

# INFECÇÃO FÚNGICA PELO PARACOCCIDIOIDES BRASILIENSIS COM DESTRUIÇÃO E ESTENOSE DO ESFÍNCTER ANAL – RELATO DE CASO

## FUNGAL INFECTION BY PARACOCCIDIOIDES BRASILIENSIS WITH DESTRUCTION AND SPHINCTER STENOSIS ANALLY- CASE REPORT

IARA OLIVEIRA ALVES<sup>1</sup>, ANA MIRELLA MUNIZ BARBOSA<sup>2</sup>, KARLA THAYSE MENDES SOARES<sup>3</sup>, LARA DIAS GARDONI<sup>2</sup>, LETTICIA SELLES NACIFE DOS REIS<sup>2</sup>, RAYANE CORREA ALMEIDA<sup>4</sup>, RALPH CORREA DE ALMEIDA<sup>5</sup>, LAMARA LAGUARDIA VALENTE ROCHA<sup>6\*</sup>

1. Acadêmica do curso de graduação em medicina no Instituto Metropolitano de Ensino Superior (IMES - UNIVAÇO) – Ipatinga, MG; 2. Acadêmica do curso de graduação em medicina do Centro Universitário de Caratinga (UNEC) – Caratinga, MG; 3. Acadêmica do curso de graduação em medicina da Universidade Salvador (UNIFACS) – Salvador/BA; 4. Acadêmica do curso de graduação do Centro Universitário do Espírito Santo (UNESC) - Colatina/ES; 5. Médico coloproctologista – Ipatinga, MG; 6. Professora Doutora do Centro Universitário de Caratinga (UNEC), MG

\*Vila Onze, 36, Centro, Caratinga, Minas Gerais, Brasil. CEP: 35300-100. [lamara.laguardia@gmail.com](mailto:lamara.laguardia@gmail.com)

Recebido em 25/01/2018. Aceito para publicação em 09/02/2018

### RESUMO

A paracoccidioidomicose (PCM) é uma doença granulomatosa crônica ocasionada pelo fungo *Paracoccidioides brasiliensis*. Sua incidência é predominante em regiões de clima tropical e subtropical, razão pela qual é considerada como doença endêmica no Brasil, ocasionando um número expressivo de mortes. Manifesta-se nas formas aguda e crônica, sobretudo em cidadãos do sexo masculino, predominantemente entre 30 e 50 anos. A disseminação fúngica pode ocorrer em qualquer órgão, comprometendo, na maior parte dos casos, os pulmões. O tratamento é baseado em duas fases, ataque, com controle imediato dos sintomas, e manutenção, por meio da observação prolongada da doença, reduzindo o risco de sua reincidência. O presente trabalho realiza um estudo acerca da PCM, incluindo as causas, sintomas e tratamento, por meio do relato de um caso clínico de um paciente do interior do estado de Minas Gerais. Trata-se de uma pesquisa descritiva, realizada com base em prontuário, observações de exames e entrevistas junto ao paciente e seus familiares. Com os resultados da evolução do paciente, espera-se apresentar um panorama acerca do avanço da doença no homem, seu hospedeiro acidental, bem como das respostas aos tratamentos indicados pela literatura e utilizados na prática.

**PALAVRAS-CHAVE:** Paracoccidioidomicose; micose; doença granulomatosa.

### ABSTRACT

Paracoccidioidomycosis (PCM) is a chronic granulomatous disease caused by the fungus *Paracoccidioides brasiliensis*. Its incidence is predominant in tropical and subtropical regions, the reason why it is considered an endemic disease in Brazil, resulting in a substantial number of deaths. There are the acute and the chronic forms of paracoccidioidomycosis, affecting mostly men, mainly between 30 and 50 years of age. The dissemination of the fungus may occur into any organ, affecting mostly the lungs. The treatment of PCM is based on two phases, the attack – with an immediate control of the symptoms – and care – by prolonged observation of the

disease, reducing the risk of its recurrence. The present paper aims to study the PCM, including its causes, symptoms, and treatment by a case study from a patient from Minas Gerais countryside. The paper is a descriptive research based on medical records, medical exams, and an in-depth interview with the patient and his/her relatives. With the patient's evolution, a panorama is expected to be shown regarding the development of the disease on the man, its accidental host, as well as the results of the treatment indicated by the literature.

