

Paracoccidioidomicose em lesão bucal crônica: relato de caso

Paracoccidioidomycosis in chronic oral injury: case report

DOI:10.34117/bjdv7n8-542

Recebimento dos originais: 24/07/2021

Aceitação para publicação: 24/08/2021

Thais Lira Silva

Graduando em Odontologia pelo Centro Universitário Cesmac
Instituição: Centro Universitário Cesmac – Campus I
Endereço: Rua Cônego Machado, nº 918 – Farol, Maceió – AL, Brasil
E-mail: cd.thaislira2021@gmail.com

Wharla Naylla Peixoto de Carvalho

Graduanda em Odontologia pelo Centro Universitário Cesmac
Instituição: Centro Universitário Cesmac – Campus I
Endereço: Rua Cônego Machado, nº 918 – Farol, Maceió – AL, Brasil
E-mail: wharla_naylla@hotmail.com

Aurea Valéria de Melo Franco

Mestre em Radiologia e Imaginologia Odontológica e Professora do Centro
Universitário Cesmac
Instituição: Centro Universitário Cesmac – Campus I
Endereço: Rua Cônego Machado, nº 918 – Farol, Maceió – AL, Brasil email:
E-mail: aureavaleriamelo@hotmail.com

Camila Maria Beder Ribeiro Girish Panjwani

PhD em Estomatopatologia, FOP-UNICAMP e Professora Professora do Centro
Universitário Cesmac / Universidade Federal de Alagoas-UFAL
Instituição: Centro Universitário Cesmac
Endereço: Rua Cônego Machado, nº 918 – Farol, Maceió – AL, Brasil
E-mail: camilabeder@hotmail.com

Antônio Luiz Soares Moura Rezende Filho

Especialista em Infectologia
Instituição: Hospital Universitário Prof. Alberto Antunes
Endereço: Av. Lourival Melo Mota S/N - Cidade Universitária Maceió – AL, Brasil
E-mail: alsmrf@hotmail.com

Catarina Rodrigues Rosa de Oliveira

Mestre em Radiologia e Imaginologia Odontológica e Professora do Centro
Universitário Cesmac
Instituição: Centro Universitário Cesmac – Campus I
Endereço: Rua Cônego Machado, nº 918 – Farol, Maceió – AL, Brasil
E-mail: catarinarosaodonto@hotmail.com

RESUMO

A paracoccidioidomicose é uma micose sistêmica causada por um fungo dimórfico *Paracoccidioides brasiliensis*. O objetivo deste estudo foi relatar um caso clínico de paracoccidioidomicose, de uma mulher, 62 anos de idade, feoderma, com história social de uso de tabaco por 40 anos, onde procurou atendimento odontológico para tratamento de uma lesão em cavidade bucal com evolução de 31 anos com diagnóstico definitivo de paracoccidioidomicose. Sendo encaminhada para um centro de referência de doenças tropicais onde o tratamento foi realizado por um ano, verificando cicatrização regressa da lesão e sendo orientado a retornar ao serviço para consulta de proervação.

Palavras-Chave: Paracoccidioidomicose, Diagnóstico, Tratamento.

ABSTRACT

Paracoccidioidomycosis is a systemic mycosis caused by a dimorphic fungus *Paracoccidioides brasiliensis*. The aim of this study was to report a clinical case of paracoccidioidomycosis in a 62-year-old woman, pheoderm, with a social history of tobacco use for 40 years, where she sought dental care for treatment of a lesion in the oral cavity with an evolution of 31 years with a definitive diagnosis of paracoccidioidomycosis. Being referred to a reference center for tropical diseases where the treatment was carried out for one year, checking the healing of the lesion and being instructed to return to the service for a follow-up appointment.

Keywords: Paracoccidioidomycosis, Diagnosis, Treatment.

1 INTRODUÇÃO

A paracoccidioidomicose (PCM) é uma micose sistêmica causada por um fungo dimórfico *Paracoccidioides brasiliensis* (P.b) (MUNIZ et al., 2002; ALMEIDA et al., 2003; PALMEIRO et al., 2005; RAMOS et al. 2008; WANKE AIDÊ, 2009). Sendo endêmica nos países latinos americanos, como o Brasil, Colômbia e Venezuela (BLOTTA et al. 1999). No Brasil possui o maior número de casos descritos de PCM (DE GÓES, et al., 2014; OLIVEIRA, et al.,2018).

