



Caso clínico

Paracoccidioidomicose crónica: características intraorais em um relato de caso clínico



Carla Renata Sanomiya Ikuta^{a,*}, Victor Tieghi Neto^a, Thaís Sumie Nozu Imada^a,
Heliton Gustavo de Lima^b, Vanessa Soares Lara^b e Paulo Sérgio da Silva Santos^a

^a Disciplina de Estomatologia e Radiologia, Departamento de Estomatologia, Faculdade de Odontologia de Bauru – Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil

^b Disciplina de Patologia, Departamento de Estomatologia, Faculdade de Odontologia de Bauru – Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil

INFORMAÇÃO SOBRE O ARTIGO

Historial do artigo:

Recebido a 29 de maio de 2015

Aceite a 12 de agosto de 2015

On-line a 26 de setembro de 2015

Palavras-chave:

Paracoccidioidomicose

Diagnóstico

Paracoccidioides

R E S U M O

A paracoccidioidomicose (PCM) é uma doença fúngica limitante com ocorrência em países latino-americanos. Lesões secundárias em mucosa e pele são observadas em sua forma crónica. Um homem leucoderma de 60 anos, etilista, hipertenso, fumante e ex-garimpeiro apresentou-se cancerofóbico e com a queixa principal de dor do lado direito da boca. Ao exame intraoral, observou-se uma úlcera extensa com bordas irregulares, endurecida e edemaciada. Foi realizada biópsia incisional e, por meio de exame histopatológico após coloração por hematoxina e eosina e Gomori-Grocott, concluiu-se que o referente caso clínico era de PCM. O paciente foi encaminhado a um infectologista e foi tratado com itraconazol 200 mg. Assim, objetivamos relatar um caso clínico de PCM com sinais e sintomas intraorais.

© 2015 Sociedade Portuguesa de Estomatologia e Medicina Dentária. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este é um artigo Open Access sob a licença de CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Paracoccidioidomycosis: intra-oral presentation in a case report

A B S T R A C T

Paracoccidioidomycosis (PCM) is a fungal disease with occurrence in Latin America. Secondary lesions in mucosa and skin are observed in chronic presentation. One man, caucasian, 60 years old, alcoholic, hypertensive, smoke and ex-miner, cancer-phobia and with main complain of pain in the right side of the mouth. At intraoral exam, was observed a large ulcer with irregular borders, hard and edematous. It was made a incisional biopsy and through histopathologic exam, after Hematoxin and Eosin and Gomori-Grocot, the final diagnosis

Keywords:

Paracoccidioidomycosis

Diagnosis

Paracoccidioides

* Autor para correspondência.

Correio eletrónico: carlaikuta@hotmail.com (C.R. Sanomiya Ikuta).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rpemd.2015.08.003>

1646-2890/© 2015 Sociedade Portuguesa de Estomatologia e Medicina Dentária. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este é um artigo Open Access sob a licença de CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

was PCM. The patient was referred to a infectologist and the treatment was Itraconazol 200 mg. We aimed report a case of PCM with intraoral signs and symptoms.

© 2015 Sociedade Portuguesa de Estomatologia e Medicina Dentária. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introdução

A paracoccidioiodomicose (PCM), também conhecida como doença de Lutz ou micose de Lutz-Splendore-Almeida é uma infecção fúngica limitante e caracterizada por possuir uma distribuição geográfica limitada à região latino-americana¹. Casos da doença fora da área endêmica normalmente estão relacionados com a imigração de pessoas ou com o retorno de viagens das regiões de ocorrência da PCM, como Colômbia, Venezuela e Argentina²⁻⁴. Não há dados precisos no Brasil sobre a incidência, mas estima-se que varie entre 3-4 casos/milhão até 1-3 casos por 100 mil habitantes por ano nas áreas endêmicas⁵.

