

Paracoccidioidomicose: forma crônica cutânea

Paracoccidioidomycosis: chronic cutaneous form

Carolina Daniela Ricci¹, Caroliny Evangelista¹, Bianca Caroline Alvim Tomaz¹, Marcos Vinicius da Silva¹, Maria Lourdes Peris Barbo¹

RESUMO

A paracoccidioidomicose (PCM) é uma infecção fúngica sistêmica frequente no continente americano, com maior incidência nos países da América Latina. No Brasil, as Regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste são as que apresentam o maior número de casos. A doença acomete, principalmente, a população masculina ligada às atividades agrícolas. A infecção geralmente ocorre pela inalação do fungo dimórfico *Paracoccidioides brasiliensis*, que adquire a forma leveduriforme infectante. Dessa forma, os pulmões e as vias aéreas superiores são os primeiros locais acometidos. A disseminação pode ocorrer por via hematogênica ou linfática, com conseqüente instalação de focos quiescentes em diferentes órgãos e sistemas. Dessa maneira, a PCM pode ser classificada em forma aguda, subaguda ou crônica, dependendo da evolução e do quadro clínico. O presente trabalho teve o objetivo de apresentar um caso clínico de PCM da forma crônica, com ênfase no diagnóstico diferencial e nas peculiaridades no comprometimento cutâneo da doença.

Palavras-chave: fungos mitospóricos; micoses; paracoccidioides; paracoccidioidomicose; diagnóstico.

ABSTRACT

Paracoccidioidomycosis is a frequent systemic mycosis in the American continent, with major incidence in Latin America. In Brazil, the South, Southeast and Midwest regions are those with the highest number of cases. This disease mainly affects the male population linked to agricultural activities. The infection usually occurs by the inhalation of the dimorphic fungus *Paracoccidioides brasiliensis*, which acquires an infecting yeast form. Thus, the lungs and upper airways are the first affected sites. The spread occurs through the blood or lymphatic system, with consequent installation of quiescent focuses on different organs and systems. Thus, the paracoccidioidomycosis can be classified as acute, subacute or chronic, depending on its evolution and clinical status. This study aimed to present a clinical case of a chronic form of paracoccidioidomycosis, focusing on the differential diagnosis and on the peculiarities of the cutaneous involvement of this disease.

Keywords: mitosporic fungi; mycoses; paracoccidioides; paracoccidioidomycosis; diagnosis.

INTRODUÇÃO

A paracoccidioidomicose (PCM) é uma infecção fúngica profunda frequente no continente americano.¹ Na América Latina, o Brasil é o país que apresenta maior incidência de PCM, principalmente no Estado de São Paulo.² O fungo dimórfico *Paracoccidioides brasiliensis* geralmente penetra no organismo pelas vias aéreas superiores por inalação de conídios provenientes do solo contaminado, que irão adquirir a forma leveduriforme infectante. Os pulmões e as vias aéreas superiores são os primeiros locais acometidos.³ Dessa forma, atividades que levam ao contato com o solo contaminado pelo fungo apresentam maior risco de aquisição da infecção.⁴

A PCM é classificada em aguda, subaguda e crônica; sua apresentação clínica depende de diferentes fatores, como

a virulência da cepa do *P. brasiliensis*, a resposta imunológica do hospedeiro, os sítios anatômicos acometidos e as características individuais do paciente.² De acordo com essas características, a infecção pulmonar primária pode ser curada, bem como evoluir para doença progressiva ou latência clínica. Nessa última, o foco quiescente permanece com fungos viáveis no seu interior. A disseminação pode ocorrer por via hematogênica ou linfática, com conseqüente instalação de focos quiescentes em diferentes órgãos e sistemas.¹

Nos adultos, predomina a forma crônica da PCM,⁴ na qual encontramos como principal característica a duração prolongada da doença, com instalação insidiosa e comprometimento progressivo do estado geral do paciente. Essa forma acomete principalmente indivíduos do sexo masculino com

¹Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde – Sorocaba (SP), Brasil.

