

Paracoccidioidomicose subaguda abdominal em paciente adulto imunocompetente. Relato de caso*

Abdominal subacute paracoccidioidomycosis in an immunocompetent adult patient. Case report

Cristiane Marcos Soares Dias Ferreira¹, Nice Guimarães de Oliveira Souza², Flaviane Maria Tostes², Bruna Damásio Moutinho³, Natália Nolasco Segheto⁴

*Recebido do Hospital Regional João Penido, Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG). Juiz de Fora, MG.

RESUMO

JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS: A paracoccidioidomicose é uma doença fúngica, granulomatosa crônica, que acomete principalmente os pulmões, o sistema linfático e a pele. Pode ser dividida nas formas aguda e subaguda, que ocorre principalmente em crianças e acomete preferencialmente pele e sistema linfático e, crônica que ocorre principalmente em adultos, particularmente no pulmão. O objetivo deste estudo foi apresentar a manifestação da paracoccidioidomicose subaguda em adulto jovem imunocompetente.

RELATO DO CASO: Paciente do sexo feminino, 29 anos, internada para investigação de dor abdominal, sendo diagnosticada paracoccidioidomicose subaguda. Apresentou colestase intra-hepática, devido à linfadenomegalia intra-abdominal. Evoluiu sem complicações após tratamento instituído.

CONCLUSÃO: O caso relatado reflete uma manifestação incomum, em adulto jovem, residente em zona urbana, das formas aguda e subaguda de paracoccidioidomicose, com acometimento linfonodal profundo intra-abdominal causando colestase intra-hepática, icterícia e anemia.

Descritores: Paracoccidioidomicose, Paracoccidioides.

SUMMARY

BACKGROUND AND OBJECTIVES: Paracoccidioidomycosis is a chronic, fungal, granulomatous disease, which mainly affects the lungs, lymphatic system and skin. It can be divided into acute and subacute, occurring primarily in children and affecting mainly the skin and lymphatic system, and chronic, occurring primarily in adults and affecting mainly the lungs. This report describes the manifestation of subacute paracoccidioidomycosis in an immunocompetent young adult.

CASE REPORT: Female patient, 29 year-old, immunocompetent, hospitalized with abdominal pain, was diagnosed with subacute paracoccidioidomycosis. She showed intrahepatic cholestasis due to intra-abdominal lymphadenopathy. She presented uneventful recovery after treatment.

CONCLUSION: This case reflects an unusual manifestation in young adults living in urban areas of the subacute/acute paracoccidioidomycosis, with deep intra-abdominal lymphadenopathy causing intrahepatic cholestasis, jaundice and anemia. There was improvement after treatment.

Keywords: Paracoccidioidomycosis, Paracoccidioides.

INTRODUÇÃO

A paracoccidioidomicose (PCM) ou doença de Lutz-Almeida-Splendore, foi descrita em 1909 por Adolfo Lutz^{1,2}.

A PCM é uma micose sistêmica, de caráter granulomatoso e progressão insidiosa. É causada pelo fungo termodimórfico *Paracoccidioides brasiliensis*, saprófita de plantas e do solo. Seus conídios podem ser inalados pelo trato respiratório superior, e sua forma leveduriforme, parasitária, pode acometer qualquer área orgânica como pulmões, linfonodos, suprarrenais, ossos, sistema nervoso central e tubo digestivo, sendo os pulmões e as vias aéreas superiores os locais mais comumente afetados¹⁻³.

O acometimento ocorre, principalmente, no sexo masculino (90%) e a faixa etária mais afetada situa-se entre 30 e 50 anos e está relacionado à área rural^{3,4}.

É uma das micoses mais importantes da América Latina, sendo mais prevalente no Brasil, Colômbia, Venezuela e Argentina. No Brasil, a maior parte dos casos tem ocorrido nas regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste e apresenta distribuição heterogênea, havendo áreas de baixas e altas endemicidades. A doença é um im-

1. Médica Infectologista do Hospital Regional João Penido, Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG). Juiz de Fora, MG, Brasil.

2. Médica Residente do serviço de Clínica Médica do Hospital Regional João Penido, Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG). Juiz de Fora, MG, Brasil.

3. Acadêmica do Estágio de Aplicação da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF). Juiz de Fora, MG, Brasil.

4. Acadêmica do Estágio de Aplicação da Faculdade de Medicina da Universidade Presidente Antônio Carlos (UNIPAC). Juiz de Fora, MG, Brasil.

Apresentado em 04 de julho de 2012.

Aceito para publicação em 24 de abril de 2013.

Endereço para correspondência:

Natália Nolasco Segheto

Rua Sargento Cunha, 540/205 – Bandeirantes

36047-010 Juiz de Fora, MG.

Fone: (32) 9903-1022

E-mail: nataliasegh@hotmail.com

portante problema de saúde pública, uma vez que apresenta alto potencial incapacitante e provocar mortes¹⁻³.

As formas clínicas podem ser classificadas, de modo geral, em aguda e subaguda (juvenil) e crônica. A primeira é responsável por 3% a 5% dos casos da doença e predomina em crianças e adolescentes, sendo menos comum em adultos jovens até 35 anos. Já a forma crônica, responde por mais de 90% dos pacientes e é mais comum em adultos³.

