

Caso Clínico

Paracoccidioidomicose: Lesão secundária em cavidade oral



Lia Kobayashi Oliveira^a, Henrique Hadad^a, Ana Flávia Piquera Santos^a,
Ana Lia Anbinder^b, Flávia Moraes Gennari Pinheiro^c, Francisley Ávila Souza^a

^a Departamento de Cirurgia e Clínica Integrada da Universidade Estadual Paulista (UNESP), Faculdade de Odontologia, Araçatuba, São Paulo, Brasil

^b Departamento de Biociências e Diagnóstico Bucal da Universidade Estadual Paulista (UNESP), Instituto de Ciência e Tecnologia, São José dos Campos, São Paulo, Brasil

^c Prática Particular, Jundiá, São Paulo, Brasil

INFORMAÇÃO SOBRE O ARTIGO

Historial do artigo:

Recebido a 11 de julho de 2019

Aceite a 27 de setembro de 2019

On-line a 5 de novembro de 2019

Palavras-chave:

Diagnóstico

Manifestações bucais

Paracoccidioides

Paracoccidioidomicose

R E S U M O

A paracoccidioidomicose é uma infecção causada pelo fungo dimórfico *Paracoccidioides brasiliensis*, endêmico na América Latina, principalmente no Brasil. A via primária da infecção é o pulmão, por inalação dos esporos do fungo. Para a disseminação linfo-hematogénica, a infecção atinge a mucosa oral e o sulco gengival. Este trabalho tem como objetivo apresentar um caso de paciente do sexo feminino sem alterações sistémicas ou hábitos deletérios, com manifestações bucais generalizadas, na qual foi submetida ao tratamento clínico da paracoccidioidomicose, levando à regressão dos sintomas em dois meses de controlo clínico. Diante do caso clínico apresentado, pode concluir-se que é fundamental o papel do médico-dentista no diagnóstico da paracoccidioidomicose. (Rev Port Estomatol Med Dent Cir Maxilofac. 2019;60(3):150-153)

© 2019 Sociedade Portuguesa de Estomatologia e Medicina Dentária.

Publicado por SPEMD. Este é um artigo Open Access sob uma licença CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

* Autor correspondente.

Correio eletrónico: lia.kobayashi@unesp.br (Lia Kobayashi Oliveira).

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2019.11.464>

1646-2890/© 2019 Sociedade Portuguesa de Estomatologia e Medicina Dentária. Published by SPEMD.

This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Paracoccidioidomycosis: Secondary injury in oral cavity

A B S T R A C T

Keywords:

Diagnosis
Oral manifestations
Paracoccidioides
Paracoccidioidomycosis

Paracoccidioidomycosis is a mycosis caused by the dimorphic fungus *Paracoccidioides brasiliensis*, which is endemic in Latin America, mainly in Brazil. The primary route of infection is the lung, by inhalation of the fungus spores. In the lympho-hematogenous dissemination, the infection reaches the oral mucosa and the gingival sulcus. This paper aims to present a case of a female patient, without systemic changes or deleterious habits, who had widespread oral manifestations of paracoccidioidomycosis that were treated with appropriate therapy and showed regression of the symptoms in two months of clinical control. Based on the clinical case presented, it may be concluded that the role of the dentist is fundamental in the diagnosis of the paracoccidioidomycosis. (Rev Port Estomatol Med Dent Cir Maxilofac. 2019;60(3):150-153)

© 2019 Sociedade Portuguesa de Estomatologia e Medicina Dentária.

Published by SPEMD. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introdução

A paracoccidioidomicose é uma infecção fúngica sistêmica em que o seu agente etiológico é o fungo dimórfico *Paracoccidioides brasiliensis*. Sua distribuição geográfica é limitada à América Latina, do México à Argentina.¹ Essa doença afeta principalmente os trabalhadores adultos rurais, homens, em contato com a vegetação e o solo, no período mais produtivo de suas vidas, o que tem repercussão econômica para eles.^{1,2,3}

As manifestações clínicas são o envolvimento dos pulmões e de outros órgãos e sistemas, especialmente a mucosa oral e a pele.^{1,2,4} Lesões bucais são ulcerações com aparência moriforme, que geralmente afeta a mucosa alveolar, gengiva e palato. Numa percentagem significativa dos casos, os lábios, a orofaringe e a mucosa jugal também estão envolvidos.^{5,6}