**KEYWORDS:** Paracoccidioidomycosis; mycosis; granulomatous disease.

### 1. INTRODUÇÃO

A paracoccidioidomicose (PCM) caracteriza-se como uma doença granulomatosa crônica que tem como agente etiológico o fungo *Paracoccidioides brasiliensis*. É conceituada como a micose sistêmica mais importante da América Latina, sendo predominante nas regiões tropicais e subtropicais. No Brasil, esta infecção micótica é considerada endêmica, com maior incidência nas regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste do país<sup>1</sup>.

A PCM possui semelhança sintomatológica com outras doenças sistêmicas, por esse motivo e em razão do grande aumento de casos de mortes por essa infecção, foi classificada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como doença negligenciada, tipo II<sup>2</sup>.

A patologia tem maior prevalência em cidadãos do sexo masculino, com faixa etária entre 30 a 50 anos, ou seja, em fase produtiva. Além disso, acomete, principalmente, indivíduos que exercem atividades relacionadas à agropecuária<sup>3</sup>.

O homem é o hospedeiro acidental do *Paracoccidioides brasiliensis*<sup>4</sup>. A doença têm manifestações nas formas aguda e crônica unifocal ou multifocal. A forma aguda acomete pacientes jovens de ambos os sexos, enquanto a crônica é mais prevalente em adultos do sexo masculino, com comprometimento

pulmonar e cutâneo. Em mulheres, a infecção é rara, em decorrência da função protetora exercida pelo hormônio estrogênio<sup>5</sup>.

A disseminação hematogênica do fungo pode ocorrer, levando ao estabelecimento de focos metastáticos em qualquer órgão. Os pulmões são os principais órgãos acometidos, cerca de 42 a 89,4% dos casos. O comprometimento intestinal varia de 2,7 a 28,4%; e as lesões anais apresentam em apenas 1,3 a 2,4% dos pacientes. A patogênese das lesões anais ainda não é definida podendo ser secundária as doenças sistêmicas ou locais<sup>6</sup>.

A anamnese e o exame físico, na forma aguda da infecção, devem ser direcionados para a pesquisa do envolvimento de múltiplas cadeias de linfonodos e suas possíveis complicações. Além disso, deve-se ainda incluir a pesquisa de hepatomegalia, esplenomegalia, lesões de pele e osteoarticulares, sinais e sintomas relacionados ao envolvimento adrenal e ao sistema nervoso central<sup>7</sup>.

Na forma crônica, a anamnese e o exame físico devem incluir, obrigatoriamente, a pesquisa de envolvimento pulmonar, tegumentar e laríngeo, linfático, adrenal e sistema nervoso central<sup>7</sup>.

O padrão ouro para confirmar o diagnóstico consiste no achado do fungo em espécimes clínicos ou de biópsia tecidual. As provas sorológicas têm importância no que tange ao auxílio diagnóstico e também analisam a resposta ao tratamento e as recaídas da doença. Nesses casos, a ascensão dos títulos de anticorpos costuma anteceder a recaída clínica<sup>8</sup>.

O tratamento da PCM compreende duas fases, ataque e manutenção. A fase de ataque corresponde ao controle imediato dos sinais e sintomas da doença e também visa a diminuição da carga parasitária, contribuindo para a recuperação da imunidade celular do hospedeiro. A fase de manutenção é realizada por tempo prolongado, até que os critérios de cura sejam obtidos, buscando diminuir o risco de recorrência da doença<sup>3</sup>.

O presente estudo tem como objetivo a descrição de um relato de caso clínico, no qual o paciente foi diagnosticado com infecção por *P. brasiliensis*, em uma unidade hospitalar no interior de Minas Gerais, abordando desde o acolhimento até o fechamento do diagnóstico, tratamento medicamentoso e intervenção cirúrgica. Estudos como esse são de extrema importância para que os profissionais de saúde estejam atentos ao curso dessa patologia, uma vez que suas manifestações clínicas são análogas à de outras doenças.

