

PARACOCCIDIOIDOMICOSE JUVENIL MIMETIZANDO SÍNDROME COLESTÁTICA - relato de caso

Bruno dos Santos Farnetano ^{a b *}

Cybelle Nunes Leão ^c

Glauber Sousa Mendes Mota ^c

Marília Medeiros Vitório Machareth ^c

Lêda Marília Fonseca Lucinda ^a

Renato Gomes Pereira ^a

Carlos Eduardo S. G. Cruz ^a

Cristiane Ferrari Vieira ^a

Luiz Felipe Lopes e Silva ^a

Elaine Teixeira Fernandes ^a

^aFaculdade Governador Ozanam Coelho – FAGOC/Ubá-MG

^bUniversidade Federal de Viçosa

^cResidente Clínica Médica Hospital Santa Isabel/Ubá-MG

RESUMO

INTRODUÇÃO: A paracoccidiodomicose é uma doença sistêmica causada pelo fungo *Paracoccidioides brasiliensis* que acomete principalmente indivíduos provenientes da zona rural. Frequentemente marcada por acometimento pulmonar e cutaneomucosa de vias aéreas superiores, é denominada “tipo adulto”; já uma forma mais rara, que acomete pacientes mais jovens e cursa com linfadenomegalia generalizada, síndrome consumptiva e hepatoesplenomegalia, é conhecida como “tipo juvenil”. **OBJETIVO:** O objetivo deste estudo é relatar um caso de paracoccidiodomicose que se apresentou de forma atípica como uma síndrome colestática em uma paciente adulta jovem e imunocompetente e exemplificar a importância do diagnóstico e tratamento precoce. **RELATO DO CASO:** Paciente do sexo feminino, 30 anos, com quadro de dor abdominal de início há 3 meses, perda ponderal de aproximadamente 10% de seu peso, colúria,



hipocolia fecal e linfadenopatia. Este relato de caso apresenta uma forma pouco comum de acometimento do fungo, uma síndrome colestática decorrente de uma compressão extrínseca do colédoco por linfonodos aumentados. **CONCLUSÃO:** A paracoccidiodomicose deve ser lembrada como diagnóstico diferencial de linfadenopatia generalizada, principalmente em pacientes provenientes da zona rural de regiões endêmicas. Diagnóstico precoce e tratamento logo instituídos tendem a diminuir a mortalidade da doença.

Palavras-chave: Paracoccidiodomicose. Síndrome colestática. Linfadenomegalia.

INTRODUÇÃO

A paracoccidiodomicose (PCM) é uma doença sistêmica causada pelo fungo *Paracoccidioides brasiliensis*. No Brasil, tem maior incidência em estados da região Sudeste, como Minas Gerais e São Paulo, acometendo principalmente indivíduos provenientes da zona rural (Martinez, 2015).

O fungo é adquirido principalmente por via inalatória, podendo acometer diversos órgãos e sistemas, explicando as diversas formas clínicas pelas quais a doença pode se apresentar. A contaminação por outras vias, como ferimentos cutâneos, é rara, apresentando pouca importância epidemiológica. A infecção geralmente ocorre nas duas primeiras décadas de vida, e as manifestações clínicas ocorrem entre a terceira e quinta décadas de vida (Vermelho,

* E-mail: brunofarnetano@yahoo.com.br

2015; Marques, 2013).

O objetivo deste estudo foi relatar um caso de paracoccidioidomicose que se apresentou sob a forma de uma síndrome colestática em uma paciente adulta jovem e imunocompetente, a fim de alertar para a possibilidade do diagnóstico dessa micose sistêmica em quadros sindrômicos atípicos de apresentação, mantendo grau de suspeição diagnóstica principalmente para pacientes provindos da zona rural das áreas endêmicas que cursam com linfadenopatia generalizada.

RELATO DO CASO

M.A.R.M., 30 anos, sexo feminino, solteira, brasileira, natural e residente da zona rural de Presidente Bernardes-MG, lavradora. A paciente procurou o serviço de clínica médica do Hospital Santa Isabel, em Ubá, em junho de 2016, por apresentar quadro de dor abdominal de início havia 3 meses, com piora após ingestão alimentar, perda ponderal de aproximadamente 10% de seu peso, colúria e hipocolia fecal. Negava náuseas, vômitos; relatava febre não aferida.

Ao exame físico, apresentava-se normocorada, acianótica, ictérica 2+/4+, emagrecida, eupneica, afebril com linfadenopatia cervical esquerda. Aparelho cardiovascular: ritmo cardíaco regular em 2 tempos, bulhas normofonéticas, sem sopros. Aparelho respiratório: murmúrio vesicular audível universalmente, sem ruídos adventícios. Abdome: flácido, peristáltico, timpânico; doloroso a palpação profunda em hipocôndrio direito.