A forma crônica da doença é vista em 90% dos casos, onde o paciente apresenta danos pulmonares de progressão lenta até evoluir para uma morbidade semelhante à tuberculose³. Geralmente, apresenta-se em adultos com idade entre 30-60 anos⁵. É nesta forma de PCM que são encontradas as lesões secundárias em mucosa, assim como na pele, linfonodos e glândulas adrenais. Nos outros 10% dos casos, encontra-se a forma aguda caracterizada por crescimento abrupto, uma intensa infecção do sistema reticuloendotelial e, frequentemente, progressão à morte³.

O profissional deve inicialmente atentar-se a condição geral do paciente e então analisar as áreas acometidas⁵. As lesões orais são encontradas em 80% dos pacientes e muitas vezes são a razão do paciente procurar uma avaliação profissional². A morfologia oral da lesão é variável, mas o padrão mais comum é a lesão infiltrativa com uma superfície granular delgada⁶ e petéquias hemorrágicas, de evolução lenta, e a mucosa gengival é a mais afetada^{2,7}. Os pacientes comprometidos requerem cuidados e intervenções especiais multidisciplinares. Suas manifestações podem resultar em debilidades físicas irreversíveis e incapacitantes, por isso o diagnóstico precoce da PCM é muito importante e o papel dos profissionais de saúde oral, fundamental, uma vez que os pacientes buscam o atendimento devido às manifestações estomatológicas dessa doença. O tratamento de escolha para o paciente com PCM deve ser individualizado e possíveis associações com comorbidades devem ser relacionadas⁴.

Este relato objetiva auxiliar os profissionais de saúde oral e demais profissionais da área da saúde a identificar o PCM por meio de características intraorais, relacionando hábitos e atividades do paciente.

Caso clínico

O paciente homem, 60 anos de idade, leucoderma, apresentou-se com a queixa principal de dor no lado direito da boca e cancerofobia. Relatou durante a anamnese que foi

garimpeiro, fumava mais de 2 maços de cigarros/dia e ingeria aproximadamente 2 doses de aguardente/dia. Na história médica atual, o paciente estava sob tratamento médico para hipertensão (atenolol 50 mg e enalapril 20 mg).

Ao exame intraoral, foi encontrada uma extensa região ulcerada, envolta por eritema e com bordas irregulares, endurecida e edemaciada com aspecto moriforme, que acometia mucosa jugal, lábios, palato duro, fundo de sulco e mucosa alveolar do lado direito (fig. 1), com sintomatologia dolorosa exacerbada e evolução de 6 meses. O paciente possuía higiene bucal deficiente e condição bucal precária com a presença de raízes residuais, periodontite, presença de cálculos e recessões gengivais, lesões periapicais, dificuldade de deglutição e halitose. Ao exame físico local, apresentava edema moderado no lado direito da face e linfonodo submandibular direito endurecido e móvel. Ao exame radiográfico oral, observou-se uma área radiolúcida em região alveolar com extensão para o túber entre os dentes 15 e 16 e outra, no dente 13 (fig. 2). Baseado nos exames clínico e radiográfico, os diagnósticos diferenciais foram de PCM, carcinoma espinocelular e histoplasmose. Foi então realizada biópsia incisional em 2 regiões: fundo de sulco e palato duro (figs. 3 e 4), regiões escolhidas devido à manifestação clínica exuberante.

O exame histopatológico revelou um tecido conjuntivo fibroso com inúmeros granulomas imunogénicos, constituídos por macrófagos e células gigantes multinucleadas do tipo Langhans, algumas com leveduras birrefringentes, por vezes com criptoesporulação em seu interior, compatíveis com *Paracoccidioides brasiliensis* (*P. brasiliensis*), os quais foram também identificados após coloração com hematoxina e eosina (fig. 5) e Gomori-Grocott (fig. 6).



Figura 1 – Úlcera extensa envolta por eritema, com bordas irregulares, edemaciada com aspecto moriforme, em mucosa jugal, lábios, palato duro, fundo de sulco e mucosa alveolar do lado direito.



Figura 2 – Área radiolúcida em região alveolar com extensão para o túber nas áreas entre os dentes 16 e 15, e lesão circunscrita radiolúcida no dente 13.



