

PARACOCCIDIOIDOMICOSE DUODENAL  
DUODENAL PARACOCCIDIOIDOMYCOSIS

Fernanda Figueiredo de Oliveira<sup>1</sup>, Sarah Trambaioli Machado<sup>1</sup>, João Stefan Rozas<sup>1</sup>,  
Ebe Christie de Oliveira<sup>2</sup>, Angelo Hugo Contô Zaccariotto<sup>3</sup>, Vanderlei Segatelli<sup>4</sup>

RESUMO

A paracoccidiodomicose é a micose de caráter endêmico mais comum na América Latina. É causada pelo fungo *Paracoccidioides brasiliensis* e foi descrita pela primeira vez em São Paulo, por Adolfo Lutz. Os casos de comprometimento intestinal por esta micose profunda geralmente se apresentam em um contexto de doença sistêmica. Relatamos, neste trabalho, um caso de paracoccidiodomicose com apresentação clínica incomum e comprometimento intestinal isolado, enfatizando os aspectos endoscópicos e anatomopatológicos.

Descritores: *Paracoccidioides*, paracoccidiodomicose, duodeno.

ABSTRACT

The paracoccidiodomycosis is the most widespread endemic mycosis in Latin America. It is caused by the *Paracoccidioides brasiliensis* fungus and was first described by Adolfo Lutz in São Paulo. Cases with intestinal involvement by this deep mycosis show up generally as part of a systemic disease. In this article we report a case of Paracoccidiodomycosis with an uncommon clinical presentation and isolated intestinal involvement, and we emphasize endoscopy and anatomopathological findings.

Key-words: *Paracoccidioides*, paracoccidiodomycosis, duodenum.

INTRODUÇÃO

A paracoccidiodomicose é a principal micose sistêmica de caráter endêmico da América Latina, causada pelo fungo termo-dimórfico *Paracoccidioides brasiliensis* e descrita pela primeira vez em São Paulo, por Adolfo Lutz, em 1908.<sup>1</sup> É encontrada com maior frequência em pacientes da zona rural, com predomínio do sexo masculino.

Pode comprometer qualquer órgão, aparelho ou sistema, ocorrendo predominantemente nos pulmões, pele, mucosas das vias aéreas superiores, nódulos linfáticos e trato gastrointestinal. Os intestinos delgado e grosso são envolvidos pela infecção fúngica em muitos pacientes com a doença sistêmica. Entretanto, o comprometimento intestinal isolado é infrequente. Por esta razão, relatamos um caso com apresentação clínica incomum, onde se observou o envolvimento paracoccidiodomycótico exclusivamente duodenal.

RELATO DE CASO

Trata-se do caso de uma paciente do sexo feminino, de 28 anos, residente na zona urbana de Sorocaba, no interior do Estado de São Paulo. Procurou assistência médica com queixa única de epigastralgia há um ano.

No exame endoscópico não foram observadas alterações esofágicas e gástricas. Na segunda e terceira porções duodenais, entretanto, foram encontradas ulcerações da mucosa intestinal (Figura 1). Foram realizadas biópsias para estudo anatomopatológico.

Rev. Fac. Ciênc. Méd. Sorocaba, v. 11, n. 3, p. 32 - 34, 2009

1 - Acadêmico (a) do curso de Medicina - PUC-SP

2 - Médica patologista do Conjunto Hospitalar de Sorocaba - CHS

3 - Médico, ex-auxiliar de ensino da Clínica Cirúrgica II - PUC-SP

4 - Professor do Depto. de Morfologia e Patologia - PUC-SP

Recebido em 25/6/2009. Aceito para publicação em 10/8/2009.

