

**INSTITUTO METROPOLITANO DE ENSINO SUPERIOR
UNIÃO EDUCACIONAL DO VALE DO AÇO**

Mateus Barbosa Braga

Matheus Soares Leite

Pedro Henrique Batista de Souza Ferreira

Ycaro Cesar Barreto Salgado

**PARACOCCIDIOIDOMICOSE: REVISÃO DE
LITERATURA E RELATO DE CASO EM MULHER
JOVEM SEM FATORES DE RISCO**

IPATINGA

2018

Mateus Barbosa Braga

Matheus Soares Leite

Pedro Henrique Batista de Souza Ferreira

Ycaro Cesar Barreto Salgado

**PARACOCCIDIOIDOMICOSE: REVISÃO DE
LITERATURA E RELATO DE CASO EM MULHER
JOVEM SEM FATORES DE RISCO**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Instituto
Metropolitano de Ensino Superior – Imes/Univaço, como
requisito parcial à graduação no curso de Medicina.

Orientador: Prof. Leonardo Ennes Carrilho.

IPATINGA

2018

PARACOCCIDIOIDOMICOSE: REVISÃO DE LITERATURA E RELATO DE CASO EM MULHER JOVEM SEM FATORES DE RISCO

Mateus Barbosa **Braga**¹; Matheus Soares **Leite**¹; Pedro Henrique Batista de Souza **Ferreira**¹; Ycaro Cesar Barreto **Salgado**¹; Leonardo Ennes **Carrilho**²

1. Acadêmicos do curso de Medicina do Instituto Metropolitano de Ensino Superior/Imes - Univaço, Ipatinga, Minas Gerais, Brasil.
2. Docente do curso de Medicina do Instituto Metropolitano de Ensino Superior/Imes – Univaço, Ipatinga, Minas Gerais, Brasil. Orientador do TCC.

Resumo

Introdução: A paracoccidioidomicose (PCM) é uma micose sistêmica causada na maioria dos casos pelo *Paracoccidioides brasiliensis*, com uma alta prevalência na América do Sul, principalmente no Brasil. Estudos demonstram incidência crescente desta infecção em diferentes estados, bem como uma significativa taxa de letalidade que chega a representar 50% do total das mortes por doenças fúngicas no país. **Objetivo:** Realizar um estudo de caso sobre uma paciente com diagnóstico de PCM, descrever as terapêuticas instituídas e seus respectivos resultados. **Relato de Caso:** Mulher, 22 anos, apresentou lesões mucocutâneas, emagrecimento e adenopatia. Submetida à anamnese, exames laboratoriais, biópsia e diagnosticada com PCM. Após a conclusão do tratamento e remissão total da doença, paciente concluiu tratamento ambulatorial com sucesso e foi orientada à realizar retorno anualmente para avaliação clínica. **Conclusão:** A PCM em sua forma crônica pode se manifestar com lesões multifocais, e comprometer pele e mucosas, mesmo que não ocorra lesão pulmonar. É fundamental o reconhecimento do quadro clínico para que seja realizado o diagnóstico oportuno e instituído o tratamento adequado. Os pacientes diagnosticados devem realizar tratamento até o alcance dos critérios de cura e devem ser acompanhados anualmente com titulação de sorologia para detecção de reativação de infecção latente.

Palavras-chave: Paracoccidioidomicose; Micoses Sistêmicas; Saúde Pública.

Introdução

A paracoccidioidomicose (PCM) é uma micose sistêmica causada na maioria dos casos pelo *Paracoccidioides brasiliensis* com uma alta prevalência na América do Sul, principalmente no Brasil (MARTINEZ, 2017; JUBÉ *et al.*, 2016; MARTINEZ, 2015; VIEIRA *et al.*, 2014). Tem sido cada vez mais frequentes estudos que demonstram crescente incidência desta infecção em diferentes estados, bem como uma significativa taxa de letalidade, que chega a representar 50% do total das mortes por doenças fúngicas no país (MARTINEZ, 2017; VIEIRA *et al.*, 2014; MATOS *et al.*, 2012; FAÇANHA *et al.*, 2011; LOTH *et al.*, 2011).

A doença é transmitida através da inalação de conídios suspensos no ar, provenientes de solo contaminado, pelas vias respiratórias em humanos e alguns animais como os tatus. São acometidos com maior frequência homens entre 30 e 60 anos, trabalhadores rurais, tabagistas, imunocomprometidos, negros e mulatos (MARTINEZ, 2017; MARTINEZ, 2015).