Figura 3 – Áreas de biópsia: fundo de sulco e palato duro.

Após confirmação do diagnóstico pelo exame histopatológico, o paciente foi encaminhado a um infectologista, que indicou o tratamento com itraconazol 200 mg/dia por 6 meses. O paciente retornou após 4 meses com melhora significativa do quadro clínico geral, especialmente com regressão da lesão (fig. 7). Não houve diminuição ou cessação dos hábitos deletérios, fumo e etilismo, embora tenha sido exaustivamente orientado sobre esses hábitos. Ao término do tratamento médico, foi realizada a exodontia do dente 15 e do 16, dessa maneira eliminando os focos granulomatosos residuais da PCM. Foi planejado a reabilitação oral do paciente, como,

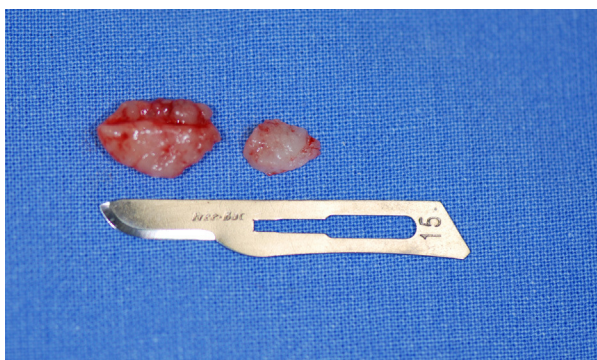


Figura 4 – Aspecto macroscópico das peças removidas na biópsia incisional.

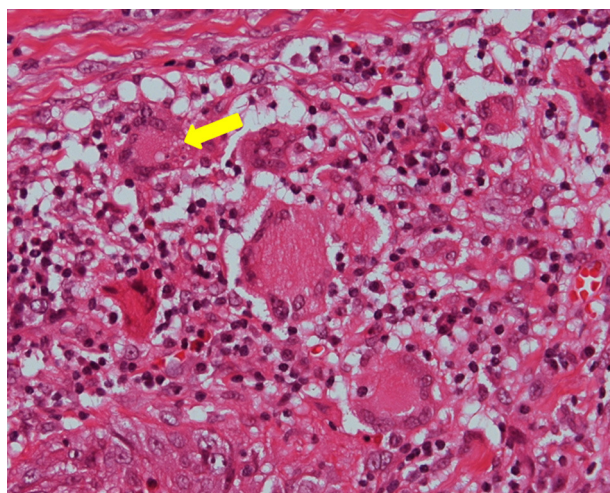


Figura 5 – Inflamação granulomatosa caracterizada por células gigantes multinucleadas do tipo Langhans, algumas com o fungo em seu interior (seta amarela) (hematoxina e eosina 40 x).

por exemplo, o tratamento endodôntico do dente 13. Após as extrações, o paciente desenvolveu fístula bucosinusal. O fato do paciente não ser colaborador, apresentar hipertensão descontrolada e o etilismo impossibilitou a continuidade do tratamento.

Discussão e conclusão

A PCM possui predileção por homens na idade madura e acomete principalmente agricultores ou outras profissões e atividades relacionadas ao manejo do solo contaminado pelo fungo do *P. brasiliensis*^{3,6,8}. O nosso paciente é um garimpeiro aposentado, de 60 anos, enquadrando-se no grupo de maior incidência da forma crônica da doença segundo a literatura⁶. As atividades ou profissões relacionadas com o manejo de