A tomografia computadorizada revela linfonodos ou infiltrados pulmonares, presença de hepatoesplenomegalia, entre outros aspectos.^{1,7} Histologicamente, a avaliação microscópica do tecido de uma lesão oral pode revelar hiperplasia pseudoepteliomatosa, além de ulceração superficial do epitélio de revestimento. Os microrganismos mostram frequentemente múltiplos rebentos presos à célula-mãe.⁷

O diagnóstico baseia-se na identificação de *Paracoccidioides brasiliensis* em amostras clínicas ou de tecidos. Dentre os exames laboratoriais que podem ser necessários para o correto diagnóstico da paracoccidioidomicose estão o exame clínico direto, utilizando hidróxido de potássio a 10% em amostra de esfregaço, exame histológico de amostra de tecido utilizando metenamina de prata ou ácido periódico de Schiff, cultura em ágar Sabouraud e testes de sorologia.²

Muitos medicamentos estão disponíveis para o tratamento de paracoccidioidomicose, como sulfonamidas e derivados azólicos (Itraconazol e Fluconazol e Fluconazol, principalmente).³ O uso desses medicamentos depende da situação isolada e da gravidade da doença. Após a cessação do tratamento, quando os critérios de cura são satisfatórios (cura completa

das lesões, involução da linfadenopatia, recuperação do peso e desaparecimento de sinais e sintomas não específicos – febre, anorexia e prostração), os pacientes devem ser monitorados uma ou duas vezes ao ano e testes sorológicos.⁴ Além disso, vale ressaltar que a imunoterapia com antígenos fúngicos para estimular a resposta imune celular e a quimioterapia estão entre os estudos atuais que visam tratamentos efetivos de menor duração, menores riscos de sequelas e recidiva da doença em futuro próximo.⁵

Assim, tendo em vista a relevância do tema, este trabalho tem como objetivo apresentar aspectos relacionados ao diagnóstico, planejamento e orientação da paracoccidioidomicose, por meio de relato de caso clínico.

Caso clínico

Paciente do sexo feminino, 39 anos, procurou atendimento na Faculdade de Odontologia de Araçatuba – Unesp, disciplina de cirurgia e traumatologia bucomaxilofacial, relatando dor e sangramento na cavidade oral, com duração aproximada de 1 mês. Nos questionários de anamnese, a doente negou quaisquer alterações sistêmicas, discrasia sanguínea, alergias, hábitos ou vícios, como tabagismo ou alcoolismo, e negou trabalhar ou morar em áreas rurais.

No exame extraoral observou-se simetria facial, normocorada, hidratada, eupnéica, acianótica e afebril. No exame intraoral, edentulismo parcial superior, com lesões eritematosas com aspecto moriforme ao redor da crista alveolar superior, envolvendo o palato duro e o mole. Alguns pontos de sangramento espontâneo foram anotados à esquerda (Figura 1).

Foi solicitado exame radiográfico panorâmico e pulmonar, nas incidências anteroposterior e lateral. Na radiografia do pulmão, imagens radiopacas semelhantes ao algodão, disseminadas pelo parênquima pulmonar (Figura 2).

Diante das características clínicas, foi realizada biópsia incisional das lesões orais e sorologia para blastomicose.

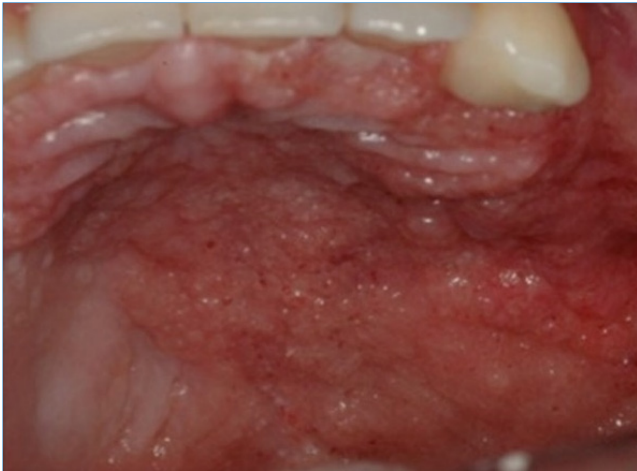


Figura 1. Aparência clínica inicial – intraoral. Lesões eritematosas com aparência moriforme e hemorragia espontânea no rebordo alveolar superior.

