




Angela Maria Laurindo ARMELIN*
 <https://orcid.org/0000-0002-9150-3134>

Ana Carolina P. HERNANDES**
 <https://orcid.org/0000-0002-7124-9538>

Rodolfo Soares POLLO***

Saygo TOMO****
 <https://orcid.org/0000-0002-2295-7968>

Luciana Estevam SIMONATO*****

Recebido em: 18 de Setembro de 2018

Aprovado em: 26 de Março de 2019

MANIFESTAÇÕES BUCAIS DA PARACOCCIDIOIDOMICOSE FAVORECENDO DIAGNÓSTICO

PARACOCCIDIOIDOMYCOSIS BUCAL MANIFESTATIONS FAVORING DIAGNOSIS

RESUMO

Introdução: A paracoccidiodomicose (PCM) é uma infecção fúngica profunda causada pelo fungo *Paracoccidoides brasiliensis*. É de alta relevância na América Latina, pois sua ocorrência tem prevalência em regiões tropicais e subtropicais da América do Sul como Brasil, Argentina, Colômbia, Uruguai e Venezuela. No Brasil, pacientes com a doença são diagnosticados em praticamente todas as regiões. A via primária de infecção da PCM é pulmonar, entretanto, a doença é, frequentemente, diagnosticada por manifestações bucais. **Objetivo:** Relatar um caso clínico de PCM em sua forma evoluída, diagnosticado através das manifestações bucais. **Conclusão:** Mediante o caso apresentado, verificou-se que a presença das manifestações bucais favoreceu o diagnóstico da doença, entretanto, o paciente veio a óbito antes da conclusão do tratamento devido a complicações sistêmicas.

Descritores: Paracoccidiodomicose. Infecção. Diagnóstico.

ABSTRACT

Introduction: Paracoccidiodomycosis (PCM) is a deep fungal infection caused by the fungus *Paracoccidoides brasiliensis*. It is of high relevance in Latin America, since its occurrence is prevalent in tropical and subtropical regions of South America such as Brazil, Argentina, Colombia, Uruguay and Venezuela. In Brazil, patients with the disease are diagnosed in practically all regions. The primary route of PCM infection is pulmonary, however, the disease is often diagnosed by oral manifestations. **Objective:** To report a clinical case of PCM in its evolved form, diagnosed through oral manifestations. **Conclusion:** Based on the presented case, it was verified that the presence of oral manifestations favored the diagnosis of the disease, however, the patient died before completion of treatment due to systemic complications.

Descriptors: Paracoccidiodomycosis. Infection. Diagnosis.

1 INTRODUÇÃO

A paracoccidiodomicose (PCM) é uma infecção fúngica profunda causada pelo fungo *Paracoccidoides brasiliensis*. Este fungo é dimórfico, ou seja, apresenta-se na forma de

*Aluna do Curso de Graduação em Odontologia da Universidade Brasil. angela_armelin@hotmail.com

**Aluna do Curso de Graduação em Odontologia da Universidade Brasil. anapunhagui@outlook.com

***Aluno do Curso de Graduação em Odontologia da Universidade Brasil. rodolfo.soares2@etec.sp.gov.br

****Aluno do Programa de Pós-Graduação em Odontologia (Estomatologia) da Universidade Estadual Paulista. saygotomo@hotmail.com

*****Doutora, Docente da Universidade Brasil. luciana.simonato@universidadebrasil.edu.br



levedura a uma temperatura de 37°C nos tecidos do hospedeiro humano e na forma filamentosa a 25°C no meio ambiente^{1,2}.

A PCM é considerada a infecção fúngica mais importante da América Latina, pois sua ocorrência em regiões tropicais e subtropicais da América do Sul como Brasil, Argentina, Colômbia, Uruguai e Venezuela. De acordo com dados epidemiológicos realizados em alguns países como Brasil, Venezuela, Colômbia e Argentina, acredita-se que em torno de 50% dos habitantes de zonas endêmicas tenham sido expostos ao agente desta micose³. Entretanto, uma pequena proporção das pessoas expostas desenvolveram manifestações clínicas da micose⁴.

No Brasil, a PCM é encontrada em praticamente todas as regiões: Sul, Sudeste, Centro-Oeste e Norte, além de casos esporádicos relatados no Nordeste. Entretanto, por não ser uma doença de notificação compulsória, não se dispõe de dados precisos sobre sua incidência e prevalência no país. O conhecimento de áreas endêmicas e dos dados de prevalência, incidência e morbidade baseia-se em relatos de casos clínicos e de inquéritos intradérmicos³ relatados por profissionais.

A infecção ocorre através da inalação de conidiósporos presentes no ar e posterior deposição dos propágulos nos pulmões com subsequente transformação para células leveduriformes⁵.