Contato: Vanderlei Segatelli

Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde /PUC-SP

Departamento de Morfologia e Patologia

Praça Dr. José Ermirio de Moraes, 290

18.030-230 Sorocaba/SP

E-mail: v.segate@terra.com.br

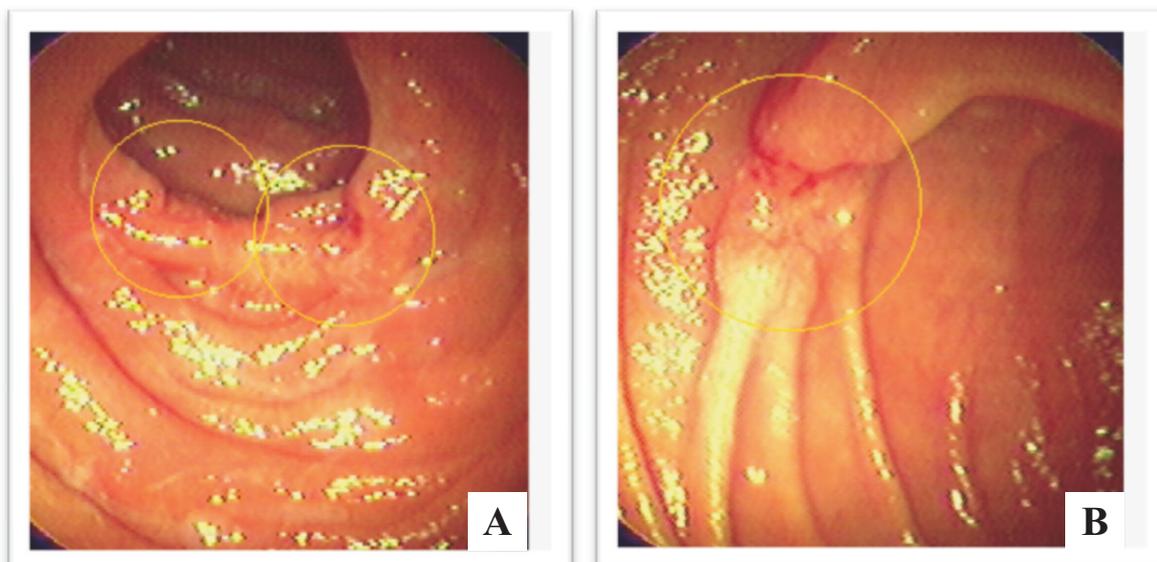


Figura 1. Imagens endoscópicas: lesões ulceradas na segunda (A) e terceira (B) porções duodenais.

O exame microscópico de cortes histológicos corados com hematoxilina e eosina demonstrou infiltrado inflamatório composto por leucócitos mono e polimorfonucleados, histiócitos epitelióides e células gigantes multinucleadas.

Foram observadas estruturas fúngicas arredondadas de *Paracoccidioides brasiliensis*, com múltiplos brotamentos laterais, confirmadas pela coloração histoquímica de Gomori-Grocott (Figura 2).

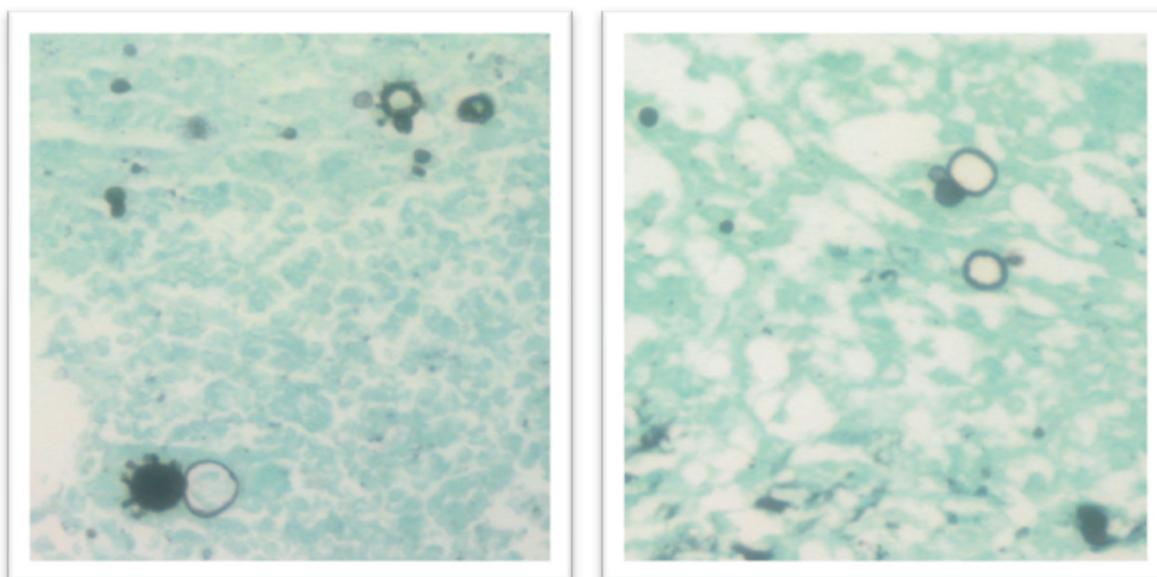


Figura 2. Imagens microscópicas: *Paracoccidioides brasiliensis* com formas arredondadas e brotamentos laterais (40 x - Gomori-Grocott).

A pesquisa clínica e radiológica cuidadosa de outros órgãos não demonstrou outras localizações de comprometimento pela micose. A paciente foi submetida a tratamento clínico com antifúngico itraconazol (derivado triazólico) durante dois anos. Atualmente, três anos após o diagnóstico anatomopatológico, a paciente apresenta-se sem sintomas ou alterações endoscópicas.

## DISCUSSÃO

A paracoccidioidomicose, anteriormente denominada blastomicose sul-americana, é a principal micose sistêmica da

América do Sul, apresentando distribuição heterogênea, com áreas de baixa e alta endemicidade.

