

# Paracoccidiodomicose cutânea: reveladora de doença sistêmica

Pedro Colli Rocha Dias<sup>I</sup>, Rodrigo Ieri<sup>II</sup>, Sílvio Alencar Marques<sup>III</sup>, Mariângela Esther Alencar Marques<sup>IV</sup>, Hamilton Ometto Stolf<sup>V</sup>

Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (Unesp), Faculdade de Medicina de Botucatu

## RESUMO

**Contexto:** A paracoccidiodomicose é uma doença de apresentação clínica polimórfica, sendo a micose sistêmica de maior prevalência no Brasil. **Relato de caso:** Descrevemos o caso de um paciente de 49 anos que apresentava úlcera de crescimento progressivo há um ano no primeiro dedo da mão direita. Durante a investigação, foi realizado diagnóstico de paracoccidiodomicose forma crônica com acometimento cutâneo e pulmonar, apesar da ausência de clínica respiratória. **Conclusões:** Por apresentar evolução insidiosa na forma crônica, o diagnóstico da paracoccidiodomicose pode passar despercebido devido à grande dissociação clinicorradiológica nas formas pulmonares. Portanto, a presença de lesões cutâneas indica a possibilidade de acometimento sistêmico.

**PALAVRAS-CHAVE:** Paracoccidiodomicose, fungos, dermoscopia, diagnóstico, dermatologia

## INTRODUÇÃO

A paracoccidiodomicose (PCM) 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 em relação ao feminino, numa proporção de 6:1.<sup>1</sup>

A doença apresenta clínica polimórfica, variando de manifestações restritas a pele e mucosas ao comprometimento sistêmico de múltiplos órgãos, em especial pulmões e adrenais, com potencial de gerar sequelas incapacitantes até o óbito.<sup>2</sup>

O padrão ouro para o diagnóstico da PCM consiste na confirmação da presença do fungo no tecido, seja por

identificação a fresco, exame histopatológico ou cultura. Além disso, no diagnóstico inicial, é importante investigar diretamente os órgãos e sistemas mais frequentemente acometidos dentro das formas clínicas da doença: aguda-subaguda e crônica.<sup>3</sup> O tratamento preconizado inclui itraconazol ou sulfametoxazol + trimetoprim para os casos leves a moderados, e anfotericina B para os casos graves.<sup>4</sup>

## RELATO DE CASO

Paciente de 49 anos, do sexo masculino, procedente do interior de São Paulo, morador de zona rural, apresentava, há um ano, lesão ulcerada e dolorosa de crescimento progressivo na face extensora do primeiro dedo da mão direita. Negava

<sup>I</sup>Residente de segundo ano da Disciplina de Dermatologia da Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista (Unesp).

<sup>II</sup>Residente de terceiro ano da Disciplina de Dermatologia da Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista (Unesp).

<sup>III</sup>Professor titular do Departamento de Dermatologia da Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista (Unesp).

<sup>IV</sup>Professora adjunta do Departamento de Patologia da Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista (Unesp).

<sup>V</sup>Professor assistente doutor do Departamento de Dermatologia da Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista (Unesp).

Editor responsável por esta seção:

Hamilton Ometto Stolf. Professor doutor, Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista.

Endereço para correspondência:

Hamilton Ometto Stolf

Caixa Postal 557 — Botucatu (SP) — CEP 18618-970

Tel. (14) 3882-4922 — E-mail: hstolf@fmb.unesp.br

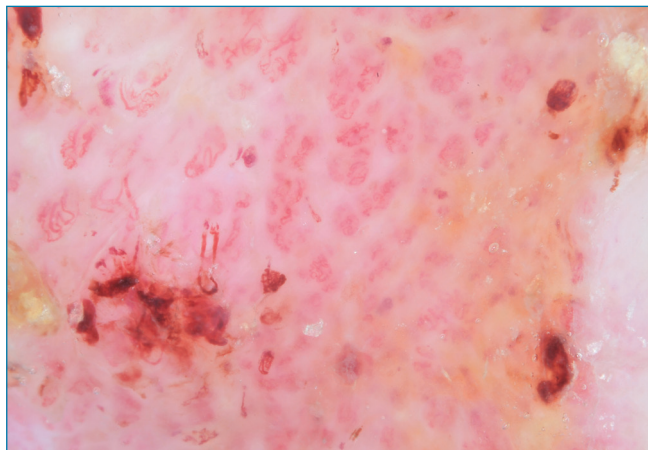
Fonte de fomento: nenhuma declarada — Conflito de interesse: nenhum declarado