A paciente portava uma ultrassonografia (US) de abdome total que evidenciava dilatação de colédoco com conteúdo provável de lama biliar por estase e múltiplas linfonodomegalias peripancreáticas e periesplênicas que determinavam a compressão extrínseca sobre o colédoco, condicionando as alterações descritas. Prosseguiu-se então a investigação com exames laboratoriais que resultaram com aumento de bilirrubinas, fosfatase alcalina, gama glutamil

transferase, TGO e TGP; sem sinais de infecção, sem aumento de células brancas, com aumento eosinófilos e anemia normocrômica e normocítica. A paciente foi submetida, então, a uma colangioressonância, que evidenciou inúmeras linfonodomegalias abdominais.

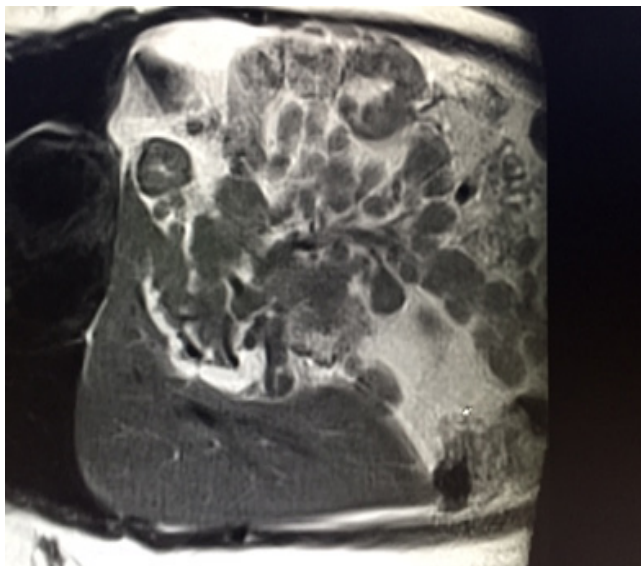


Figura 1 - Imagem de Ressonância Magnética no plano coronal na sequência ponderada em T2. Múltiplos linfonodos e linfonodomegalias mesentéricas, peri-pancreáticas e no hilo hepático

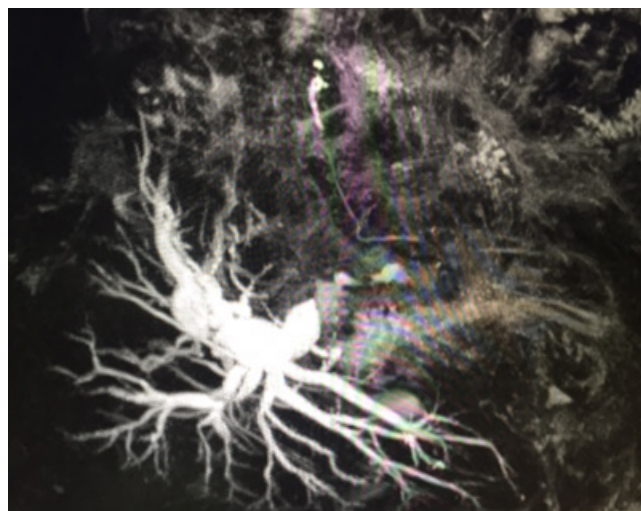


Figura 2 - Reformatação volumétrica MPR de estudo de colangioressonância, mostrando dilatação das vias biliares intra e extra-hepáticas por compressão extrínseca consequente às linfonodomegalias em hilo hepático

A hipótese diagnóstica principal foi de síndrome colestática, por compressão extrínseca de colédoco, por provável linfoma.

Resultado histopatológico de exérese de um linfonodo cervical cujo evidenciou linfadenite granulomatosa, notando-se em meio aos granulomas estruturas arredondadas e refringentes compatíveis com infecção fúngica por paracoccidioidomicose.

A paciente recebeu alta para seguimento ambulatorial com infectologista. Iniciado o tratamento com Sulfametoxazol + Trimetoprin, apresentou boa resposta clínica.

DISCUSSÃO

Mais comum na zona rural de estados da região Sudeste, estudos apontam uma incidência estimada em cerca de 1 a 3 casos/100.000 habitantes na população brasileira. (Martinez, 2015). Há relatos de PCM na cidade de Ubá, entretanto não houve referência à doença manifestando-se como uma síndrome colestática decorrente de uma compressão extrínseca do colédoco por linfonodos aumentados.

Destacam-se duas formas principais de apresentação clínica. Uma forma mais frequente marcada por acometimento pulmonar e cutaneomucoso associado a linfadenopatia, conhecido como “tipo adulto” e uma forma mais rara que acomete pacientes mais jovens e cursa com linfadenomegalia gereneralizada e hepatoesplenomegalia, conhecida como “tipo juvenil” (Palmeiro; Cherubini; Yurgel, 2005; Colares, 1998).

A hipertrofia de linfonodos mesentéricos pode levar a quadros de obstrução intestinal e a compressão do colédoco com prejuízo do fluxo biliar. Também pode contribuir para quadros de má absorção intestinal, piorando o estado nutricional (Wanke; Aidê, 2009).

