oral Diseases.* 2001 7: 56-60.
6. Bisinelli J, Marzola C, Ferreira MLS, Toledo Filho JL, Pastori CM, Zorzetto DLG. Manifestações estomatológicas da Paracoccidiodomicose (Paracoccidiodo Brasiiliensis ou Enfermidade de Lutz-Splendore-Almeida): considerações gerais e apresentação de casos. *Rev. Fac. Odontol. Bauru.* 1998 6: 1-11.
7. Blotta MHSL, Mamoni RL, Oliveira SJ, Nouér AS, Papaiordanou PMO, Goveia A, Camargo ZP.. Endemic regions of paracoccidiodomycosis in Brazil: a clinical and epidemiologic study of 584 cases in the southeast region. *Amer. J. Trop. Med. Hygiene* 1999 61: 390-394.
8. Borges-Walmsley MI, Chen D, Shu X, Walmsley AR. Paracoccidiodo Brasiiliensis The pathobiology of Paracoccidiodo Brasiiliensis. *TRENDS in Microbiology.* 2002 10: 80-87.
9. Cabral LAG, SNN, Castro IS, Unterkircher CS, Marcucci G, Alchorne AOA. Emprego da imunofluorescência direta no diagnóstico da paracoccidiodomicose. *Rev. Odontol. Univ. São Paulo.* 1999 48: 27-32.
10. Coutinho ZF, Silva D, Lazéra M, Petri V, Oliveira RM, Sabroza PC, Wanke. Paracoccidiodomycosis mortality in Brazil (1980-1995). *Cadernos de Saúde Pública.* 2002 18: 1441-1454.
11. Hassesian Â, Ishikawa ÉN, Alencar FI, Marcucci G. Estudo da prevalência de lesões bucais em pacientes portadores de paracoccidiodomicose na região de Campo Grande-Mato Grosso do Sul. *RPG Rev. Pós Grad.* 2000 7: 14-218.
12. Maluf ML F, Pereira SR C, Takahachi G, Svidzinski TIE. Prevalência de paracoccidiodomicose-infecção determinada através de teste sorológico em doadores de sangue na região Noroeste do Paraná, Brasil. *Rev. Soc. Bras. Med. Trop.* 2003 36: 11-16.
13. Martinez CAR, Priolli DG, Ramos CO, Waisberg J, Margarido NF. Paracoccidiodomicose do cólon: relato de caso. *Arq Med ABC.* 2006 31(2): 78-82.
14. Mayr A, Kirchmair M, Rainer J, Rossi R, Kreczy A, Tintelnot K, Dierich MP, Lass-Flörl C. Chronic paracoccidiodomycosis in a female patient in Austria. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis.* 2004 23: 916-919.
15. Ortega, KL, Oliveira PT, Magalhães MHCG, Araújo NS. A citologia exfoliativa no diagnóstico da Paracoccidiodomicose: relato de caso. *RPG Rev Pós Grad* 1996 3: 148-54.
16. Rocha FF da, Campos MG. Monoartrite como manifestação de paracoccidiodomicose. *Rev. Panam. Infectol.* 2007 9 (1): 31-33.
17. Santos JWA, Debiasi RB, Miletho JN, Bertolazi AN, Fagundes AL, Michel GT (2004). Asymptomatic presentation of chronic pulmonary paracoccidiodomycosis: case report and review. *Mycopathol* 157: 53-57.
18. Vieira EMM e Borsatto-Galera B. Manifestações clínicas bucais da paracoccidiodomicose. *Revista de patologia tropical.* 2006 jan.-abr. 35 (1): 23-30.
19. Weismann R, Rosa EL, Lima HLO, Veloso MGP, Miziara, HL. Paracoccidiodomicose: Relato de um caso. *Rev Odonto Ciênc.* 1995 10: 203-11.

Endereço para Correspondência

Diurianne C.C. Franca
Av. Historiador Rubens De Mendonça, 5.500
CEP 78.000-000 CUIABÁ –MT
TEL : (65) 8402-1908 | 3641-5034 (Ramal 31)
EMAIL: diurianne@terra.com.br