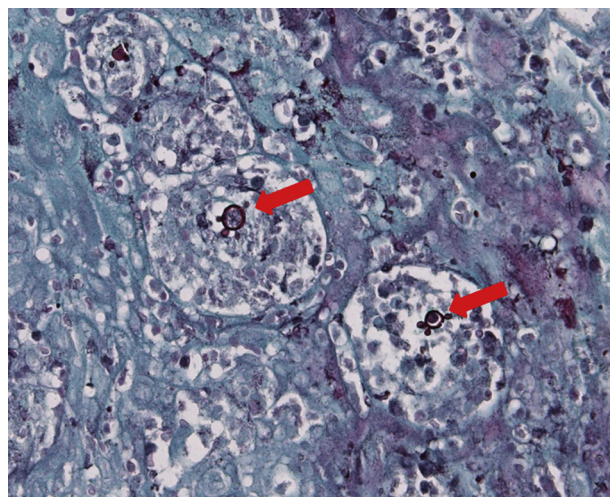


Figura 6 – Estruturas birrefringentes compatíveis com o fungo *Paracoccidioides brasiliensis*, muitas vezes em brotamento (setas vermelhas) (Gomori-Grocott 40 x).



Figura 7 – Aspeto intraoral após a medicação de itraconazol.

solo contaminado pelo fungo são um fator de risco para a infecção⁵. No estudo realizado por Brazão-Silva, em 2010, 50,9% dos pacientes com PCM eram trabalhadores rurais, seguido por motoristas, pedreiros, operadores de máquinas. Em menor percentagem, donas de casa e executivos, e casos únicos de estudante, camareira, frentista, garçom, carpinteiro, soldador e um garimpeiro.

A infecção primária ocorre através da inalação pelo hospedeiro dos propágulos infectantes denominados conídios⁵ e pode-se desenvolver como uma forma aguda/subaguda com grave envolvimento do sistema mononuclear fagocitário ou crônica com envolvimento de um ou mais órgãos⁵. Homens entre a terceira e sexta décadas de vida são os mais acometidos pela doença⁶.

A mucosa oral, faríngea e laríngea são acometidas em 70% dos casos⁴. As lesões orais na PCM podem acometer língua, assoalho da boca, mucosa alveolar e gengival, palato, lábios, orofaringe e mucosa bucal, sendo que a mucosa gengival é a mais acometida e podem ocorrer alterações no fluxo salivar². A apresentação clássica de lesão é uma úlcera superficial com aparência granular e pontos hemorrágicos (estomatite moriforme)^{2-4,6}. Os sinais e sintomas orais do PCM incluem dor, hipersalivação, halitose e dificuldade de mastigação³. As lesões orais e o papel do profissionais de saúde oral são muito importantes, uma vez que a exacerbada sintomatologia dolorosa é o motivo principal da procura por um profissional, condição esta que fez com que o paciente do caso clínico descrito se dirigisse à Faculdade de Odontologia de Bauru. Além disso, não devem ser realizados procedimentos odontológicos em pacientes com lesões ativas, exceto em casos onde o paciente esteja sob medicação a pelo menos 3 meses ininterruptamente, a fim de evitar a proliferação do fungo⁶.

A predisposição dos etilistas às infecções secundárias já foi sugerida para PCM, candidíase, criptococose, esporotricose, e aspergilose⁹. Em 1992, foi associado o etilismo à forma crônica da PCM e também um indicativo que o tabagismo apresenta alta prevalência entre os portadores de PCM^{1,9}. Nosso paciente possuía ambos os hábitos deletérios de forma intensa, muitas vezes chegando a nossa clínica com sinais de consumo de bebida ou do fumo. Apesar de orientado exaustivamente sobre esses hábitos, o paciente relutava a abandoná-los. Um dado

importante a se discutir é que a maior taxa de reinfecções e maior incidência de PCM são claramente relacionadas ao sexo masculino, grupo que se expõe mais ao etilismo e tabagismo, possíveis fatores de risco para o desenvolvimento desta doença¹⁰. A baixa prevalência da doença em mulheres dá-se por conta da influência inibitória do estrogênio, mas podendo acometer mulheres jovens e idade pós-menopausa^{3,6}.