A prevalência da doença acomete predominantemente indivíduos do sexo masculino, etilistas e tabagistas, com condições de higiene, nutricionais e socioeconômicas deficitárias, além de indivíduos imunossuprimidos, seja por transplante, infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) ou até mesmo pela idade avançada⁶.

O acometimento maior em homens do que em mulheres, é devido ao fungo ao sofrer ação do hormônio feminino 17-B-estradiol, torna-se incapaz de transformar-se em levedura, essencial para induzir a doença⁶.

A manifestação de maior incidência pelo fungo é entre a 3ª e 5ª década de vida, sendo que a maioria dos indivíduos acometidos é representada por trabalhadores rurais, que devido a sua atividade laborativa permanecem, frequentemente, em contato direto com a terra e vegetais. Os mais acometidos são aqueles indivíduos que possuem hábito de mascar folhas de vegetais, utilizar talos e gravetos para palitar os dentes, se alimentar com as mãos sujas de terra e realizar higiene anal com vegetação⁷.

É uma doença adquirida, expressando-se como infecção, por intermédio de inalação dos esporos do *Paracoccidioides brasiliensis*, os quais chegam aos alvéolos pulmonares formando foco inflamatório e atingem os linfonodos peribrônquicos, estabelecendo o

complexo primário pulmonar. A infecção inicial pode ser seguida pela disseminação hematogênica do fungo para outros órgãos⁸.

A doença é frequentemente diagnosticada devido a manifestações bucais. As lesões bucais, apresentam-se com características de úlceras moriformes que, geralmente, acometem a mucosa alveolar, gengiva e palato. Os lábios, língua, orofaringe e mucosa jugal também podem ser localizações que as lesões acometem, embora em menor prevalência. Vale ressaltar que, na maior parte dos casos relatados na literatura, mais de uma área da boca foi afetada⁹.

No que tange aos aspectos radiográficos, é possível identificar infiltrado reticulonodular, predominante nos dois terços superiores de ambos os pulmões, assimétrico com hipertransparência junto às bases pulmonares em uma radiografia simples de tórax. Entretanto, outras pneumonias podem mimetizar estes aspectos. Dessa forma, outros exames complementares podem auxiliar na obtenção do diagnóstico definitivo da PCM, como exames sorológicos. Além disso, as lesões bucais desta infecção podem fornecer o diagnóstico definitivo através da análise histopatológica⁹.

A análise histopatológica caracteriza-se por hiperplasia pseudo-epiteliomatosa e lâmina própria com infiltrado inflamatório mononuclear e polimorfonuclear, além de reação inflamatória granulomatosa¹⁴. Leveduras ovoides com dupla membrana refringente, também são encontradas no interior das células gigantes ou dos microabscessos. Podemos observar ainda, múltiplos brotamentos filhos ligados à célula mãe, resultando em uma aparência descrita na literatura como semelhantes às orelhas do Mickey Mouse ou raios do leme de um navio⁹.

O tratamento de pacientes com PCM consiste em terapia medicamentosa e manutenção. As medicações mais utilizadas para tratamento da paracoccidioidomicose são as medicações antifúngicas com atuação sistêmica, como cetoconazol, fluconazol e itraconazol. Esses fármacos ligam-se ao ergosterol da membrana celular, havendo uma permeabilidade celular e conseqüentemente uma cascata de reações oxidativas. A administração dos antifúngicos pode ser por via oral ou intravenosa. A resistência fúngica a esta droga, mesmo quando usada por longos períodos, parece incomum, a não ser nos casos de portadores de síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS)¹⁰.

O êxito do tratamento consiste no emprego da medicação antifúngica correta, bem como a condição sistêmica do paciente e a evolução da lesão. O acompanhamento do paciente é de suma importância, já que a erradicação do fungo nos tecidos é demorada. Portanto, o profissional deve fazer uso de oroscopia e exames complementares com o intuito de avaliar o quadro clínico do paciente e se houve evolução e/ou desaparecimento das lesões ativas¹⁰.

O presente trabalho objetivou relatar um caso clínico de PCM em sua forma evoluída, diagnosticado através das manifestações bucais, a fim de facilitar o diagnóstico adequado dessa doença.

2 RELATO DE CASO

Paciente do sexo masculino, leucoderma, 67 anos de idade, residente em Fernandópolis SP, trabalhou como servidor público municipal no setor de serviços gerais por, aproximadamente, 06 anos, compareceu ao Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) do município de Fernandópolis/SP para atendimento ambulatorial em Serviço de Diagnóstico Bucal, com queixa principal de “feridas na boca”.

Durante a anamnese, verificou-se que o paciente era tabagista e etilista e não possuía nenhuma doença sistêmica até o momento. Ao exame físico extrabucal, nada digno de nota foi verificado e, ao exame físico intrabucal, observaram-se lesões ulceradas moriformes localizadas em mucosa jugal bilateral de superfície granulomatosa e indolor à palpação (Figura 1). Diante dos achados clínicos, o diagnóstico diferencial foi de tuberculose e PCM.