Há relatos de 3 casos de enteropatia perdedora de proteína em pacientes com PCM em que o infarto de nódulos linfáticos observados em intestino grosso e delgado estabeleceu a enteropatia exsudativa (Berni, 2010).

O relato de caso apresenta uma

síndrome colestática decorrente de uma compressão extrínseca do colédoco por linfonodos aumentados. Além de um aumento de bilirrubinas principalmente em sua fração direta, e das enzimas canaliculares (fosfatase alcalina e gama glutamil transpeptidase) configurando a síndrome icterica de causa colestática, a paciente apresentou resultado de USG abdominal, além da colangioressonancia realizada em âmbito hospitalar, mostrando múltiplas linfadenomegalias periesplênicas e peripancreáticas, que levantaram a hipótese de um linfoma.

Herrman et al. (2015) relatam apresentação atípica da PCM juvenil em uma mulher adulta que dificultou o diagnóstico imediato do caso, uma vez que o perfil clínico do relatado era semelhante a leucemia.

A pesquisa de elementos do *Paracoccidioides brasiliensis* no espécime clínico constitui-se no padrão ouro para diagnóstico da micose, assim como a biópsia com estudo histopatológico da lesão (Marques, 2013), tendo sido este último o procedimento realizado (Ruiz et al., 2015).

Shikanai-Yasuda et al. (2006) relatam que o tratamento com sulfametoxazol (SMZ) + trimetoprin (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 o acompanhamento do paciente devem ser mantidos até a obtenção dos critérios de cura com base nos parâmetros clínicos, radiológicos e sorológicos.

A paciente segue em acompanhamento ambulatorial pelo serviço de infectologia em uso de Sulfametoxazol-Trimetoprin, conforme relatado acima, com boa resposta clínica, com programação de repetir imagem de acordo com solicitação de médico assistente.

CONCLUSÃO

O caso exemplifica a importância de se manter um alto nível de suspeição diagnóstica para PCM em pacientes jovens, provenientes da zona rural de regiões endêmicas que se apresentam com linfadenopatia generalizada e queixas sistêmicas como perda ponderal e mal-estar de evolução insidiosa.

Feito o diagnóstico, pode-se diminuir a morbimortalidade com o início do tratamento, definindo a importância do diagnóstico diferencial mesmo em regiões não endêmicas. A notificação compulsória, se fosse realizada, ajudaria a conhecer o real comportamento epidemiológico da paracoccidioidomicose.

REFERÊNCIAS

Artazcoz L, Cortès I, Borrell C, Escribà-Aguir V, Cascant L. Social inequalities in the association between partner/marital status and health among workers in Spain. *Soc Sci Med*, fev, 2011; 72(4): 600-7.

Berni MDA. Protein-losing enteropathy in paracoccidioidomycosis identified by scintigraphy: report of three cases. *Braz J Infect Dis*, set/out 2010; 14(5):540-3.

Colares SM, Marcantonio S, Zambonato S, Severo LC. Paracoccidioidomicose aguda/subaguda disseminada. Primeiro caso no Rio Grande do Sul. *Rev. Soc. Bras. Med. Trop*, nov/dez, 1998;31(6):563-7.

Herrmann MC, Loth EA, Santos JHFF, Bredt CSO, Cunha Junior AD. Paracoccidioidomicose medular como diagnóstico diferencial de leucemia. *Rev Panam Infectol.*, 2015; 17(3):153-156.

Marques SA. Paracoccidioidomycosis: epidemiological, clinical, diagnostic and treatment up dating. *An. Bras. Dermatol.*, set/out, 2013, 88(5): 700-11.

Martinez R. Epidemiology of Paracoccidioidomycosis. *Rev. Inst. Med. trop.*, set 2015; 57(supl.19): 11-20.

Palmeiro M, Cherubini K, Yurgel LSI. Paracoccidioidomicose – Revisão da Literatura. *Scientia Médica*, out/dez, 2005;15(4):274-8.

Rodrigues GS, Severo CB, Oliveira FM, Moreira JS, Prola JC, Severo LC. Associação entre paracoccidioidomicose e câncer. *J. bras. pneumol.*, aio/jun 2010, 36(3):356-62.

Ruiz R, Yasuda LS, Mendes AG. *Mycopathologia*. 2015. 179: 285.

Shikanai-Yasuda MA, Telles Filho FQ, Mendes RP, Colombo

AL, Moretti ML, et al. Consenso em paracoccidioidomicose. *Rev. Soc. Bras. Med. Trop*, maio/jun, 2006; 39(3):297-310.

Vermelho MBF, Correia AS, Michailowsky TCA, Suzart EKK, Ibanês AS, Almeida LA, et al. Abdominal alterations in disseminated paracoccidioidomycosis: computed tomography findings. *Radiol Bras*, mar/abr, 2015, 48(2):81-85.

Wanke B, Aidê MA. Curso de atualização em micoses: paracoccidioidomicose. *J Bras Pneumol*. 2009;35(12):1245-1249