Os grupos étnicos raciais apresentam a mesma vulnerabilidade à infecção, sendo mais frequente a terceira e a quinta década de vida (SOUZA et.al.,2014), e mais de 90% dos casos são do sexo masculino (SOUZA et al., 2019). Tensido explicada a diferença por sexo pela presença de receptores de estrógeno no P.b capazes de inibir a transformação da fase micelial infectante para fase leveduriforme parasitária (RUBIN e FABER, 2002). No entanto, existem fatores que provocam a manifestação clínica, como o alcoolismo e desnutrição (MARTINEZ, 1996). Foi levantado em uma revisão da literatura, onde não encontraram qualquer estudo controlado associando o tabaco com a PCM (SANTOS WA et al. 2003). Sendo que a maioria destes casos, acontecem em

indivíduos que, por sua ocupação, tem vivencia direta com vegetais e a terra, principalmente agricultores rurais, de modo especial por pessoas que têm hábitos deletérios, como, mascar folhas e vegetais e usar gravetos para palitar os dentes (ARAÚJO MS et al., 2003).

De maneira geral, classifica-se em crônica, aguda e residual (FRANCO et al.1987). Pode acometer crianças- adolescentes ou adultos após os 30 anos de idade simultaneamente, em forma aguda-subaguda ou crônica; e manifestaçõesclínicas submete a casos leves a graves com risco de morte. Sua exibição anatomopatológica possui caráter granulomatoso e supurativo, acometendo principalmente pulmões, mucosas das vias aéreas superiores e boca, pele e linfonodos, podendo afetar todos os órgãos e sistemas (GÓES, et al., 2014). Em sua forma crônica, a mucosa bucal, prevalece região de palato, gengiva e língua, com apresentação de estomatite moriforme sob a forma de úlcera, evolução lenta, sintomatologia

dolorosa, sangrenta ao toque e sialorréia (SILVA et al., 2007, NEVILLE, 2016). Pode surgir linfadenopatias nas cadeiascervical, axilar e inguinal, com episódios raros de fístula (SHIKANAI-YASUDA et al., 2006, MARQUES et al., 2016).

O diagnóstico definitivo desta patologia, é obtido por meio de isolamento do fungo, provas sorológicas, histológicas e radiografia do tórax (CERRI et al., 1998). Principalmente por exame micológico e ou histopatológico (MACEDO MP, et al., 2016). Anatomopatologia dos cortes corados com Hematoxilina e Eosina (H/E) habitualmente não permite conhecer a morfologia parasitária, adentrando recurso da coloração de Grocott-Gomori para a detecção do agenteetiológico no tecido (NEVILLE et al., 2016).

O tratamento de PCM é realizado pela medicina, contudo, a alta taxa de apresentações bucais, como primeiro sinal para a doença, competindo ao cirurgião-dentista a diagnosticar e minimizar a ocorrência de sequelas através do encaminhamento (ROSARIO, et al., 2017). São usados os derivados de azólicos, sulfamídicos, bem como a anfotericina

