

Paracoccidioidomicose na forma crônica do adulto em morador de área urbana: um relato de caso

Fernanda Teodora de Souza Abrantes¹, Amanda Moreira Pimentel¹, Henrique Rivoli Rossi¹, Marcelle de Novaes Tavares¹, Natália Cânedo Almeida¹, Tchandra Andrade Gomide¹, Janine Capobiango Martins², Nathália Monerat Pinto Blazuti Barreto².

¹ Acadêmica Interno do Curso de Medicina do UniFOA

² Médica 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, RJ.

Introdução:

A Paracoccidioidomicose (PCM), também conhecida como blastomicose sulamericana ou Doença de Lutz-Splendore-Almeida, é uma micose sistêmica endêmica, causada pelo fungo termo-dimórfico *Paracoccidioides brasiliensis*. A porta de entrada mais freqüente do fungo é o trato respiratório superior, através da inalação de conídios, sendo os pulmões e as vias aéreas superiores os primeiros locais acometidos. A partir daí pode haver disseminação do fungo para outros locais, tanto por via hematogênica como linfática¹. É uma doença infecciosa crônica limitada aos países da América Latina².

Objetivo:

Descrever um caso clínico de PCM com apresentação inicial similar à pneumonia e/ou doença obstrutiva crônica, assim como sua investigação e evolução.

Relato de caso:

A.S.P., 45 anos, sexo masculino, pardo, morador de zona urbana, casado, tabagista. Deu entrada no pronto socorro de hospital de nível terciário, queixando-se de disfagia, apatia, emagrecimento e dispnéia de piora progressiva nos últimos 6 meses, com vindas frequentes ao pronto socorro, sendo tratado como pneumonia e doença pulmonar obstrutiva crônica associada ao tabagismo, sem melhora do quadro. Ao exame: hipocorado, hidratado, anictérico, acianótico. Aparelho respiratório: murmúrio vesicular universalmente audível com estertores finos difusos. Aparelhos cardiovascular, digestório, membros inferiores e superiores sem alterações. Apresenta lesão ulcerativa em palato a qual foi realizada biópsia para unifoa.edu.br/editorafoa

histopatológico. Radiografia de tórax infiltrado em vidro fosco difuso, associada a áreas de fibrose intersticial. Sorologia para HIV negativa. Pela anamnese e clínica foi iniciado empiricamente Sulfametoxazol-Trimetropim (SMXTMP), aguardando resultado de biópsia. Após 15 dias, o resultado histopatológico confirma diagnóstico de PCM.

Resultados:

O paciente acima apresentou melhora clínica considerável, recebendo alta em uso de SMXTMP por cerca de 12 meses em acompanhamento ambulatorial e reabilitação pulmonar. Diferente de outros fungos patogênicos, *P. brasiliensis* é fungo sensível à maioria das drogas antifúngicas, inclusive aos sulfamídicos. O itraconazol é a melhor droga e poderia ser utilizada por menor tempo, porém, não está disponível na rede pública de todos os Estados. O tratamento de escolha então é realizado com SMXTMP, por pelo menos 12 meses. Caso não haja resposta satisfatória, associa-se um derivado azólico (cetoconazol, fluconazol ou itraconazol) pelo mesmo período. A anfotericina B é usada nos casos graves da doença. Deve-se restringir fumo e álcool (1). O tratamento é de longa duração e os pacientes devem ser acompanhados até atingir os critérios de cura, como melhora clínica, radiológica (padrão normal de duas imagens por pelo menos 3 meses) e imunológica (estabilização da imunodifusão em 1:2 ou negatificação em duas amostras com intervalo de 6 meses após o tratamento). Os termos “cura aparente” ou “cura clínica” devem ser empregados, pois existe um risco potencial de uma reativação tardia da doença.

Conclusão:

Muitos casos de PCM normalmente são negligenciados ou confundidos com outras doenças mais freqüentes, como ocorreu com o paciente acima. Há uma grande quantidade de doentes que necessitam de assistência médica de longo prazo nas regiões de maior endemicidade, tornando a moléstia, pela sua prevalência, um importante problema de saúde pública.

Referências

BERTONI, Thamara Aline; TAKAO, Elisa Keiko Hirayama; DIAS, Jose Ricardo Colleti.; SVIDZINSKI, Terezinha Ines Estivaleti. Paracoccidioidomicose e tuberculose: diagnóstico diferencial. J Bras Patol Med Lab, v. 46, n. 1, p. 17-21, fev 2010.

CONGRESSO DO CURSO DE MEDICINA 2014
Tema: “O desafio da Atenção Básica como escola”

COSTA, Marlos Augusto Bitencourt; CARVALHO, Tarcisio Nunes; ARAÚJO JÚNIOR, Cyrillo Rodrigues; BORBA, Ana Olivia Cardoso; VELOSO, Gerson Augusto; TEIXEIRA, Kim-Ir-Sem Santos. Manifestações extrapulmonares da paracoccidiodomicose. Radiol Bras, São Paulo, v. 38, n. 1, Feb. 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Paracoccidiodomicose - Doenças Infecciosas e Parasitárias, nov 2004.

RAMOS-E-SILVA, Márcia; SARAIVA, Luciana do Espirito Santo. Paracoccidiodomycosis. Dermatologic. Clinics., Philadelphia, v. 26, n. 2, p. 257-269, 2008.

SHIKANAI-YASUDA, Maria Aparecida; TELLES FILHO, Flávio de Queiroz.; MENDES, Rinaldo Pôncio; COLOMBO, Arnaldo Lopes; MORETTI, Maria Luiza. Guideliness in paracoccidiodomycosis. Revista as Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, v. 39, n. 3, p. 297-230, 2006.

Palavras-chave: Paracoccidiodomicose, forma crônica adulta, área urbana.

feabrantes1@gmail.com