A forma juvenil acomete igualmente os sexos feminino e masculino, apresenta evolução mais rápida e as principais manifestações desta forma de micose, em ordem de frequência são, linfadenomegalias superficiais e profundas, podendo ter conteúdo necrótico com potencial supurativo, manifestações digestivas, hepatoesplenomegalia, envolvimento osteoarticular, lesões cutâneas, além de febre, emagrecimento e anemia. Sendo assim o exame clínico e físico do paciente com a forma aguda deve ser dirigido à pesquisa do envolvimento de múltiplas cadeias de linfonodos e suas possíveis complicações como icterícia obstrutiva por compressão de colédoco, ascite, suboclusão ou oclusão intestinal (eventualmente também secundária a lesões de mucosa), diarreia com síndrome de má absorção e síndrome de compressão de veia cava⁴.

O objetivo deste estudo foi apresentar um caso da forma aguda/subaguda de PCM em adulto jovem que cursou com linfadenomegalia intra-abdominal e periaórtica evoluindo com colestase intra-hepática, icterícia e anemia.

RELATO DO CASO

Paciente do sexo feminino, 29 anos, negra, solteira, artista plástica, natural de Porciúncula, RJ; residente na zona urbana de Juiz de Fora, MG, há 15 anos. A paciente procurou atendimento no Hospital Regional João Penido (FHEMIG), devido a dor intensa no andar superior do abdômen, iniciada há 10 dias, sem fator desencadeante. Relata constipação intestinal há 7 dias e perda ponderal de 10 kg desde o início dos sintomas. Nega febre. Ao exame físico encontrava-se em bom estado geral, corada, hidratada, acianótica, anictérica, eupnéica e afebril. Aparelho cardiovascular e campos pleuropulmonares sem alterações. Abdômen com ruídos hidroaéreos presentes, flácido, pouco distendido, doloroso à palpação superficial e profunda no epigástrico e hipocôndrio direito, sem sinais de peritonite. Exames laboratoriais evidenciaram leucocitose global de 15000/mm³, sem desvio. A ultrassonografia (US) de abdômen total evidenciou imagem heterogênea, irregular, fixa, limitada em topografia em cabeça de pâncreas medindo aproximadamente 8,5 x 5,9 cm, ausência de linfonodos livres na cavidade abdominal. Realizou tomografia computadorizada (TC) de abdômen contrastado, que evidenciou vários linfonodos aumentados em cabeça de pâncreas, periaórticos e retroperitoneais. Durante todo período de internação, a paciente apresentava períodos de remissão e agudização da dor abdominal. Submetida à endoscopia digestiva alta que mostrou gastrite enantematosa antral e compressão extrínseca do bulbo duodenal impedindo a progressão do aparelho. Parecendo haver compressão no sentido anteroposterior. E à colangiorressonância foi evidenciada linfonodomegalia peripancreática e hilar com necrose central. As hipóteses diagnósticas do serviço de infectologia foram tuberculose disseminada,

paracoccidiodomicose juvenil, histioplasma, linfoma ou outras doenças proliferativas. Foram solicitados novos exames laboratoriais, sorologias e biópsia dos linfonodos profundos. Aos resultados, vírus da imunodeficiência humana negativo, histioplasma *capsulatum* sorologia negativa e imunodifusão dupla radial 1:4 (blastomicose sul americana). Foi realizada, videolaparoscopia diagnóstica, com exérese de linfonodos mesentérico e peripancreático, cujo resultado foi PCM. Iniciou-se a terapia com sulfametoxazol-trimetoprim 400 + 80 mg (SMZ + TMP). Três dias após o início do tratamento a paciente, evoluiu com intensa dor no andar superior do abdômen, principalmente no hipocôndrio direito, náuseas, vômitos, hiporexia. Ao exame estava hipocorada (++)/4+, icterícia (++)/4+, hidratada, eupnéica, afebril, sem linfonadenomegalias. Aparelho cardiovascular e pleuropulmonar sem alterações. Abdômen distendido, ruídos hidroaéreos presentes, doloroso à palpação superficial e profunda principalmente em hipocôndrio direito. Foi solicitada nova avaliação laboratorial cujo hemograma apresentava-se com hemácias 3.72 milhões/mm³, hemoglobina 9,4 g/dL, hematócrito 28,3%, leucócitos globais 13.500/mm³, segmentados 77%, FA 1728, GGT 1019 U/L, TGO 79 U/L, TGP 95 U/L, BT 4,6 mg/dL, BD 3,5 mg/dL, BI 1,1 mg/dL. Proteína total 7,8 g/dL, albumina 3,7 g/dL, globulina 5,1 g/dL. Radiografia de tórax, sem alterações. US de abdômen total evidenciou vesícula biliar de paredes espessadas e hiperecogênicas sobredistendidas além de esplenomegalia, evidenciando colestase intra-hepática causada por linfoadomegalias intra-abdominais formando massa de 7,21 cm, com área anecóica de 3,13 cm comprimindo o hilo hepático. Foi aumentada dose do SMZ + TMP. Após 12 dias da administração dos fármacos, a paciente apresentou melhora clínica e laboratorial com diminuição de bilirrubinas, transaminases, PCR e leucocitose. Após dois dias de remissão dos sintomas, recebeu alta hospitalar e foi referenciada para acompanhamento ambulatorial, mantendo antibiótico sulfamídico.