## 2. CASO CLÍNICO

Trata-se do paciente M.O.F, do sexo masculino, 33 anos de idade, melanoderma, casado, lavrador, natural do leste de Minas Gerais. Internado em um hospital do interior mineiro com queixa de perda de peso e dor abdominal. Apresentava-se lúcido e orientado no tempo e no espaço. O exame físico minucioso revelou linfonodomegalia na cadeia cervical anterior à direita,

além de dor à palpação profunda e superficial difusa em todo abdômen. Na ectoscopia foi verificada a presença de icterícia.

Durante a admissão hospitalar, foi realizada uma minuciosa avaliação clínica, e a primeira hipótese diagnóstica foi de tratar-se de linfoma. Inicialmente, foram solicitados exames laboratoriais: hemograma, determinação de enzimas hepáticas e metabólitos, eletroforese de proteínas, avaliação da função renal e adrenal, além da radiografia de tórax.

Os resultados, apesar de não excluírem a hipótese de neoplasia, sugeriram a presença de um processo infeccioso, devido à observância de leucocitose e proteína C reativa positiva. Não foram apresentadas outras alterações.

Diante da gravidade do quadro, foi realizada biópsia e o exame anatomopatológico do gânglio cervical, que apontaram a existência de múltiplos granulomas epitelioides, alguns com necrose central fibrinoide, associados a células gigantes multinucleadas. A coloração para fungos mostrou presença de numerosos esporos com morfologia compatível ao *Paracoccidioides brasiliensis*, concluindo o diagnóstico de linfadenite crônica granulomatosa associada à infecção fúngica.

Iniciou-se o tratamento com Itraconazol 200 mg/dia. Entretanto, o paciente recusou-se a permanecer internado e solicitou a alta hospitalar. Desta forma, seguiu sem acompanhamento ambulatorial e sem adesão ao tratamento.

Passados 10 anos, o paciente foi novamente internado com a queixa de hematoquezia e proctalgia. Durante o exame físico proctológico, observou-se grande lesão granulomatosa e infiltrativa, com destruição da musculatura esfinteriana em região posterior do canal anal (Figura 1). A ulceração estendia-se ao reto médio, onde foi formada uma expressiva loja cavitária.



Figura 1. Lesão anal infiltrativa causada por *P. brasiliensis*.

Além dos exames laboratoriais requeridos, a propedêutica prosseguiu com Tomografia Computadorizada (TC) da pelve e realização de biópsia local. A TC demonstrou espessamento concêntrico das paredes do reto, com aspecto de fistulização na parede posterior e linfonodos regionais (Figura 2).



Figura 2. Tomografia Computadorizada da pelve.

O laudo anatomopatológico da junção cutâneo-mucosa do canal anal comprovou tratar-se de processo inflamatório crônico com granulomas epitelioides contendo células gigantes multinucleadas do tipo Langhans. Também identificou estruturas fúngicas arredondadas com cápsula espessa e brotamentos múltiplos de aspecto “roda de leme”. Coraram na impregnação pela prata (GMS). A pesquisa de BAAR (WADE) foi negativa. Dessa forma, fechou-se o diagnóstico de processo inflamatório crônico granulomatoso associado à infecção não devidamente tratada do *Paracoccidioides brasiliensis*.

Assim, foi sugerido o retratamento com Itraconazol 200 mg/dia, entretanto, não houve adesão, tendo em vista o alto custo da terapia. Optou-se, portanto, pelo uso da medicação fornecida pelo Sistema Público de Saúde (SUS), Sulfametoxazol + Trimetropim, que requer uma extensão maior no tempo de tratamento.

Durante esse período, o paciente manifestou incontinência anal frequente e relatou perda da qualidade de vida, em decorrência deste fato. Em resposta, foi realizada a cirurgia de ileostomia em alça para desvio das fezes.

O paciente seguiu em acompanhamento ambulatorial por seis meses e apresentou redução considerável da lesão e fibrose local, com estenose do canal anal (Figura 3). Novas biópsias demonstraram ausência de doença em atividade.



Figura 3. Após tratamento com SMT-TMP.