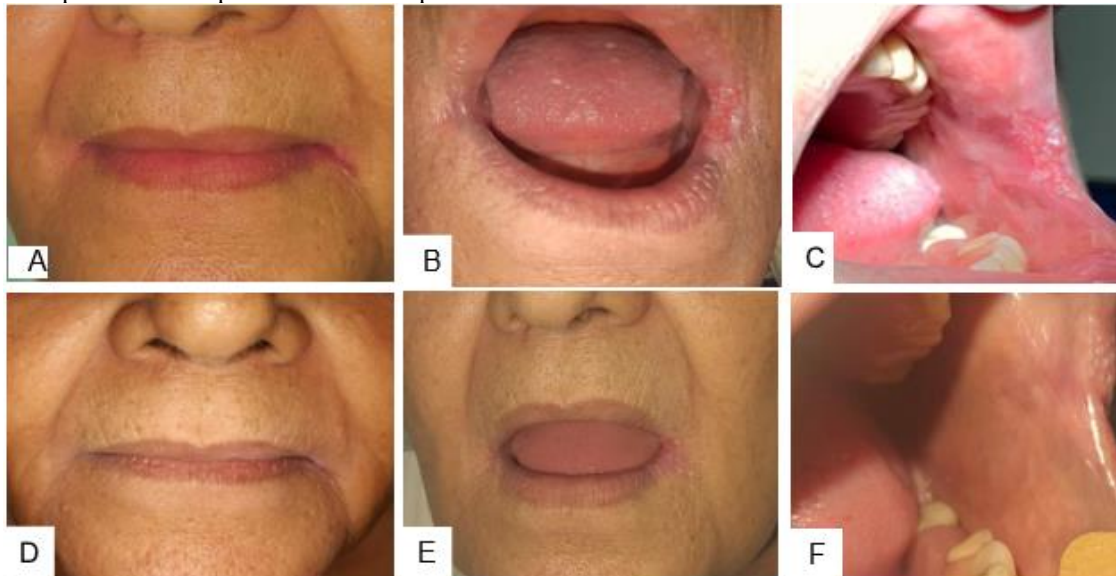
B. Na prática clínica são mais prescritos o itraconazol, o cotrimoxazol (associação sulfametoxazol/trimetoprim) e a anfotericina B (SHIKANAI-YASUDA et al.,2017). Sulfametoxazol/trimetoprima, distribuida pelo Ministério da Saúde do Brasil gratuitamente. A posologia recomendada é 480-960mg a cada 8-12 horas, disponível para administração oral eparenteral. A principal desvantagem é a necessidade de longo uso (mais de 12 meses) para os casos moderados a graves (SHIKANAI-YASUDA, 2015).

Sendo assim, o presente estudo relata um caso clínico de PCM em lesão bucal crônica, com ênfase nas apresentações clínico-patológica bem como a condução do tratamento.

2 RELATO DE CASO

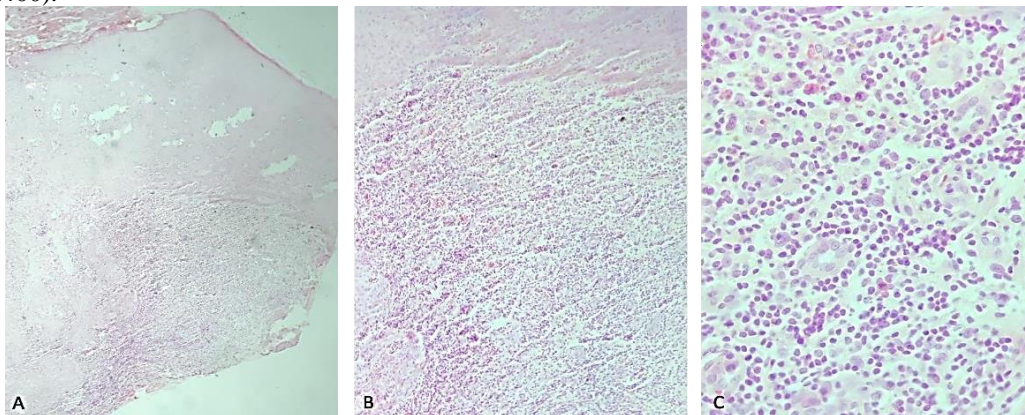
Mulher, 62 anos de idade, feoderma, compareceu em um centro de diagnóstico bucal com história social de ex- tabagismo por 40 anos. Na história médica atual: declara hipertensão, asma, depressão, osteoporose e sofrido um acidente vascular cerebral-AVC, em sua queixa principal: “vim porque faço parte do grupo da secção do tabagismo e tenho um fungo na boca”. Na história da doença atual: lesão em comissura labial com evolução de 31 anos sem tratamento. Ao exame extra-oral: lesão ulcerada com aspecto de estomatite moriforme em comissura labial e formato irregular; intraoralmente; lesão simultânea em continuidade com a mucosa jugal, tendo como diagnóstico clínico de Paracoccidiodomicose (Figura 1. A, B e C), e sendo confirmado com biópsia do tipo incisional, onde os cortes histopatológicos corados em HE revelaram a presença do fungo P.b (Figura 2.2. A, B e C).; no ácido periódico de Schiff(PAS) mostrando fragmento de mucosa exibindo na lâmina própria presença de estruturas circulares ácido reagentes (Figura 2.2. A e B). e em metenamina de prata de Grocott-Gomori (GMS) presença de estruturas circulares impregnadas pela prata (Figura 2.3. A e B). Após a realização desta consulta odontológica foi direcionada para tratamento com o infectologista no Hospital Dia do Hospital Universitário Prof. Alberto Antunes / UFAL (HUPAA). A terapêutica médica foi direcionada com Sulfametoxazol 400+ trimetoprima 80mg (2x/ dia) por um ano. No exame clínico de proervação após 360 dias de tratamento verificou-se cicatrização regressa da lesão (Figura 1. D, E e F).