Autor correspondente: Carolina Daniela Ricci – Rua Antonio Marcos P. da Silva, 237 – Casa Real Parque – CEP: 13082-790 – Campinas (SP), Brasil – E-mail: carolina.rcc@gmail.com

Recebido em 31/08/2016. Aceito para publicação em 10/07/2017.

mais de 30 anos de idade e pode apresentar manifestações leves, moderadas ou graves.⁵ Como sinais e sintomas clínicos mais comuns na forma crônica, podemos encontrar, em ordem crescente de incidência, lesões em mucosa oral, sintomas pulmonares, comprometimento de linfonodos, seguidos das lesões dermatológicas.⁶ A forma aguda ou subaguda (juvenil) predomina nas crianças/adolescentes, apresenta evolução rápida, com comprometimento principalmente do sistema monocítico-fagocitário, e afeta jovens de ambos os sexos igualmente.⁵

O diagnóstico da PMC pode ser realizado por meio de pesquisa direta do fungo, testes sorológicos e avaliação histopatológica.⁷ A radiografia do tórax é também importante para a avaliação de possível comprometimento pulmonar.⁸ O tratamento da PCM deve ser precedido da avaliação das diferentes estruturas orgânicas e com terapia antifúngica própria para a doença.⁴

O presente trabalho teve o objetivo de apresentar um caso clínico de PCM da forma crônica, com ênfase no diagnóstico diferencial e nas peculiaridades do comprometimento cutâneo da doença.

RELATO DE CASO

Paciente do sexo masculino, 79 anos, branco, institucionalizado havia 2 anos em sistema carcerário em Sorocaba, São Paulo. Nos antecedentes epidemiológicos informou que trabalhou na agricultura, no cultivo de café, milho, feijão e cana-de-açúcar até os 70 anos de idade.

O paciente foi admitido no Pronto-Socorro (PS) do Conjunto Hospitalar de Sorocaba (CHS) com lesões na face, na cabeça e nas orelhas havia 15 dias com piora progressiva. Relatou início súbito com lesão dolorosa na orelha direita, que progrediu e se espalhou para o restante da cabeça, com predomínio na hemiface direita. Negou comorbidades anteriores, uso de medicamentos contínuos, tabagismo, etilismo e comprometimento semelhante nos companheiros de cela.

Ao exame físico, encontrava-se em regular estado geral, consciente e orientado, portador de disfemia. Apresentava dentes em mau estado de conservação, múltiplas lesões dolorosas, crostosas, ulceradas, com intenso processo inflamatório, secreção purulenta drenando por múltiplas fístulas, pruriginosas e com sangramento, localizadas na face, no couro cabeludo, nos pavilhões auriculares e na região cervical posterior. Apresentava gânglios cervicais, submentonianos, retroauriculares e poplíteos com aumento de volume (>1 cm), móveis, não coalescentes, de consistência endurecida, sem sinais flogísticos e indolores. No restante do exame físico não foi encontrada alteração propedêutica.

Fundamentado nos antecedentes epidemiológicos e manifestações clínicas, foram estabelecidas as hipóteses diagnósticas iniciais de actinomicose, hanseníase, leishmaniose cutâneo-mucosa e Herpes-zoster com infecção bacteriana secundária. Foi coletada biópsia de pele do bordo de uma das lesões.

Diante das suspeitas clínicas iniciais, o paciente foi medicado com ampicilina 1 g por via endovenosa (EV) 6/6 h, aciclovir 600 mg com soro fisiológico 0,9% 250 ml EV de 8/8 h, vancomicina 500 mg com soro glicosado 5% 300 mL de 6/6 h, ceftriaxona 1 g EV de 12/12 h e metronidazol 500 mg EV de 12/12 h.

O resultado do exame anatomopatológico mostrou a presença de dermatite granulomatosa com estruturas morfológicamente sugestivas de paracoccidioides, em grande quantidade. Foram solicitados os seguintes exames complementares para o estadiamento da PCM: radiografia de tórax pósterio-anterior e perfil, trânsito intestinal, tomografia computadorizada de crânio, mastoide e ouvidos com contraste, além da dosagem do cortisol sérico. Com a melhora da infecção secundária, os antibióticos foram suspensos e iniciou-se tratamento específico com anfotericina B deoxicolato na dose diária de 25 mg, diluída em SG 5% EV, com infusão contínua durante 6 horas. Durante o tratamento o paciente apresentou insuficiência renal aguda (creatinemia 3,1 mg/dL) decorrente de efeito colateral da apresentação deoxicolato, sendo necessário substituí-la por formulação lipossomal. Os exames de imagem contrastados foram adiados até a melhora da função renal.

O paciente apresentou boa evolução clínica e recebeu alta hospitalar com prescrição de anfotericina lipossomal 150 mg/dia em hospital dia 3 vezes por semana e acompanhamento no Ambulatório de Moléstias Infecciosas do CHS, apresentando melhora no quadro das lesões.

