

Paracoccidioidomicose como diagnóstico diferencial de Linfadenopatia

Elora Silva Lopes Leitão¹, Andrea Magagnini Torres¹, Carolina Seabra Pacheco Gabrielle Alcântara¹, Marcela Santos Carvalho¹, Wendy do Carmo Aguiar¹, Janine Capobiango Martins², Nathália Monerat Pinto Blazuti Barreto².

¹Acadêmica do Curso de Medicina – UniFOA

²Médica Residente em Clínica Médica – Santa Casa de Misericórdia de Barra Mansa UniFOA – Centro Universitário de Volta Redonda, Volta Redonda, RJ

Santa Casa de Misericórdia de Barra Mansa. Barra Mansa, RJ.

Introdução

A Paracoccidioidomicose (PCM) é uma micose sistêmica endêmica, considerada a oitava causa de mortalidade dentre as doenças infecciosas crônicas, limitadas à América Latina, chega a atingir cerca de 10% da população brasileira nas regiões subtropicais. Estima-se ainda cerca de quatro novos casos por milhão de habitantes ao ano. ² A PCM se apresenta basicamente de duas formas, aguda e crônica.¹ A forma aguda acomete pessoas com até 35 anos, correspondendo apenas de 3 a 5% dos casos, nessa forma os pulmões são raramente comprometidos, tendo como sinais e sintomas mais prevalentes: linfonodomegalias superficiais e profundas; hepatoesplenomegalia; anemia, febre e emagrecimento; rápida queda do estado geral. Já a forma crônica, representa aproximadamente 90% dos casos, acomete mais o sexo masculino, manifesta-se de forma lenta e insidiosa, podendo o indivíduo apresentar fraqueza, febre, emagrecimento, tosse, dispnéia, outros sintomas pulmonares e lesões cutâneas. ³

Objetivo

Mostrar a importância em concluir o diagnóstico de PCM para instalar um tratamento eficaz de uma patologia frequente na região do médio Paraíba.

Relato de experiência

G.O.S., 23 anos, sexo feminino, parda. Natural de Barra Mansa (RJ), auxiliar de serviços gerais. Deu entrada no Pronto Socorro queixando-se de “pescoço grande” e inapetência de piora progressiva nos últimos 3 meses. Relatou idas frequentes à emergência sendo diagnosticada com virose e tratada com sintomáticos sem

melhora do quadro. Ao exame apresentava cervicalgia associada à linfonodomegalia cervical, pré auricular e retroauricular bilaterais, emagrecida e hipocorada. Abdome globoso, tenso, peristalse débil, doloroso à palpação difusamente e ascite moderada. Membros inferiores edemaciados em região perimaleolar. À admissão foi realizada biópsia excisional de gânglio cervical e enviada amostra para análise histopatológica. Após uma semana de internação e investigação clínica, a linfadenopatia cervical formou abscessos e fistulizou. Os exames laboratoriais revelaram anemia importante, elevação de VHS e PCR. Na radiografia de abdome havia massa abdominal volumosa e ascite considerável. A Tomografia Computadorizada (TC) de pescoço mostrou numerosos linfonodos de dimensões variadas, acometendo diversos níveis cervicais, assim como a TC de abdome evidenciou comprometimento de cadeias ganglionares retroperitoneais e pélvicas. Após três semanas de internação, o histopatológico revelou a presença de *Paracoccidioides brasiliensis* (Pb), fechando o diagnóstico como PCM. No tratamento foi instalada terapia com Sulfametoxazol-Trimetoprim (SMX-TMP) associada à Itraconazol com resposta satisfatória. Em três meses de tratamento em nível hospitalar apresentou melhora clínica considerável recebendo alta para seguimento ambulatorial com programação de tratamento com SMX-TMP por 12 meses. Após três meses de acompanhamento ambulatorial, a paciente foi readmitida na enfermaria para investigação de massa abdominal em região supra púbica, apresentar-se em bom estado geral e sem demais queixas. Foi realizada ultrassonografia de abdome revelando linfadenomegalia em cadeia para-aórtica e ascite moderada, inferindo permanência da linfadenopatia associada à PCM. Associou-se Itraconazol novamente e a alta hospitalar foi dada após a liberação desse medicamento pela rede pública de saúde para uso contínuo e domiciliar.

Conclusões

A PCM é subdiagnosticada na maioria das vezes, sendo confundida com outras doenças de apresentações clínicas semelhantes.¹ Sua frequência tem aumentado na área urbana, já que os limites entre rural e urbano não são bem definidos em alguns municípios, o que justifica o município de Barra Mansa, relatado anteriormente, ser considerado endêmico. A PCM deve sempre ser considerada como hipótese diagnóstica frente a um paciente com linfadenopatia. Pois o

tratamento adequado pode evitar o comprometimento funcional do indivíduo e o impacto social da doença. ³

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. HARRISON, T. R; LONGO, Dan L (Organizador). **Medicina interna de Harrison**. LONGO, Dan L (Organizador). 18. ed. Porto Alegre: AMGH, 2013.

2. SHIKANAI-YASUDA, Maria Aparecida e GRUPO DE CONSULTORES DO CONSENSO EM PARACOCCIDIOIDOMICOSE et al. **Consenso em paracoccidioidomicose**. Rev. Soc. Bras. Med. Trop. [online]. 2006, vol.39, n.3, pp. 297-310. ISSN 0037-8682.

3. WANKE, Bodo and AIDE, Miguel Abidon. Capítulo 6 - **Paracoccidioidomicose**. J. bras.pneumol. [online]. 2009, vol.35, n.12, pp. 1245-1249. ISSN 1806-3713.

Palavras-chave: Paracoccidioidomicose aguda, linfadenopatia, tratamento de paracoccidioidomicose.