O diagnóstico diferencial da PCM inclui câncer, tuberculose, sífilis, granuloma de Wegener, Leishmaniose e outras micoses. Há relato de lesões de PCM mimetizando carcinoma espinocelular⁶. Os métodos do diagnóstico de PCM incluem citologia exfoliativa e biópsia^{3,6}. Tradicionalmente, o procedimento utilizado para o diagnóstico de PCM em lesões de mucosa oral é a biópsia incisional seguida de análise histopatológica^{2-4,6}. Neste caso clínico, foram realizados os exames histopatológicos baseados nas colorações de Gomori-Grocott (metenamina de prata) e hematoxina e eosina que auxiliaram para o estabelecimento do diagnóstico final.

O diagnóstico precoce da PCM envolve, além do exame físico, uma anamnese minuciosa realizada pelos profissionais de saúde oral, que deve identificar se o paciente vive/esteve em regiões de risco e se a atividade profissional o expõe ao fungo. A intervenção e o procedimento odontológico foram de grande importância para que a evolução da doença para debilidades físicas irreversíveis, como fibrose pulmonar, fosse interrompida ou que o paciente fosse a óbito.

Responsabilidades éticas

Proteção de pessoas e animais. Os autores declaram que os procedimentos seguidos estavam de acordo com os regulamentos estabelecidos pelos responsáveis da Comissão de Investigação Clínica e Ética e de acordo com os da Associação Médica Mundial e da Declaração de Helsinki.

Confidencialidade dos dados. Os autores declaram ter seguido os protocolos do seu centro de trabalho acerca da publicação dos dados de pacientes.

Direito à privacidade e consentimento escrito. Os autores declaram ter recebido consentimento escrito dos pacientes e/ou sujeitos mencionados no artigo. O autor para correspondência deve estar na posse deste documento.

Conflito de interesses

Os autores declaram não haver conflito de interesses.

REFERÊNCIAS

1. Paniago AMM, Aguiar JIA, Aguiar ES, da Cunha RV, Pereira GROL, Londero AT, et al. Paracoccidioidomicose: estudo clínico e epidemiológico de 422 casos observados no Estado de Mato Grosso do Sul. *Rev Soc Bras Med Trop.* 2003;36:455-9.
2. De Abreu e Silva MAI, Salum FG, Figueiredo MA, Cherubini K. Important aspects of oral paracoccidioidomycosis—a literature review. *Mycoses.* 2013;56:189-99.

3. Brazão-Silva MT, Andrade MF, Franco T, Ribeiro RIMA, Silva WS, Faria G, et al. *Mycoses*. 2011;54:e189-95.
4. Marques SA. Paracoccidioidomycosis. *Clin Dermatol*. 2012;30:610-5.
5. Shikanai-Yasuda MA, Telles Filho FQ, Mendes RP, Colombo AL, Moretti ML, Grupo de Consultores do Consenso em Paracoccidioidomycose. Consenso em paracoccidioidomycose. *Rev Soc Bras Med Trop*. 2006;39:297-310.
6. Azenha MR, Caliento R, Brentegani LG, Lacerda SA. A retrospective study of oral manifestations in patients with paracoccidioidomycosis. *Braz Dent J*. 2012;23:753-7.
7. Verli FD, Marinho SA, de Souza SC, de Figueiredo MAZ, Yurgel LS. Perfil clínicoepidemiológico dos pacientes portadores de paracoccidioidomycose no Serviço de Estomatologia do Hospital São Lucas da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. *Rev Soc Bras Med Trop*. 2005;38:234-7.
8. Loth EA, de Castro SV, da Silva JR, Gandra RF. Ocorrência de 102 casos de paracoccidioidomycose em 18 meses na região do Lago de Itaipu, Oeste do Paraná. *Rev Soc Bras Med Trop*. 2011;44:636-7.
9. Martinez R, Moya MJ. Associação entre paracoccidioidomycose e alcoolismo. *Rev Saude Publica*. 1992;26:12-6.
10. Blotta MHSL, Mamoni RL, Oliveira SJ, Nouér AS, Papaiordanou PMO, Goveia A, et al. Endemic regions of paracoccidioidomycosis in Brazil: A clinical and epidemiologic study of 584 cases in the southeast region. *Am J Trop Med Hyg*. 1999;61:390-4.