Figura 1 - Aspecto clínico intrabucal mostrando lesão ulcerada em mucosa jugal do lado direito.

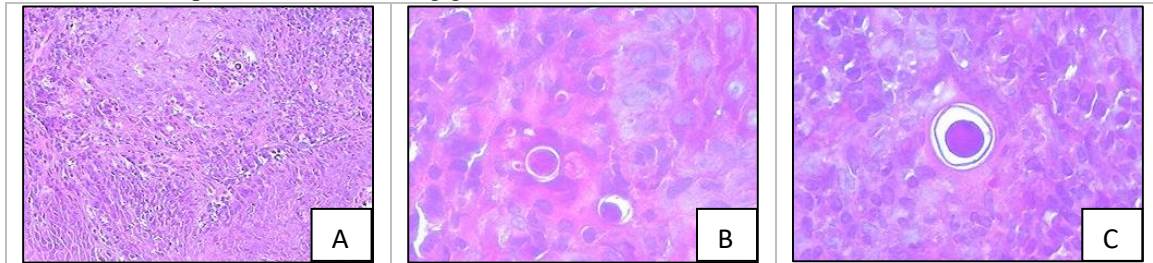


Fonte: Dos próprios autores.

Realizou-se biópsia incisional em mucosa jugal do lado direito, no qual foi confirmado pela análise histopatológica o diagnóstico de PCM, pois através da avaliação

microscópica do tecido identificaram-se coleções de macrófagos epiteloideas e células gigantes multinucleadas, como pode ser observado na figura 2.

Figura 2 - Fotomicrografias exibindo A. inflamação crônica mononuclear, microabscessos e granulomas; B. múltiplos brotamentos filhos ligados à célula mãe e C. uma grande levedura de dentro do citoplasma de uma célula gigante mononucleada.



Fonte: Dos próprios autores.

Após definição do diagnóstico, o paciente foi encaminhado para tratamento no Centro de Atendimento a Doenças Infecção-contagiosas e Parasitárias (CADIP) de Fernandópolis/SP, onde foi instituído tratamento medicamentoso com Itraconazol 100mg (12/12hs) por um período de 09 meses. Entretanto, o paciente veio a óbito durante o tratamento em decorrência de complicações sistêmicas.

3 DISCUSSÃO

APCM é a infecção fúngica sistêmica de maior prevalência no Brasil, com sua incidência variando de um a três casos novos a cada 100.000 habitantes e possuindo predileção pelo sexo masculino, como verificado no caso descrito¹¹.

Normalmente, a PCM tem alta relevância de infecção nas profissões e atividades que envolvem manejo do solo, como agricultura, transporte de produtos vegetais, terraplenagem e jardinagem. Acomete, potencialmente, os trabalhadores rurais e da construção civil que são, em geral, oriundos de áreas rurais. Os mais acometidos são aqueles indivíduos com hábitos de mascar folhas de vegetais, usar talos e gravetos para palitar os dentes, se alimentar com as mãos sujas de terra e realizar higiene anal com vegetação⁷. Esses fatos corroboram com o caso ora relatado, uma vez que o paciente era tabagista, etilista e desempenhou por anos atividade laborativa com o solo, além disso, possuía condições nutricionais, econômicas e de higiene precárias.

As lesões bucais, geralmente, acometem a mucosa alveolar, gengiva, palato, lábios, língua, orofaringe e mucosa jugal⁹. No caso relatado, as lesões estavam limitadas à mucosa jugal bilateral, não havendo evidências de acometimento em outras regiões da cavidade bucal.

A análise histopatológica caracteriza-se por hiperplasia pseudoepiteliomatosa e lâmina própria com infiltrado inflamatório mononuclear e polimorfonuclear, além de reação inflamatória granulomatosa^{12, 13}. Leveduras ovoides com dupla membrana refringente, também são encontradas no interior das células gigantes ou dos microabscessos. Na análise histopatológica do caso relatado, foram observadas inflamação crônica mononuclear, microabscessos e granulomas, além de múltiplos brotamentos filhos ligados à célula mãe e uma grande levedura de dentro do citoplasma de uma célula gigante mononucleada.

Na literatura, verifica-se que a infecção inicial pode ser seguida pela disseminação hematogênica do fungo para outros órgãos⁸. Sendo assim, a PCM possui apresentação clínica polimórfica, variando de manifestações restritas à pele e mucosas ao comprometimento sistêmico de múltiplos órgãos, em especial, pulmões e adrenais, com potencial de gerar sequelas incapacitantes até o óbito¹⁴. No caso relatado, o paciente veio a óbito três meses após o início do tratamento para PCM, pois apresentava uma debilidade sistêmica considerável.