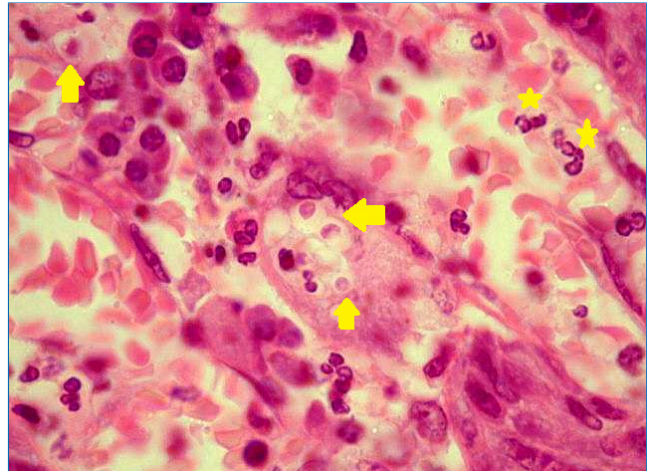


Figura 4. Inflamação granulomatosa e presença de fungo Paracoccidioides (seta) e neutrófilos (estrela).



Figura 2. Radiografia de tórax: Observa-se a presença de imagens radiopacas com aspectos de flocos de algodão.



Figura 5. Aspeto clínico após 2 meses de tratamento medicamentoso, evidenciando regressão de lesões moriformes, em que a mucosa do palato mole e mole estava normocorada e sem sangramento.

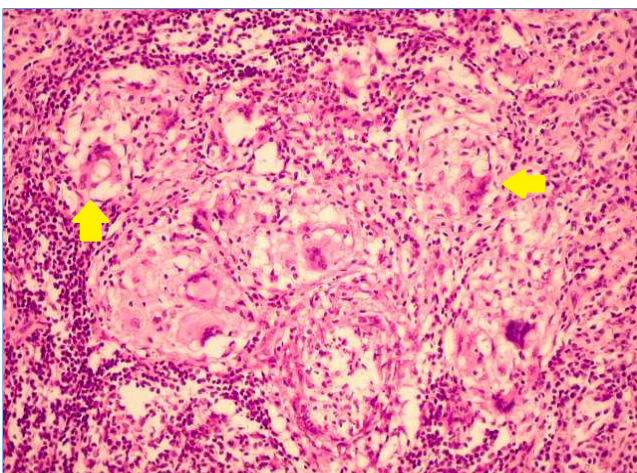


Figura 3. Intensa exocitose neutrofílica e eosinofílica, formação de granulomas (seta), células gigantes multinucleadas de Langhans.

A análise histopatológica de Grocott-Gomori foi positiva, indicando a presença de fungos, com Paracoccidioidomicosis brasiliensis. Secções microscópicas revelaram fragmento de mucosa revestida com epitélio estratificado hiperparaqueratinizado evidenciando hiperplasia pseudoepiteliomatosa e granulomas pouco evidentes, células gigantes multinucleadas de Langhans e linfócitos (Figura 3), intensa exocitose neutrofílica no epitélio hiperplásico, além da presença do fungo Paracoccidioides brasiliensis (Figura 4). A sorologia para blastomicose mostrou-se não reativa, comprovando o diagnóstico em Paracoccidioidomicose.

O tratamento clínico com Sulfametoxazol 400 mg e trimetoprim 80 mg por via oral, sendo 3 comprimidos a cada 12 horas durante 4 meses de forma contínua, e a regressão dos sintomas foi observada nos primeiros 2 meses, tanto na clínica oral (Figura 5) como na radiografia pulmonar. O tratamento sistêmico foi realizado e prescrito pelo médico infectologista, o profissional capacitado para realizar tal tratamento. No entanto, o cirurgião bucomaxilofacial diagnosticou e acompanhou as etapas do tratamento sistêmico.

Discussão e Conclusões

Segundo a literatura, a maior prevalência de casos de paracoccidioidomicose ocorre no sexo masculino, com uma proporção de 30:1, com uma média de idade de envolvimento de 40 anos de idade, principalmente em agricultores. Este relato de caso clínico não coincide com os achados da literatura, em que o paciente é do sexo feminino e negou durante a anamnese qualquer experiência ou trabalho em meio rural.^{1,2}

As lesões intrabucais apresentaram aspeto moriforme, com ulcerações e granulomatoses, sendo o local de maior incidência na região dos lábios seguido da orofaringe e palato duro. Também pudemos observar o edentulismo superior parcial, com evidência de lesões eritematosas moriformes ao redor da crista alveolar superior, envolvendo o palato duro e o mole. Alguns pontos, principalmente na crista alveolar desdentada do lado esquerdo, apresentaram hemorragia espontânea, corroborando os resultados de um estudo anterior,⁵ segundo o qual, as lesões na boca apresentam uma casuística importante, especialmente no palato, gengiva e regiões da língua.