Isto posto, foi realizada dilatação manual da estenose anal sob raquianestesia, contudo devido a

destruição esfinteriana houve recidiva do estreitamento do canal anal.

Por conseguinte, foi discutida com o paciente a possibilidade de nova abordagem cirúrgica visando o abaixamento do cólon e anastomose manual em ânus para reconstruir o trânsito intestinal. No entanto, tendo em vista os riscos associados ao procedimento e a probabilidade de incontinência anal, o paciente optou por manter o estoma.

### 3. DISCUSSÃO

A paracoccidioidomicose é uma micose sistêmica, com expressiva incidência no Brasil, sobretudo nos estados de São Paulo e Minas Gerais, região sudeste do país<sup>9</sup>. Trata-se de afecção mais frequente em pacientes do sexo masculino, entre 30 e 50 anos de idade, tendo como relevante fator de risco as profissões relacionadas ao manejo do solo contaminado com o fungo<sup>9,10</sup>, a exemplo, trabalhadores rurais. O paciente ora estudado se encaixa no perfil epidemiológico quanto à idade, profissão de risco e região endêmica de origem.

Sendo a PCM uma micose sistêmica, qualquer sítio orgânico pode ser acometido<sup>10</sup>. O envolvimento linfonodal é uma das manifestações clínicas mais frequentes. Podem ser observadas linfonodomegalias regionais ou generalizadas, sendo que as cadeias mais comumente afetadas são as do segmento cefálico, seguidas pelas supraclavicular, axilar e abdominal<sup>11</sup>. O exame físico inicial do paciente em questão revelou linfonodomegalia na cadeia cervical anterior à direita e dor à palpação superficial e profunda em toda extensão abdominal. Os principais diagnósticos diferenciais deste acometimento ganglionar são os distúrbios linfoproliferativos, as metástases e a tuberculose<sup>11</sup>. Inicialmente, a suspeita diagnóstica tratou-se de linfoma.

O padrão ouro para o diagnóstico é o encontro de elementos fúngicos sugestivos de *P. brasiliensis* em espécimes clínicos (raspado de lesão, aspirado de linfonodos) e/ou fragmento de biópsia de órgãos supostamente acometidos<sup>10</sup>. No paciente referido o diagnóstico foi confirmado por meio do exame anatomopatológico do gânglio cervical e coloração para fungos.

Para se instituir um plano terapêutico, além da escolha do fármaco, deve-se levar em consideração as condições socioeconômicas do paciente e a distribuição gratuita do medicamento pelo SUS<sup>12</sup>. A adesão ao tratamento de qualquer doença crônica é um tema complexo, principalmente quando esta afecção afeta significativamente a qualidade de vida do indivíduo<sup>13</sup>. O tratamento de escolha com Itraconazol 200 mg/dia foi recomendado, porém o paciente não aderiu. A interrupção do tratamento fez com que, anos após, ele retornasse com queixas proctológicas, evidenciando ao exame anatomopatológico, um processo crônico relacionado com a PCM.

O acometimento de lesões anais em portadores de PCM ocorre em apenas 1,3 a 2,4% dos casos. Tais manifestações anais são raras, caracterizadas por lesões

ulceradas endurecidas, que afetam frequentemente a hemicircunferência<sup>14</sup>. A lesão do paciente deste relato possui características compatíveis com as encontradas na literatura científica.

A disponibilização de medicamentos é o primeiro fator que deve ser analisado para estimular o cliente à efetiva adesão ao tratamento<sup>15</sup>. O novo tratamento selecionado, de modo que atendesse às condições socioeconômicas do cliente, foi o Sulfametoxazol + Trimetopim, que, apesar de apresentar um tempo maior de duração, é disponibilizado pelo SUS. Foi necessária ainda, a intervenção cirúrgica, diante de um quadro de incontinência anal. Ambos os tratamentos têm demonstrado melhora significativa na qualidade de vida do paciente. Porém, o risco potencial de uma reativação tardia existe e o acompanhamento clínico periódico prolongado é necessário.

#### 4. CONCLUSÃO

A paracoccidiodomicose é uma patologia de curso crônico que propicia alterações emocionais, físicas, sociais e econômicas progressivas, determinando, em alguns casos, mudanças permanentes que implicam acompanhamento clínico frequente e longo período de tratamento<sup>13</sup>.

