

Mariana Malheiros Caroni¹
Giovana dos Santos Frigotto²
Maria Cristina Caetano Kuschnir³
José Henrique Aquino⁴

Paracoccidioidomicose juvenil

➤ INTRODUÇÃO

A paracoccidioidomicose, conhecida também como blastomicose sul-americana ou moléstia de Lutz-Splendore-Almeida, é a infecção fúngica sistêmica de maior prevalência na América Latina. É causada pelo fungo termodimórfico *Paracoccidioides brasiliensis*. Ocorre como doença endêmica em regiões da América Latina situadas aproximadamente entre 20° ao norte e 35° ao sul do Equador, estendendo-se do México à Argentina. No adulto, a forma clínica predominante é a crônica, mas, quando acomete crianças ou adolescentes, apresenta-se sob as formas aguda ou subaguda.

A forma juvenil (aguda ou subaguda) apresenta história clínica de curta duração (um a dois meses) e manifestações compatíveis com o envolvimento do sistema fagocítico mononuclear, caracterizado por adenopatia, hepato e/ou esplenomegalia. Em pacientes com essa forma clínica, as lesões mucosas são pouco frequentes, e o acometimento pulmonar, raro.

A paracoccidioidomicose pode comprometer qualquer órgão e revela tendência à disseminação, fazendo com que seja bastante variado o quadro clínico.

➤ ANAMNESE E EXAME FÍSICO

Adolescente, 16 anos, sexo feminino, branca, estudante da terceira série do ensino médio, reside em Itaipava, RJ, com os pais.

Internada na enfermaria de adolescentes do Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE),

no Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente (NESA), com quadro de febre diária de 38°C, astenia e dor abdominal em flanco direito, sem irradiação, fatores agravantes ou atenuantes, de início um mês antes da internação, procurou assistência médica após três dias do começo dos sintomas, sendo diagnosticada infecção do trato urinário e indicada antibioticoterapia.

Evoluiu com manutenção do quadro álgico e persistência da febre. Procurou novamente assistência médica, sendo solicitadas ultra-sonografia (USG) e tomografia computadorizada (TC), ambas abdominais, nas quais foi evidenciado aumento de linfonodos abdominais. Ela foi encaminhada ao Instituto Nacional de Câncer (INCa), onde foi submetida a biópsia de linfonodo cervical. Posteriormente retornou ao HUPE para avaliação.

A paciente se apresentava com agenesia renal à direita e infecção do trato urinário de repetição dos 8 aos 12 anos de idade.

Ao exame de admissão:

- hipocorada (2+/4+), febril, peso 52,7kg, 1,62 cm de altura;
- cabeça e pescoço: múltiplas adenopatias bilaterais: submandibular, cervical anterior, retroauricular à direita. Cicatriz de biópsia cervical anterior à esquerda. Sem evidências de fistulização;

¹ Residente de Medicina de Adolescentes do Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente (NESA) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ).

² Ex-residente de Medicina de Adolescentes do NESA/UERJ.

³ Professora-adjunta de Medicina de Adolescentes da Faculdade de Ciências Médicas do NESA/UERJ.

⁴ Professor-auxiliar de Medicina de Adolescentes da Faculdade de Ciências Médicas do NESA/UERJ.

• abdome: globoso, distendido, doloroso à palpação difusamente. Massa endurecida palpável em região mesogástrica. Fígado sob o rebordo costal direito e baço não-palpável. Traube livre.

Restante do exame sem alterações.

cava inferior e veias renais. Baço ligeiramente aumentado de volume, com densidade homogênea.

Resultado da biópsia:

- material: linfonodo cervical esquerdo;
- resultado: paracoccidioidomicose.

EXAMES COMPLEMENTARES

• USG abdominal: hepatomegalia, baço discretamente aumentado, múltiplos linfonodos periaórticos e pericavais, ascite. Não foi possível identificar o rim direito. No rim esquerdo não havia dilatação significativa, com retração cortical sugestiva de cicatriz renal.

• TC abdominal (**Figuras 1 e 2**): abdome volumoso conglomerado linfonodal, retroperitoneal, indissociável da cabeça do pâncreas, envolvendo aorta, veia

EVOLUÇÃO NA ENFERMARIA DO NESA

Durante a internação a paciente fez uso de anfotericina B venosa. A proposta terapêutica foi uma dose cumulativa de 1.500 mg. Apresentou-se como intercorrência do uso de anfotericina B a diminuição do *clearance* de creatinina, levando a aumento do tempo de tratamento venoso, hipomagnesemia e hipocalcemia.

Evoluiu com melhora clínica e laboratorial progressiva, como mostra a **Tabela**.

Tabela
EXAMES

Data	22/1	24/1	31/1	5/2	12/2	15/2	26/2
Uréia (mg/dl)	1,05			66	53	40	
Creatinina (mg/dl)	48			1,19	1,06	0,95	1,14
Sódio (mEq/l)	143			142	142	140	
Magnésio (mg/dl)				2,03	1,91	1,66	
Potássio (mEq/l)	4,4		4,4	3,4	3,5	3,6	
Hemoglobina (g/dl)	5,4		6,2		6,6	7	8,4
Hematócrito (%)	17,6		19,1		20,3	21	25,9
VHS (mm/h)		79	75			58	
Leucócitos totais (mm ³)	17.400		17.800		11.300	10.400	8.400
Basófilos (%)	0,2		0		0	0	0
Eosinófilos (%)	20,5		6,5		8	6	7
Bastões (%)	4		1		2	2	1
Segmentado (%)	60,5		68,1		64	59,4	56
Linfócitos (%)	8,2		18,1		26	25,5	28
Plaquetas × 10 ³ (mm ³)	563		497		192	229	
TGO (UI)		39	43				
TGP (UI)		25	42				
Proteínas totais (g/dl)		7,93	7,22			6,77	6,87
Albumina (g/dl)		2,67	2,65			3,29	3,69
Globulina (g/dl)		5,26	4,57			3,48	3,18

VHS: velocidade de hemossedimentação; TGO: transaminase glutâmico-oxalacética; TGP: transaminase glutâmico-pirúvica.