Imagem 1: Paracoccidioidomicose: Antes do início do tratamento A. Extra Bucal: Aspecto da lesão em comissura labial esquerda. B. Lesão ulcerativa com aspecto de estomatite moriforme em comissura labial. C. Intra Oral: Aspecto da lesão com extensão para mucosa jugal. Acompanhamento Clínico. D.E e F: Aspecto clínico após um ano de terapia medicamentosa.



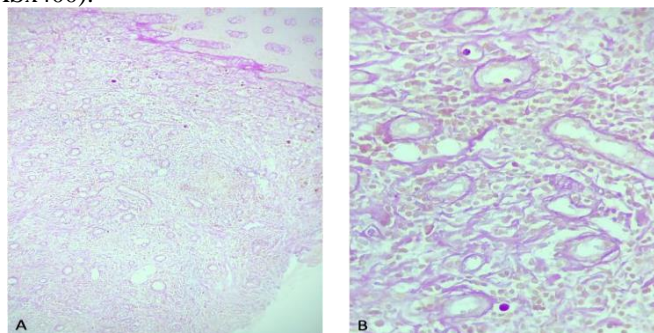
Fonte: Dados da Pesquisa, 2021.

Imagem 2.1 - Fotomicroscopia de cortes histológicos corados em hematoxilina e eosina mostrando fragmento de mucosa exibindo hiperplasia pseudoepiteliomatosa e na lâmina própria presença de infiltrado inflamatório crônico granulomatoso com presença de células gigantes (A HEx40; B - HEx100; C- HEx400).



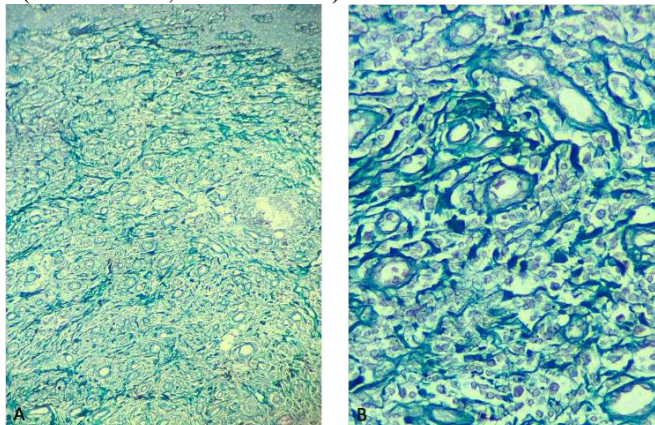
Fonte: Dados da Pesquisa, 2021.

Imagem 2.2 - Fotomicroscopia de cortes histológicos corados em ácido periódico de Schiff mostrando (PAS) fragmento de mucosa exibindo na lâmina própria presença de estruturas circulares ácido reagentes (A - PASx100; B - PASx400).



Fonte: Dados da Pesquisa, 2021.

Imagem 2.3- Fotomicroscopia de cortes histológicos corados em metenamina de prata de Grocott-Gomori (GMS) mostrando fragmento de mucosa exibindo na lâmina própria presença de estruturas circulares impregnadas pela prata (A GMSx100; B - GMSx400).