Após uma biópsia incisional das lesões orais, a análise histopatológica, através da coloração de Grocott-Gomori, foi positiva para a presença de fungos, com Paracoccidioidosis brasiliensis. A sorologia para blastomicose mostrou-se não reativa, comprovando o diagnóstico de Paracoccidioidomicose.⁶

Portanto, os medicamentos de prescrição foram iniciados com Sulfamethoxazole 400 mg e trimetoprim 80 mg por via oral, com 3 comprimidos a cada 12 horas. Esta combinação é uma combinação de drogas, com sulfametoxazol no grupo sulfonamida e trimetoprima no grupo pirimidina. Essa associação é uma solução útil para as formas clínicas leves e moderadas da paracoccidioidomicose.² Esses dois componentes ativos atuam sinergicamente pelo bloqueio sequencial de duas enzimas que catalisam estágios sucessivos da biossíntese de ácido folínico no microrganismo. As substâncias individuais são apenas fungistáticas.

Além disso, muitas vezes são eficazes contra organismos resistentes a um de seus dois componentes. Sinergicamente a essas informações, a medicação oral (sulfametoxazol + trimetoprim) foi prescrita por 4 meses de forma contínua, e a regressão sintomatológica foi observada nos 2 primeiros meses, tanto nos aspetos clínicos orais como na radiografia pulmonar de nosso paciente.

Tal patologia tem grande interesse odontológico, uma vez que existem inúmeras manifestações clínicas orais dessa doença e, em casos raros; eles são o ponto de partida para o diagnóstico. Com base no presente relato de caso clínico, pode concluir-se que é fundamental o papel do médico dentista no diagnóstico da paracoccidioidomicose, uma vez que os pacientes procuram atendimento devido às manifestações bucais antes do início das manifestações sistêmicas, tornando o prognóstico da doença favorável e não acarretando prejuízos ao paciente.

Responsabilidades éticas

Proteção de pessoas e animais. Os autores declaram que para esta investigação não se realizaram experiências em seres humanos e/ou animais.

Confidencialidade dos dados. Os autores declaram que não aparecem dados de pacientes neste artigo.

Direito à privacidade e consentimento escrito. Os autores declaram ter recebido consentimento escrito dos pacientes e/ou sujeitos mencionados no artigo. O autor para correspondência está na posse deste documento.

Conflito de interesses

Os autores declaram não haver conflito de interesses.

REFERÊNCIAS

1. Hahn RC, Rodrigues AM, Della Terra PP, Nery AF, Hoffmann-Santos HD, Góis HM, et al. Clinical and epidemiological features of paracoccidioidomycosis due to *Paracoccidioides lutzii*. *PLoS Negl Trop Dis*. 2019;13:e0007437.
2. Welsh O, Arenas R. Systemic mycoses. *Clin Dermatol*. 2012; 30:563-4.
3. Ikuta CRS, Neto VT, Imada TSN, Lima HG, Lara VS, Santos PSS. Paracoccidioidomicose crônica: características intraorais em um relato de caso clínico. *Rev Port Estomatol Med Dent Cir Maxilofac*. 2015;56:246-50.
4. Palheta-Neto FX, Moreira JS, Martins ACC, Cruz FJ, Gomes ER, Pezzin- Palheta AC. Estudo de 26 casos de Paracoccidioidomicose avaliados no Serviço de Otorrinolaringologia da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). *Rev Bras Otorrinolaringol*. 2003;69:622-7.
5. Azenha MR, Caliento R, Brentegani RG, Lacerda SA. A Retrospective Study of Oral Manifestations in Patients with Paracoccidioidomycosis. *Braz Dent J*. 2012;23:753-7.
6. Bisinelli JC, Telles FQ, Sobrinho JÁ, Rapoport A. Manifestações estomatológicas da paracoccidioidomicose. *Rev Bras Otorrinolaringol*. 2001;67:683-7.
7. Armas M, Ruivo C, Alves R, Gonçalves M, Teixeira L. Paracoccidioidomicose pulmonar: relato de caso clínico com alterações na tomografia computadorizada de alta resolução. *Rev Port Pneumol*. 2012;18:190-3.