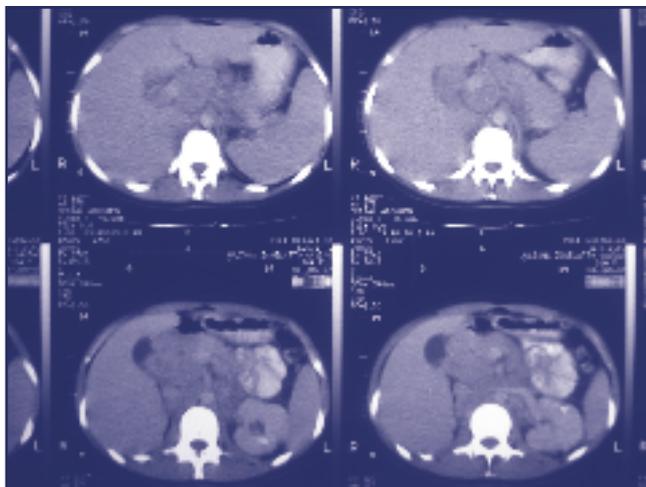


Figura 1 – TC abdominal

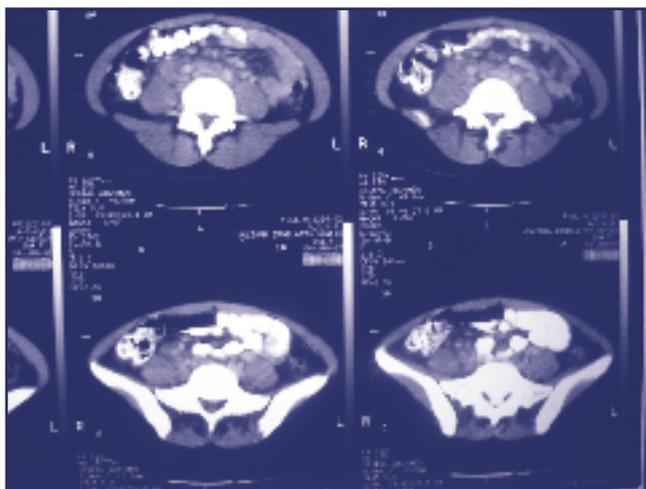


Figura 2 – TC abdominal

A adolescente apresentou diminuição gradativa dos linfonodos palpáveis em região cervical e da massa abdominal e manteve-se afebril a partir do sétimo dia de tratamento.

Houve aumento progressivo dos índices hematimétricos, diminuição da eosinofilia e melhora da relação albumina/globulina, todos considerados indicadores de resposta terapêutica.

Após a alta foi indicado o uso de 100 mg de itraconazol oral até completar dois anos de tratamento.

DISCUSSÃO

A paracoccidioidomicose é uma doença de relevância epidemiológica na América Latina.

Porém, por não ser uma enfermidade de notificação compulsória, não há dados precisos sobre sua incidência no Brasil. Ao longo dos últimos anos o panorama geográfico da doença tem sido alterado devido a fatores ambientais e urbanização, mostrando aumento da incidência nas regiões Centro-Oeste e Norte.

Estudos realizados em países sul-americanos demonstram que, embora cerca de 50% dos habitantes de zonas endêmicas já tenham sido expostos ao *Paracoccidioides brasiliensis*, uma proporção muito pequena desses indivíduos desenvolve manifestações clínicas dessa micose. Entretanto essa patologia torna-se um problema de saúde pública em virtude do seu alto potencial de incapacitação e de mortalidade elevada nos casos não-diagnosticados nem tratados adequadamente. É também uma doença de relevância social, uma vez que acomete indivíduos na fase mais produtiva da vida.

O padrão-ouro para o diagnóstico de paracoccidioidomicose é o encontro de elementos fúngicos sugestivos de *P. brasiliensis* em exame a fresco de escarro (na forma pulmonar do adulto) ou em outro espécime biológico, como o aspirado de linfonodo comprometido.

O tratamento, em geral, é realizado em ambulatório, sendo o itraconazol a droga de escolha. Pacientes que apresentam co-morbidades, desnutrição grave, complicações respiratórias, neurológicas ou comprometimento do trato gastrointestinal devem ser internados. Nesses casos, a droga mais comumente empregada é a anfotericina B.

Vale ressaltar que para a paracoccidioidomicose não existe cura, devido à impossibilidade

de erradicação do *P. brasiliensis*. O tratamento, portanto, visa à recuperação clínica e da imunidade celular do hospedeiro. Diante do risco potencial de reativação, é necessário que todos os pacientes sejam acompanhados anualmente após o término do tratamento, com o objetivo de detectar precocemente uma possível recidiva da doença.

CONCLUSÃO

Diante da importância crescente da paracoccidiodomicose em nosso meio e do impacto que representa na vida dos pacientes acometidos, essa micose sistêmica endêmica torna-se importante diagnóstico diferencial para o adolescente com linfadenomegalias persistentes.

REFERÊNCIAS

1. Shikanai-Yasuda MA, Telles Filho FQ, Mendes RP, et al. Consenso em paracoccidiodomicose. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical. 2006; 39(3): 297-310.
 2. Martinez R. Blastomicose sul-americana (paracoccidiodomicose). Tratado de Infectologia. In: Veronesi R, Focaccia R. São Paulo: Editora Atheneu. 1996.
-