Embora a enfermidade responda à terapêutica antifúngica, é possível apresentar sequelas graves ou evoluir ao óbito caso não haja diagnóstico precoce ou o paciente seja submetido a um tratamento inadequado<sup>16</sup>. Devido ao seu potencial incapacitante e diagnóstico complexo, a PCM se caracteriza como uma doença de importante repercussão na saúde pública<sup>13</sup>.

Portanto, o registro do estudo foi motivado pela proposta de descrever por meio de um relato de caso manifestações clínicas acerca da PCM, incluindo causas, tratamento e evolução do paciente, podendo assim, apresentar o avanço da doença no homem. Desta forma, profissionais da saúde podem obter maior compreensão sobre o curso da patologia, sendo capazes de determinar o diagnóstico, possibilitando assim, a adaptação do paciente e de sua família a tal condição, impedindo a progressão e complicação da doença, bem como o risco de morte precoce.

#### REFERÊNCIAS

[1] Maluf MLF, Pereira SRC, Takahachi G, *et al.* Prevalência de paracoccidiodomicose-infecção determinada através de teste sorológico em doadores de sangue na região Noroeste do Paraná, Brasil. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*. 2003; 36(1).

[2] Mendes GV. Paracoccidiodomicose - Relevância do diagnóstico precoce. [monografia] Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, 2015.

[3] Blotta MH, Mamoni RL, Oliveira SJ, *et al.* Endemic regions of paracoccidiodomycosis in Brazil: a clinical and epidemiologic study of 584 cases in the southeast region. *Am J Trop Med Hyg*. 1999; 61(3):390-94.

[4] Palmeiro M, Cherubini K, Yurgel LS. Paracoccidiodomycosis – Literature Review. *Scientia Medica*, Porto Alegre: PUCRS, 2005; 15(4).

[5] Martinez R. Paracoccidiodomycose. In: Sidrim JJC, Rocha MFG. *Micologia médica à luz de autores contemporâneos*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2004; 204-21.

[6] Ferreira RAC, Lopes A, Oliveira HV, *et al.* Anal paracoccidiodomycosis. An unusual presentation of disseminated disease. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*. 2001; 34(6).

[7] Shikanai-Yasuda MA, Telles Filho FQ, Mendes RP, *et al.* Consenso em paracoccidiodomycose. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*. 2006; 39(3).

[8] Wanke B, Aidê MA. Paracoccidiodomycose. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*. 2009; 35(12).

[9] Jubé MRR, Feres CC, Lima GHS, *et al.* Paracoccidiodomycose – acometimento encefálico e medular: relato de caso. *Acta Fisiatr*. 2009.

[10] Ribeiro LAS, Delfino ABM, Santos MCL. Relato de caso: lesão fistulizada e ulcerada em paciente HIV+. *J Coloproctol*. 2017; 37 (1):137-8

[11] Telles Filho FQ. Tratamento. In: Veronesi R, Focaccia R. *Tratado de Infectologia*. São Paulo: Atheneu. 2005; 1395-1402.

[12] Araújo GBS, Garcia T R. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: uma análise conceitual. *Revista Eletrônica de Enfermagem*: 2006; 8(2):259-72.

[13] Maciel MHV, Canini SRMS, Gir E. Portadores de paracoccidiodomycose cutâneo mucosa atendidos num hospital terciário do interior paulista: adesão ao seguimento. *Revista Eletrônica de Enfermagem*: 2008; 10(2):374-82.

[14] Costa MAB, Carvalho TN, Araújo Júnior CR, *et al.* Manifestações extrapulmonares da paracoccidiodomycose. *Radiol Bras.*: 2005; 38(1):45-52.

[15] Leite SN, Vasconcelos MPC. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. *Ciência Saúde Coletiva*. 2003; 8(3):775-82

[16] Leme AOC. Paracoccidiodomycose: Diagnóstico, aspectos clínicos e aspectos morfológicos do microorganismo. [tese] Londrina: Universidade Estadual de Londrina; 2012.