Entrada: 25 de fevereiro de 2015 — Última modificação: 25 de fevereiro de 2015 — Aceite: 11 de março de 2015

outras queixas. Ao exame dermatológico, apresentava úlcera medindo 3 cm x 2 cm, com bordas elevadas, eritematosas, infiltradas, emolduradas e fundo com pontos hemáticos (Figura 1). À dermatoscopia, lesão evidenciava vascularização de padrão glomerular, com numerosos pontos hemorrágicos (Figura 2). A hipótese diagnóstica inicial foi de paracoccidioidomicose cutânea, com os seguintes diagnósticos diferenciais: leishmaniose tegumentar, carcinoma espinocelular e esporotricose. O paciente foi internado para investigação diagnóstica. Foi realizada biópsia incisional, coletado sangue para sorologia (reação de imunodifusão dupla) e realizado exame radiográfico torácico. O exame histopatológico evidenciou, na derme, processo granulomatoso com células epitelioides e gigantócitos, e coloração especiais para fungos (Figura 3), reação de imunodifusão mostrou-se positiva até titulação 1:4 e radiografia torácica revelou infiltrado de padrão retículo nodular difuso (Figura 4). Para maiores detalhes sobre o exame radiológico, realizou-se tomografia de tórax e de abdome, a qual indicou lesões pulmonares e adrenais de



**Figura 1.** Úlcera com borda elevada, eritematosa, infiltrada e leito com aspecto de granulado fino e pontos hemorrágicos.

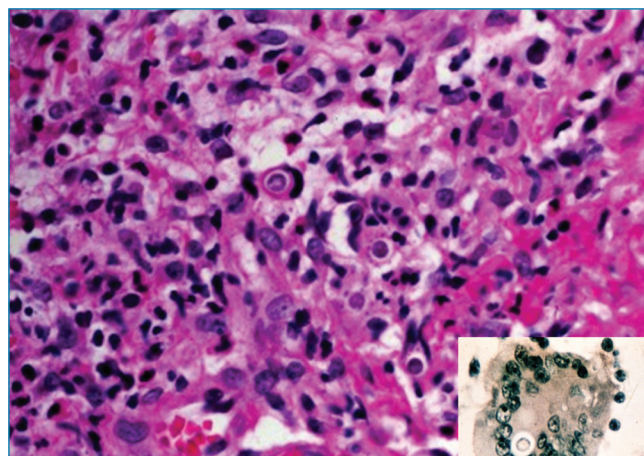


**Figura 2.** Dermatoscopia evidenciando vascularização de padrão glomerular com numerosos pontos hemorrágicos.

padrões compatíveis com paracoccidioidomicose. A partir do diagnóstico, paciente iniciou tratamento com itraconazol (200 mg/dia), por tempo ainda indeterminado.

## DISCUSSÃO

A paracoccidioidomicose é a infecção fúngica sistêmica de maior prevalência no Brasil.<sup>1</sup> É causada pelos fungos do “complexo” *Paracoccidioides* (*P. brasiliensis*; *P. lutzii*),<sup>4</sup> que possuem caráter dimórfico térmico, apresentando-se na forma micelial quando livres, portanto, infectantes, e na forma leveduriforme quando inoculados no hospedeiro.<sup>5</sup>



**Figura 3.** Exame histopatológico (hematoxilina-eosina x 400) ilustrando processo granulomatoso com células epitelioides e células gigantes contendo estruturas fúngicas birrefringentes em seu interior. No detalhe célula gigante com o fungo no seu citoplasma.



**Figura 4.** Radiografia do tórax evidenciando infiltrado de padrão reticulo nodular difuso.

A doença apresenta clínica polimórfica, podendo se manifestar sob a forma aguda-subaguda (forma juvenil) ou forma crônica (do adulto). A forma aguda acomete crianças e adultos jovens, manifestando-se predominantemente por alterações do sistema monocítico-macrofágico, como linfadenomegalia generalizada com fistulização, hepatoesplenomegalia e até diminuição da hematopoiese por comprometimento de medula óssea. Já a forma crônica acomete indivíduos a partir da quarta década de vida, possui progressão insidiosa e pode manifestar-se de forma unifocal ou multifocal, sendo pele e mucosas, pulmões e adrenais os locais de acometimento preferencial. Mais raramente, porém não menos graves, ossos e sistema nervoso central também podem ser alvos do fungo.<sup>2,4</sup> O caso apresentado encaixa-se dentro desse perfil, descrito como forma crônica (do adulto). Na **Tabela 1**, a grande prevalência da doença é demonstrada pela grande quantidade de artigos encontrados.