DISCUSSÃO

Os trabalhadores rurais estão em maior contato com os vegetais e a terra, locais colonizados pelo fungo causador da PCM.^{7,9} Atividades agrícolas, como o cultivo de café e de algodão, apresentam maior risco de infecção pelo *P. brasiliensis*.⁶ Ocorre predomínio de PCM no gênero masculino, o que está de acordo com outros estudos científicos que mostram um acometimento de 70% nesse gênero.¹⁰ Além disso, a mão de obra rural é predominantemente masculina.⁶

O caso descrito consiste em uma das principais apresentações clínicas da forma crônica da PCM com acometimento cutâneo.⁴ Porém, o que chama a atenção são a gravidade e o padrão de acometimento das lesões de caráter infiltrativo-supurativo (Figuras 1 e 2) em segmento cefálico, local geralmente mais acometido,^{2,6} cobertas por crostas associadas à infecção secundária que acabaram por dificultar o diagnóstico. Geralmente, a infecção secundária é incomum, mas a lesão pode ser secretante, com posterior formação de crostas.⁶ As lesões dermatológicas na PCM fazem diagnóstico diferencial com cromomicose, esporotricose e leishmaniose, quando localizadas; e, em alguns casos, com hanseníase, linfoma e até mesmo lúpus eritematoso, sarcoidose e neoplasias cutâneo-mucosas,⁷ o que retarda a instituição do tratamento correto. A caracterização dos padrões morfológicos das lesões cutâneas na PCM não é facilmente realizada, mas as lesões ulceradas são as mais encontradas.^{1,2}

Nas lesões cutâneas, a avaliação anatomopatológica com presença do fungo permite estabelecer o diagnóstico etiológico. O fungo pode ser visto nos cortes histológicos (Figura 3) com múltiplos brotamentos-filhos ligados à célula-mãe, que resultam em uma aparência descrita como semelhante às “orelhas de Mickey Mouse” ou aos “raios do leme de um navio” ou ao “leme de marinheiro”.⁷



Figura 1. Lesões de caráter infiltrativo e formação de crostas e fístulas secretivas no segmento cefálico.



Figura 2. Paciente após duas semanas de tratamento com anfotericina lipossomal.

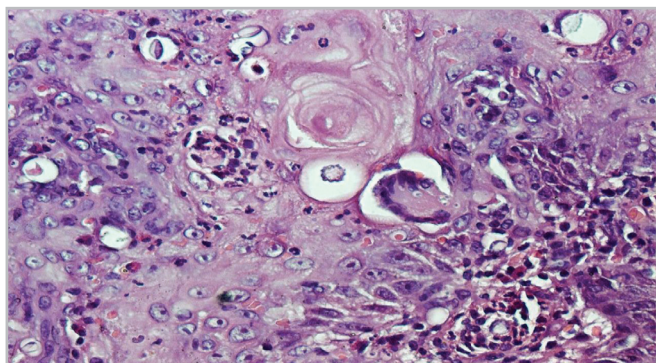


Figura 3. Corte histológico de pele com microabscessos intraepidérmicos com presença de fungos e imagem característica de "roda de leme" (HE, 400x).

Após o diagnóstico, o tratamento deve ser prontamente instituído. O fungo da PCM é sensível à maioria das drogas antifúngicas, inclusive aos sulfamídicos, e vários antifúngicos podem ser utilizados, tais como anfotericina B, anfotericina B lipossomal, sulfamídicos (sulfadiazina, associação sulfametoxazol/trimetoprim), azólicos (fluconazol e itraconazol).⁴ Pacientes em estado grave, como a forma juvenil ou as formas crônicas disseminadas em adultos, devem ser preferencialmente internados e tratados com anfotericina B, medicamento de ação rápida. Contudo, tal composto apresenta toxicidade renal, hepática e cardíaca,¹¹ sendo preferível o uso de sua formulação lipossomal.

A terapêutica instituída é de longa duração e o paciente deve ser tratado e acompanhado até que se obtenham os critérios de cura da PCM, que compreendem parâmetros clínicos, radiológicos e sorológicos:⁴ os clínicos abrangem o desaparecimento dos sinais e sintomas encontrados no paciente; os radiológicos contam com a estabilização das cicatrizes pulmonares em duas radiografias realizadas com intervalo de três meses; e os imunológicos necessitam da negativação ou estabilização dos títulos sorológicos em valores baixos, menores ou iguais a 1:2 em duas amostras pareadas de soro com intervalo de seis meses, após tratamento adequado.⁴