Fonte: Dados da Pesquisa, 2021.

3 DISCUSSÃO

Apresentaremos as manifestações clínicas-patológicas e terapêutica de um relato de caso com lesão crônica bucal de PCM, destacando a importância que o profissional estomatologista esteja atento as manifestações bucais desta enfermidade para estabelecer um diagnóstico correto e condução para tratamento com o médico-infecologista. A PCM é causada pelo fungo *Pb*, sendo encontrado com maior incidência na América Latina (MUNIZ, 2002; ALMEIDA, 2003; PALMEIRO, 2005; RAMOS, 2008; WANKE AIDÊ, 2009). Tendo o Brasil com maior prevalência (GÓES, 2014; OLIVEIRA, 2018). No referido caso, paciente é residente atualmente no nordeste-Alagoas, mas tem naturalidade e vive há 30 anos pelo Estado de São Paulo-Brasil, corroborando com o estudo de Palmeiro (2005), visto que esta região do suldeste tem altos relatos de casos descritos pela literatura. Por esta razão, consideramos que o nosso doente tenha adquirido a PCM nesta área endêmica.

Este caso clínico foi diagnosticado em um indivíduo do sexo feminino, não corroborando com a literatura. A infecção possui predileção por homens de acordo com Souza (2014); A diferença do gênero explica pela presença de receptores de estrógeno no *P.b* capazes de bloquear a transformação da fase micelial infectante para fase leveduriforme parasitária (RUBIN e FABER, 2002). Visto que neste relato, a etnia foi parda e para Moreira (2008) e Martinez (2015), relataram cor branca.

Destaca-se similaridade entre o caso clínico aqui apresentado com as casuísticas estudadas por Souza (2014) e Souza (2019), em ambos estudos haviam uma faixa etária correspondente entre 30 a 70 anos e cultivo com solo, estando de acordo com o presente caso a idade de 65 anos e hábito deletério de mascar gravetos. Para Araújo

(2003), hábitos deletérios, como, mascar folhas e vegetais e usar gravetos para palitar os dentes poderá ser uma forma de contraíro fungo.

No estudo de Martinez (1996), o que pode provocar a manifestação clínica de PCM, é o alcoolismo e desnutrição; entretanto no presente relato, a história social não havia consumo de álcool e desnutrição, apresentado um peso de 75 kg; embora, houve consumo de tabaco por 40 anos, não comprovado com o estudo de Palheta Neto (2003), pois relataram que a PCM costuma ocorrer em indivíduos etilistas com associação do tabagismo, desta forma estes são considerados fatores de risco para o surgimento da micose, á vista disso no presente caso não houve consumo associado. Para Santos (2003), no alvoroço da literatura não aprovaram estudo controlado associando o tabaco com a PCM.

No presente caso foi observado uma lesão crônica em cavidade bucal de PCM em uma mulher; uma vez que Franco (1987) comenta a forma crônica como apresentação clínica mais frequente. De acordo com GÓES (2014), o surgimento da PCM na cavidade bucal, constitui um aspecto importante para o conhecimento clínico. No presente caso, não houve disseminação para os tecidos tegumentares dentro das características clínicas da doença, apresentava lesão única em mucosa bucal, localizada na comissura labial com extensão para a mucosa jugal, como úlcera, avermelhada caracterizada como estomatite moriforme, concordando com Shikanai-Yasuda (2006); Silva (2007); Neville (2016); Marques (2016).

O diagnóstico diferencial desta micose, pode ser citado patologias de causa infecciosa ou não (CERRI, 1998). No presente relato a hipótese clínica foi PCM. Segundo Macedo (2016) a conclusão do diagnóstico bucal existiu a presença de fungo nos tecidos. Esta demonstração do agente etiológico em tecido é realizado por exame histopatológico, com necessidade de uma coloração específica, chamada de ácido periódico de Schiff (PAS) para evidenciar o microrganismo da PCM (NEVILLE, 2016). Assim como descrito neste trabalho o diagnóstico definitivo da patologia em questão foi assim obtido, dispondo uma sequência de coloração, hematoxilina e eosina (HE) mostrando fragmento de mucosa exibindo hiperplasia pseudoepiteliomatosa e na lâmina própria presença de infiltrado inflamatório crônico granulomatoso com presença de células gigantes; PAS anunciando as estruturas circulares ácido reagentes e metenamina de prata de Grocott-Gomori (GMS) exibiu na lâmina própria presença de estruturas circulares impregnadas pela prata.