O diagnóstico pode ser obtido por métodos diretos, como exame a fresco (micológico direto), histopatológico e cultura, ou métodos indiretos, como detecção sorológica de anticorpos específicos anti-*Paracoccidioides*.<sup>3</sup> Um dos principais testes utilizados no Brasil, incluindo no caso descrito, é a reação de imunodifusão dupla (IDD). No entanto, a baixa titulação apresentada pelo exame no caso citado, mesmo na vigência de alta carga fúngica, é explicada pelo estudo de Batista e cols.,<sup>6</sup> que

aventa a possibilidade de haver diferença entre a composição antigênica utilizada para a elaboração do teste laboratorial e a composição antigênica do fungo em estudo, já que mais de uma espécie de *Paracoccidioides* podem causar a doença.<sup>6</sup>

Outro estudo (**Tabela 1**), descrito por Ortega-Loayza e Nguyen,<sup>7</sup> atentou para a importância da investigação complementar na presença de lesões cutâneas, pois pode ser reveladora de doença sistêmica.<sup>7</sup> Em importante trabalho investigando a presença de sinais radiológicos na vigência de queixas respiratórias em indivíduos portadores de PCM forma pulmonar, evidenciou-se que, do total de pacientes, 77,5% apresentavam alterações radiográficas e apenas 57,5% possuíam clínica respiratória, evidenciando importante dissociação clinicoradiológica,<sup>8</sup> como observado no presente caso.

## CONCLUSÃO

Apesar da alta prevalência da doença, a paracoccidioidomicose pode apresentar-se de forma silenciosa, pois tanto a clínica quanto a radiologia podem ser frustras. Portanto, a presença de lesões cutâneas e mucosas são indicativos valiosos para possibilidade de doença pulmonar. Avaliação clínica cuidadosa nos principais órgãos-alvo da doença é necessária para determinação da gravidade.

**Tabela 1.** Resultados da busca sistematizada em bases de dados com os descritores em saúde (Decs) e Medical Subheadings (MeSH), realizada em 13 de fevereiro de 2015

Base de dados	Estratégia de busca	Artigos obtidos	Artigos relacionados
PubMed	Paracoccidioidomicose OR Paracoccidioidomycosis	865	25
Lilacs (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde)	Paracoccidioidomicose OR Paracoccidioidomycosis	1.754	7
Embase (Excerpta Medica Database)	Paracoccidioidomycosis	3	0

## REFERÊNCIAS

- Bellissimo-Rodrigues F, Machado AA, Martinez R. Paracoccidioidomycosis epidemiological features of a 1,000-cases series from a hyperendemic area on the southeast of Brazil. *Am J Trop Med Hyg.* 2011;85(3):546-50.
- Ambrósio AVA, Camelo CCS, Barbosa CV, et al. Paracoccidioidomicose (doença de Lutz-Splendore-Almeida) – manifestações clínicas [Paracoccidioidomycosis disease (Lutz-Splendore-Almeida) – clinical manifestations]. *Rev Med Minas Gerais.* 2014;24(1): 67-73.
- Ambrósio AVA, Camelo CCS, Barbosa CV, et al. Paracoccidioidomicose (doença de Lutz-Splendore-Almeida): propedêutica complementar, diagnóstico diferencial, controle de cura [Paracoccidioidomycosis disease (Lutz-Splendore-Almeida): Additional workup, differential diagnosis, cure control]. *Rev Med Minas Gerais.* 2014; 24(1):81-92.
- Marques SA. Paracoccidioidomicose: atualização epidemiológica, clínica, diagnóstica e terapêutica [Paracoccidioidomycosis: epidemiological, clinical, diagnostic and treatment up-dating]. *An Bras Dermatol.* 2013;88(5):700-11.
- Bagagli E, Theodoro RC, Bosco SM, McEwen JG. Paracoccidioides brasiliensis: phylogenetic and ecological aspects. *Mycopathologia.* 2008;165(4-5):197-207.
- Batista J Jr, de Camargo ZP, Fernandes GF, et al. Is the geographical origin of a Paracoccidioides brasiliensis isolate important for antigen production for regional diagnosis of paracoccidioidomycosis? *Mycoses.* 2010;53(2):176-80.
- Ortega-Loayza AG, Nguyen T. Blastomicose cutânea: um sinal de doença sistêmica [Cutaneous blastomycosis: a clue to a systemic disease]. *An Bras Dermatol.* 2013;88(2):287-9.
- Gomes E, Wingeter MA, Svidzinski TIE. Dissociação clínico-radiológica nas manifestações pulmonares da paracoccidioidomicose [Clinical-radiological dissociation in lung manifestations of paracoccidioidomycosis]. *Rev Soc Bras Med Trop.* 2008;41(5):454-8.