Mesmo com o tratamento adequado, a erradicação total dos fungos do organismo do hospedeiro não ocorre. Por isso, o paciente sempre estará sujeito à reativação tardia de focos que permaneceram latentes, motivo pelo qual se utilizam os termos "cura aparente" ou "cura clínica".⁴ Sendo assim, após a interrupção do tratamento e desde que observados os critérios de cura, os pacientes devem ser acompanhados ambulatorialmente, uma vez ao ano, com exames clínico e sorológico.⁴

CONCLUSÃO

A PCM é uma micose sistêmica grave, de importância epidemiológica no Brasil e que acomete especialmente trabalhadores rurais do sexo masculino. No caso da forma crônica, encontramos como uma das principais manifestações clínicas as lesões cutâneas que não são de fácil caracterização, dificultando a realização do diagnóstico clínico e a instituição do tratamento rápido. O tratamento é prolongado e, assim, faz-se necessário acompanhar os pacientes mesmo após serem observados os critérios de cura.

REFERÊNCIAS

1. Marques SA, Cortez DB, Lastória JC, Camargo RMP, Marques MEA. Paracoccidioidomycose: frequência, morfologia e patogênese de lesões tegumentares. *An Bras Dermatol.* 2007;82(5):411-7. DOI: 10.1590/S0365-05962007000500003
2. Fortes MRP, Miot HA, Kurokawa CS, Marques MEA, Marques SA. Imunologia da paracoccidioidomycose. *An Bras Dermatol.* 2011;86(3):516-24. DOI: 10.1590/S0365-05962011000300014

3. Costa MAB, Carvalho TN, Araújo Júnior CR, Borba AOC, Veloso GA, Teixeira K. Manifestações extrapulmonares da paracoccidiodomicose. *Radiol Bras.* 2005;38(1):45-52. DOI: 10.1590/S0100-39842005000100010
4. Shikanai-Yasuda MA, Telles Filho FQ, Mendes RP, Colombo AL, Moretti ML. Consenso em paracoccidiodomicose. *Rev Soc Bras Med Trop.* 2006;39(3):297-310. DOI: 10.1590/S0037-86822006000300017
5. Montenegro MR. Formas clínicas da paracoccidiodomicose. *Rev Inst Med Trop São Paulo.* 1986;28(3):203-4. DOI: 10.1590/S0036-46651986000300012
6. Junqueira FM. Perfil dos pacientes com paracoccidiodomicose e comparação dos tratamentos realizados no Conjunto Hospitalar de Sorocaba – SP [Dissertação]. Sorocaba: UNISO Universidade de Sorocaba; 2011.
7. Vieira T, Martinez R, Ferreira CM, Cardoso JA, Falcão GGVSC, Farias JG. Lesões de paracoccidiodomicose acometendo tecido cutâneo e mucosa bucal : relato de caso clínico. *Rev Bahiana Odontol.* 2013;4(1):54-64. DOI: 10.17267/2238-2720revbahianaodonto.v4i1.135
8. Trad HS, Trad CS, Elias Junior J, Muglia VF. Revisão radiológica de 173 casos consecutivos de paracoccidiodomicose. *Radiol Bras.* 2006;39(3):175-9. DOI: 10.1590/S0100-39842006000300005
9. Gomes E, Wingeter MA, Svidzinski TIE. Dissociação clínico-radiológica nas manifestações pulmonares da paracoccidiodomicose. *Rev Soc Bras Med Trop.* 2008;41(5):454-8. DOI: 10.1590/S0037-86822008000500004
10. Bisinelli JC, Telles FQ, A. Sobrinho J, Rapoport A. Manifestações estomatológicas da paracoccidiodomicose. *Rev Bras Otorrinolaringol.* 2001;67(5):683-7. DOI: 10.1590/S0034-72992001000500013
11. Pedroso VSP, Vilela MDC, Pedroso ERP, Teixeira AL. Paracoccidiodomicose com comprometimento do sistema nervoso central: revisão sistemática da literatura. *Rev Soc Bras Med Trop.* 2009;42(6):691-7. DOI: 10.1590/S0037-86822009000600016

Como citar este artigo:

Ricci CD, Evangelista C, Tomaz BCA, Silva MV, Barbo MLPB. Estudo de analgesia tópica pós-peeling facial profundo utilizando máscara a base de água, gel e óleo de melaleuca em comparação com o uso de máscara umedecida em soro fisiológico. *Rev Fac Ciênc Méd Sorocaba.* 2018;20(1):51-4. DOI: 10.23925/1984-4840.2018v20i1a7