DISCUSSÃO

A PCM é uma doença de relevância epidemiológica na América Latina; porém, por não ser uma doença de notificação compulsória, não há dados precisos sobre sua incidência no Brasil. Devido à urbanização e a fatores ambientais a distribuição da doença tem-se alterado, evidenciando aumento da incidência nas regiões Centro-Oeste e Norte^{2,4,5}.

A forma aguda/subaguda (tipo juvenil) da micose é responsável por 3% a 10% dos casos da doença, predominando em crianças e adolescentes, mas podendo eventualmente acometer pacientes com até 35 anos de idade⁴. Essa forma caracteriza-se por apresentar evolução mais rápida que a forma crônica e o paciente geralmente procura atendimento médico em 4 a 12 semanas com envolvimento importante do estado geral, febre alta, perda de peso acentuada e comprometimento disseminado de órgãos do sistema linforreticular, com presença de adenomegalia e hepatoesplenomegalia, podendo também ocorrer manifestações digestivas, osteoarticulares e cutâneas^{4,6}. A hipertrofia de linfonodos mesentéricos pode levar a quadros de obstrução intestinal ou mesmo compressão do colédoco com prejuízo do fluxo biliar. Também pode contribuir para quadros de má ab-

sorção intestinal, piorando o estado nutricional e diminuindo absorção de fármacos administrados por via oral. Nesta forma da doença lesões mucosas estão raramente presentes e o achado de lesões pulmonares é bastante raro, podendo estar presente adenomegalias peri-hilares⁴.

No presente caso, a paciente apresentava achados compatíveis com a forma descrita e apesar de não ser uma apresentação muito comum em adultos, um estudo⁶ realizado no Mato Grosso do Sul também relatou casos da forma aguda/subaguda em adultos na 3ª década de vida. Neste estudo, as manifestações mais encontradas foram linfadenomegalias (95,4%), hepatomegalia (40%) e esplenomegalia (23,1%).

O padrão-ouro para o diagnóstico de PCM é o encontro de elementos fúngicos sugestivos de *Paracoccidioides brasiliensis* em exame a fresco de escarro ou outro espécime clínico (raspado de lesão, aspirado de linfonodos) ou fragmento de biópsia de órgãos supostamente acometidos^{3,4}.

De acordo com Shikanai-Yasuda e col.⁴, SMZ + TMP é a alternativa mais utilizada na terapêutica ambulatorial dos pacientes com PCM, já nas formas graves que necessitam de internação deve-se utilizar anfotericina B ou SMZ + TMP por via venosa. Normalmente o tratamento é de longa duração com o objetivo de controlar os sintomas clínicos e evitar recaídas. O tratamento e acompanhamento do paciente devem ser mantidos até obtenção dos critérios de cura com base nos parâmetros clínicos, radiológicos e sorológicos.

Apesar de a forma aguda/subaguda de PCM em mulheres na 3ª década de vida ser uma apresentação não usual, o médico deve estar preparado para reconhecer, tratar e acompanhar o paciente, de modo a evitar complicações e recaídas.

CONCLUSÃO

A apresentação da PCM na sua forma aguda/subaguda predomina em crianças e adolescentes, mas pode eventualmente acometer indivíduos com até 35 anos. Sua evolução é rápida e há comprometimento disseminado de órgãos do sistema linforreticular, com presença de adenomegalia e hepatoesplenomegalia. Esta micose é um importante problema de saúde pública e o reconhecimento das formas menos usuais é essencial para um tratamento adequado, evitando o alto potencial incapacitante e à quantidade de mortes prematuras que ela provoca.

REFERÊNCIAS

1. Fornajeiro N, Maluf, Gise MLFle Takahachi GM, et al. Inquérito epidemiológico sobre a paracoccidioidomicose utilizando a gp43 em dois municípios do noroeste do Paraná, Brasil. Rev Soc Bras Med Trop. 2005;38(2):191-3.
2. Costa MAB, Carvalho TN, Araújo Júnior CR, et al. Manifestações extrapulmonares da paracoccidioidomicose. Radiol Bras. 2005;38(1):45-52.
3. Wanke B, Aidé MA. Curso de atualização em micoses: paracoccidioidomicose. J Bras Pneumol. 2009;35(12):1245-9.
4. Shikanai-Yasuda MA, Telles Filho FQ, Mendes RP, et al. Consenso em paracoccidioidomicose. Rev Soc Bras Med Trop. 2006;39(3):297-310.
5. Marques SA Paracoccidioidomicose: atualização epidemiológica, clínica e terapêutica. An Bras Dermatol. 2003;78(2):135-50.
6. Paniago AMM, Aguiar JIA, Aguiar ES, 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(4):455-9.