O tratamento da PCM é orientado pelo médico infectologista, feito com o uso de antifúngicos com esquema de acordo com a gravidade da doença (ROSARIO, 2017). São utilizados antifúngicos sistêmico como itraconazol (SHIKANAI-YASUDA, 2017). Podem também cuidar com os derivados das sulfonamidas (SHIKANAI-YASUDA, 2015). O tratamento efetuado no paciente em questão baseou-se no uso de Sulfametoxazol 400+ trimetoprima 80mg (2x/dia) por um ano.

4 CONCLUSÃO

O paciente foi direcionado para um centro de referência de doenças tropicais. A terapêutica médica foi direcionada com Sulfametoxazol 400+ trimetoprima 80mg (2x/dia) por um ano. No exame clínico de proervação após um ano de tratamento verificou-se cicatrização regressa da lesão. Portanto, o Estomatologista tem uma grande importância na identificação dessas lesões, no correto diagnóstico e encaminhamento para tratamento adequado como médico-infectologista.

REFERÊNCIAS

ARAUJO, Marcelo Sivieri de; SOUSA, Suzana C.O.M.; CORREIA, Dalmo. Avaliação do exame citopatológico como método para diagnosticar a paracoccidiodomicose crônica oral. *Rev. Soc. Bras. Med. Trop, Uberaba* , v. 36, n. 3, p. 427-430, June 2003.

ALMEIDA, Oslei Paes; JORGE JUNIOR, Jacks; SCULLY, Crispian. Paracoccidiodomycosis of the Mouth: an emerging deep mycosis. *Critical Reviews In Oral Biology & Medicine*, v. 14, n. 4, p. 268-274, jul. 2003.

CERRI A, Silva EXSR, Pacca FT. Paracoccidiodomicose aspectos de interesse para o cirurgião-dentista. *Rev Paul Odontol*, 1998; 20:19-24.

FRANCO M, Montenegro MR, Mendes RP, Marques SA, Dillon NL, Mota NG. Paracoccidiodomycosis: a recently proposed classification of this clinical forms. *Rev Soc Bras Med Trop*. V.20, n 2, p129-32,1987.

GÓES, Alfredo Miranda de; SILVA, Lílian da Silva Santos; ARAÚJO, Stanley de Almeida; CRUZ, Samuel Gonçalves da; SIQUEIRA, Weverton César; PEDROSO, Enio Roberto Pietra. Paracoccidiodomycosis disease (Lutz-Splendore- Almeida): etiology, epidemiology, and pathogenesis. *Revista Médica de Minas Gerais*, v. 24, n. 1, p. 1-6, 2014.

ROSARIO,J.S, P.F.Toledo, R.A. Nicolau, C.P. Deco, A.C.V. Canettieri.Diagnóstico e tratamento de paracoccidiodomicose: relato de caso clínico. *RevUnivap*, 22 (40), p. 641,2017.

MACEDO P, Mauricio et al. PARACOCCIDIOIDOMICOSE NA CAVIDADE BUCAL - RELATO DE CASO. *Odontol. Clín.-Cient., Recife*, 15(1) 55 - 58, jan./mar., 2016.

MARQUES, Silvio Alencar; LASTÓRIA, Joel Carlos; CAMARGO, Rosangela Maria Pires de; MARQUES, Mariangela Esther Alencar. Paracoccidiodomycosis: acute-subacute clinical form, juvenile type. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, v. 91, n. 3, p. 384-386, jun. 2016.

MARTINEZ, Roberto; MOYA, Maria Janete. Associação entre paracoccidiodomicose e alcoolismo. *Revista de Saúde Pública*, v. 26, n. 1, p. 12-16, fev. 1992.