A doença representa um importante problema de saúde pública, ocorrendo predominantemente em adultos do sexo masculino, em idade produtiva, moradores de zona rural e com condições sócio-econômicas desfavoráveis.<sup>2</sup>

Em alguns países europeus há preocupação do sistema de saúde pública com as chamadas “micoses de importação”, como a paracoccidioidomicose que ocorrem nos países do velho continente através da migração de trabalhadores latino-americanos ou turistas europeus que retornam de regiões endêmicas em países tropicais.<sup>3</sup>

Os únicos hospedeiros naturais conhecidos são o homem e o tatu. O *P. brasiliensis* foi esporadicamente isolado em fezes de morcego, pinguins e ração de animais domésticos, como o cão.<sup>4</sup> O homem infecta-se no contato com o solo e inalação de poeira contendo o fungo na forma micelial. Não foram descritos casos de transmissão inter-humana. A via de contaminação em casos de comprometimento intestinal único é controversa na literatura. Alguns autores defendem a ideia de contaminação direta pelo fungo na mucosa intestinal.<sup>5</sup>

Existem diversas classificações para a paracoccidiodomicose segundo critérios, como história natural, topografia, resposta imunológica e gravidade da doença.

Do ponto de vista clínico, destacam-se a forma aguda ou subaguda e a forma crônica. Na forma aguda ou subaguda predomina a infecção em crianças e adolescentes, com evolução rápida da doença. Entretanto, a forma principal de apresentação clínica da doença é a crônica, ocorrendo em adultos de forma indolente. Pode ser unifocal quando a micose está restrita a apenas um órgão, como os pulmões, ou multifocal quando envolve mais de um órgão.<sup>2</sup>

A resposta imunológica depende da ativação efetiva celular de macrófagos e linfócitos T CD4+ e CD8+, com a formação de granulomas. A ineficácia da resposta imunológica está diretamente relacionada ao desenvolvimento e gravidade da doença.<sup>6</sup>

A maioria dos casos de comprometimento intestinal da paracoccidiodomicose apresenta-se em um contexto de doença sistêmica. Os principais sintomas gastrointestinais são dor abdominal em cólica, alterações do ritmo intestinal, náuseas e vômitos.<sup>7</sup> Curiosamente, neste relato de caso, a paciente apresentou queixa única e inespecífica de epigastria, sem sinais ou sintomas prévios de comprometimento clínico sistêmico como febre e emagrecimento. A infecção intestinal micótica pode ainda produzir quadros obstrutivos ou simular neoplasias.<sup>8,9,10</sup>

Na mucosa e parede do trato gastrointestinal, a paracoccidiodomicose pode produzir hiperemia, erosões,

ulcerações, convergência de pregas, trajetos fistulosos e estenoses.<sup>11</sup> A avaliação endoscópica neste caso foi fundamental para caracterização das lesões na mucosa intestinal e coleta de amostra para o diagnóstico definitivo no estudo anatomopatológico.

## REFERÊNCIAS

1. Lutz A. Uma micose pseudococcídica localizada na boca e observada no Brasil. Contribuição ao conhecimento da hifoblastomicose americana. *Brasil Med.* 1908; 22:121-41.
2. Shikanai-Yasuda MA, Telles Filho FQ, Mendes RP, Colombo AL, Moretti ML e Grupo de Consultores do Consenso em Paracoccidiodomicose. Consenso em paracoccidiodomicose. *Rev Soc Bras Med Trop.* 2006; 39(3):297-310.
3. Bousquet A, Dussart C, Drouillard I, Charbel EC, Boiron P. Mycoses d'importation: le point sur la paracoccidiodomycosis. *Med Mal Infect.* 2007; 37:210-4.
4. Bagagli E, Theodoro RC, Bosco SMG, McEwen JG. *Paracoccidoides brasiliensis*: phylogenetic and ecological aspects. *Mycopathologia.* 2008; 165:197-207.
5. Martinez CAR, Priolli DG, Ramos CO, Waisberg J, Margarido NF. Paracoccidiodomicose do cólon: relato de caso. *Arq Med ABC.* 2006; 31(2):78-82.
6. Benard G. An overview of the immunopathology of human paracoccidiodomycosis. *Mycopathologia.* 2008; 165:209-21.
7. Martinez R, Rossi MA. Paracoccidiodomicose duodenal com sangramento digestivo. *Rev Inst Med Trop.* 1984; 26(3):160-4.
8. Meyer TN. Obstrução duodenal por blastomicose sul-americana. *Rev Assoc Med Bras.* 1982; 28(2):73-4.
9. Chojniak R, Vieira RAC, Lopes A, Silva JCA, Godoy CE. Intestinal paracoccidiodomycosis simulating colon cancer. *Rev Soc Bras Med Trop.* 2000; 33(3):309-12.
10. Urribarri ABM, Dammert EC, Llach JCF, Flores LV. Apendicitis por *Paracoccidoides brasiliensis*. *Rev Med Hered.* 2006; 17(1):58-60.
11. Azevedo NA, Fernandes AC, Silva AG, Moreira MAR, Leite ACA, Moreira H. Diagnóstico por colonoscopia da Blastomicose Sul-Americana. *Rev Bras Colproctol.* 2000; 20(2):103-6.

“O importante não é saber que doença a pessoa tem; mais importante é saber que pessoa a doença tem.”  
Hudson Hübner França