4 CONCLUSÃO

Mediante o caso apresentado, verificou-se que a presença das manifestações bucais favoreceu o diagnóstico da doença, entretanto, o paciente veio a óbito antes da conclusão do tratamento devido a complicações sistêmicas.

REFERÊNCIAS

- 1 Tolentino ES, Barbosa BA, Taveira LAA, Chinelatto LEM. Manifestações bucais da paracoccidiodomicose: considerações gerais e relato de caso. RFO UPF [Internet] abr. 2010; 15(1):71-6. Disponível em: http://revodontobvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-40122010000100013&lng=pt.
- 2 Souza SP, Jorge VM, Xavier MO. Paracoccidiodomycosis in southern Rio Grande do Sul: a retrospective study of histopathologically diagnosed cases. Braz J Microbiol. [Internet] may. 2014; 45(1):243-7. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4059305/>
- 3 Shikanai-Yasuda MA, Telles Filho F, Mendes RP, Colombo AL, Moretti ML e Grupo de Consultores do Consenso em Paracoccidiodomicose. Consenso em Paracoccidiodomicose. RevSocBrasMed Trop [Internet] mai./jun. 2006; 39(3):297-310. (Relatório Técnico). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v39n3/a17v39n3.pdf>
- 4 Maluf MLF, Pereira SRC, Takahachi G, Svidzinski TIE. Prevalência de paracoccidiodomicose: infecção determinada através de teste sorológico em doadores de

- sangue na região noroeste do Paraná, Brasil. *Rev Soc Bras Med Trop.* [Internet] jan./fev. 2003; 36(1):11-6. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v36n1/15302.pdf>
- 5 Massi LS, Dall Bello AG, d'Azevedo PA, LC Severo. Diagnóstico molecular de paracoccidioidomicose associada à tuberculose em amostras de escarro. *Clin Biomed Res.* [Internet] 2016; 36(3):142-7. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/hcpa/article/view/65025>
- 6 Ministério da Saúde. Doenças infecciosas e parasitárias. Guia de bolso. 8 ed. Brasília, DF, 2010. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/doencas_infecciosas_parasitaria_gui_bolso.pdf
- 7 Araújo MS, Souza SCOM. Análise epidemiológica de pacientes acometidos com paracoccidioidomicose em região endêmica do estado de Minas Gerais. *Rev Pos-Grad.* [Internet] jan./mar. 2000; 7(1):22-6. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=ADOLEC&lang=p&nxtAction=lnk&exprSearch=298253&indexSearch=ID>
- 8 Paula IB, Pedroso ERP, Ferreira CS. Contribuição da ultrassonografia e da tomografia computadorizada na avaliação do acometimento abdominal na Paracoccidioidomicose. *Rev Med Minas Gerais.* 2014; 24(1):5-15. Disponível em: <http://www.dx.doi.org/10.5935/2238-3182.20140010>
- 9 Neville B, Damm DD, Allen CM, Chi AC. *Patologia Oral e Maxilofacial.* 4 ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2016.
- 10 Palmeiro M, Cherubini K, Yurgel LS. Paracoccidioidomicose – revisão da literatura. *Scientia Medica*, porto Alegre; PUCRS [Internet] out./dez. 2005; 15(4): 274-278. Disponível em: https://www.ufrgs.br/napead/projetos/atlas-virtual-micologia/files/Link_Caso_14.pdf
- 11 Dias PCR, Ieri R, Marques AS, Marques MEA, Stolf HO. Paracoccidioidomicose cutânea: reveladora de doença sistêmica. *Diagn Tratamento* [Internet] 2015; 20(2):53-5. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1413-9979/2015/v20n2/a4713.pdf>
- 12 Ortega-Loayza AG, Nguyen T. Blastomicose cutânea: um sinal de doença sistêmica. *An Bras Dermatol* [Internet] abr. 2013; 88(2):287-9. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/237059549_Cutaneous_blastomycosis_A_clue_to_a_systemic_disease
- 13 Góes AM, Silva LSS, Araújo SA, Cruz SG, Siqueira WC, Pedroso ERP. Paracoccidioidomicose (doença de Lutz-Splendore-Almeida): etiologia, epidemiologia e patogênese. *Rev Med Minas Gerais* [Internet] 2014; 24(1):61-6. Disponível em: <http://www.dx.doi.org/10.5935/2238-3182.20140018>
- 14 Ambrósio AVA, Camelo CCS, Barbosa CV, Tomazatti FG, Brazões FAZ, Veloso JM. *et al.* Paracoccidioidomicose (doença de Lutz-Splendore-Almeida) – manifestações clínicas. *Rev Med Minas Gerais* [Internet] 2014; 24(1):67-73. Disponível em: <http://www.dx.doi.org/10.5935/2238-3182.20140019>