MUNIZ, Maria Angélica Soares et al . Paracoccidiodomicose pulmonar: aspectos na tomografia computadorizada de alta resolução. *Radiol Bras*, São Paulo , v. 35, n. 3, p. 147-154, June 2002.

NEVILLE, B.W; DAMM, D.D; ALLEN, C.M; BOUQUOT, J.E. *PATOLOGIA Oral & Maxilofacil*. Trad.3a Ed., Rio de Janeiro: Elsevier, 2016, 972p.

OLIVEIRA, Catarina Rodrigues Rosa de; THOMAZ, Luiz Alexandre; CAMARGO MORAES, Paulo de; SANTOS, Fabrício Passador; SILVA, Milena Bortolotto Felipe; ARAÚJO, Ney Soares de. *Ciência e Odontologia: casos clínicos baseados em evidências científicas*. 1. Ed. Campinas: MUNDI BRASIL, 2018. cap. 132.

PALMEIRO, M; CHERUBINI, K; YURGEL, L.S. Paracoccidiodomicose - revisão da literatura. *Scientia Medica*. Porto Alegre, v.15, n.4, p.274-278, 2005.

PALHETA-NETO FX, Moreira JS, Martins ACCM, Cruz FJ, Gomes ED, Angélica C, Palheta-Palheta AC. Estudo de 26 casos de Paracoccidiodomicose avaliados no Serviço de Otorrinolaringologia da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ).

RAMOS, M.E.S., SARAIVA, L. E. S., Paracoccidiodomycosis. *Dermatol clin*. Elsevier, v.26, n.2, p.257-69, abril 2008.

RUBIN E, FABER JL. *Patologia*. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.1381p.

SOUZA, Silvana Pereira de; JORGE, Valéria Magalhães; XAVIER, Melissa Orzechowski. Paracoccidiodomycosis in southern Rio Grande do Sul: a retrospective study of histopathologically diagnosed cases. *Brazilian Journal Of Microbiology*, v. 45, n. 1, p. 243-247, 2014.

SHIKANAI-YASUDA, Maria Aparecida. PARACOCCIDIOIDOMYCOSIS TREATMENT. *Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo*, v. 57, n. 19, p. 31-37, set. 2015.

SHIKANAI-YASUDA, Maria Aparecida et al . II Consenso Brasileiro em Paracoccidiodomicose - 2017. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, v. 27, n.05,2018.

SHIKANAI-YASUDA, Maria Aparecida; TELLES FILHO, Flávio de Queiroz; MENDES, Rinaldo Pôncio; COLOMBO, Arnaldo Lopes; MORETTI, Maria Luiza. Consenso em paracoccidiodomicose. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, v. 39, n. 3, p. 297-310, jun. 2006.

SILVA, Cléverson O.; ALMEIDA, Aroldo dos Santos; PEREIRA, Alessandro Antônio Costa; SALLUM, Antônio Wilson; HANEMANN, João Adolfo Costa; TATAKIS, Dimitris N.. Gingival Involvement in Oral Paracoccidiodomycosis. *Journal Of Periodontology*, v. 78, n. 7, p. 1229-1234, jul. 2007.

SOUZA, Maria Cristina Almeida de; SOUZA, Edsneider Rocha Pires de; CÔRTEZ, Paula Pitta de Resende; CÔRTEZ JÚNIOR, João Carlos de Souza; VILAGRA, Sandra Maria Barroso Werneck; COSTA, Elisa Maria Amorim da. Cuidado resolutivo de paracoccidiodomicose em uma Unidade Básica de Saúde: relato de caso. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, v. 13, n. 40, p. 1-7, 13 jan. 2019.

SANTOS, Werbena Aguiar dos; SILVA, Bethania Moraes da; PASSOS, Elane Dellacqua; ZANDONADE, Eliana; FALQUETO, Aloísio. Associação entre tabagismo e paracoccidiodomicose: um estudo de caso-controle no estado do espírito santo, brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 19, n. 1, p. 245-253, fev. 2003.

WANKE, Bodo; AIDÊ, Miguel Abidon. Capítulo 6 - Paracoccidiodomicose. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, v. 35, n. 12, p. 1245-1249, dez. 2009