A PCM tem quadro clínico variável, podendo se manifestar como uma doença autolimitada até um quadro sistêmico e disseminado. O fator determinante para a caracterização dessa variante do quadro clínico é a condição imunológica do paciente, que se eficaz causa a regressão da infecção. Os pacientes podem, entretanto, ser reinfetados: de maneira endógena quando as cicatrizes formadas são não estéreis e têm fungos remanescentes e de forma exógena, já que na maioria das vezes os pacientes continuam em contato com o solo contaminado (MENDES *et al.*, 2017; MARQUES, 2012)

A maioria dos pacientes apresenta mal-estar, anorexia, emagrecimento importante e febre. Na forma aguda ocorre uma rápida progressão dos sintomas (2 meses), porém esta forma é menos frequente. A forma mais comum é a crônica que usualmente se manifesta em adultos com comprometimento pulmonar. Outros tecidos que podem ser acometidos pela infecção disseminada são pele e mucosas, ossos, glândulas adrenais, fígado, baço e Sistema Nervoso Central. A PCM pode ser subclínica ou progressiva com formas pulmonares (aguda ou crônica) ou formas disseminadas (aguda, subaguda ou crônica) da doença (MENDES *et al.*, 2017; MURRAY, ROSENTHAL, FALLER, 2015; YASUDA *et al.*, 2018).

JUSTIFICATIVA

A PCM é uma micose sistêmica altamente prevalente na América Latina. O Brasil é responsável por 80% dos casos no mundo, e embora a incidência seja crescente a doença ainda não é de notificação obrigatória. A realização desse estudo é importante para acrescentar informações à literatura médica, visto que ainda há poucos estudos sobre o quadro clínico, diagnóstico e tratamento da doença em questão.

OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL

Realizar estudo de caso sobre uma paciente com diagnóstico de Paracoccidioidomicose.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Descrever a terapêutica instituída para a paciente, correlacionando limitações, benefícios e seus respectivos resultados.

Correlacionar as informações da terapêutica instituída no caso com achados existentes na literatura vigente.

Metodologia

Trata-se de uma revisão de literatura sobre a paracoccidioidomicose, exemplificada com um relato de caso, o qual foi liberado através da assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido. Para se construir tal revisão de literatura utilizou-se dados publicados em artigos originais de pesquisa, relatos de caso e revisão literária, disponíveis em bancos de dados do PubMed, LILACS, New England Journal of Medicine, The Medical Letter, entre outras, priorizando as publicações à partir do ano de 2009.

Relato de caso

Paciente sexo feminino, 22 anos, residente do interior de Minas Gerais, procurou atendimento ambulatorial. Relatou que há 6 meses apresentou nódulos na face, associado a prurido e orifício de drenagem com saída de secreção purulenta. Apresentava lesões eritematosas em face, sem prurido ou secreção associados. A paciente ainda possuía gengivorragia associada a edema e hiperemia de mucosas e

palatos. Relatou-se emagrecimento importante de 9kg em 5 meses, mantendo o mesmo padrão alimentar e sem realizar atividade física. Negou comorbidades, alergia medicamentosa, fraturas, traumas e transfusões sanguíneas. De acordo com a paciente seu cartão de vacinas encontrava-se atualizado.

Dados vitais: Pressão Arterial 130X70 mmHg, frequência cardíaca 123 batimentos por minuto, frequência respiratória 18 incursões respiratórias por minuto, saturação de oxigênio 99%, temperatura 36,7° C, peso 49kg. Otoscopia: Membrana timpânica translúcida, sem lesões em tuba auditiva e presença de lesão em lóbulo da orelha esquerda. Rinoscopia: hiperemia e hipertrofia de cornetos. Oroscopia: palato mole petequial à raspagem, edemaciado e com aspecto vegetante. Base da língua edemaciada e com aspecto vegetante. Faringe hiperemiada e edemaciada, ausência de placas. Lesões em face: 3 lesões de aproximadamente 3 cm de diâmetro, apresentando como característica serem ulceradas, com aparência de úlceras limpas, não infectadas secundariamente, com crosta central e com ausência de orifício de drenagem. Linfonomegalia generalizada (cadeia cervical, retroauricular, submandibular, inguinal e axilar). Tais eram nódulos aderidos a planos profundos, de consistência fibroelástica, de aspecto multinodular bem delimitado, sem sinais flogísticos e dolorosos à palpação.

Foi realizada a exérese de uma das lesões da face e o material encaminhado para análise anatomopatológica. As hipóteses diagnósticas incluíam PCM e linfoma não- Hodgkin. Ainda foram solicitados exames laboratoriais que incluíam hemograma, provas hepáticas, provas inflamatórias e sorologias para algumas doenças infecciosas, incluindo doenças sexualmente transmissíveis, além de radiografia de tórax.

Após 30 dias paciente retornou com resultado dos exames. Anti-HIV1 e 2, VDRL, HbsAG, Anti-HcV não reagentes. IGG de citomegalovírus e EpsteinBarr reagentes, com títulos de 500 U/mL e 23,94 U/mL respectivamente. Biópsia: micose superficial e profunda compatível com PCM. Foi prescrito Itraconazol 100mg, 2 comprimidos após o almoço por 6 meses. Após esse tempo, a paciente retornou e foi realizada avaliação clínica, radiológica e laboratorial, onde a mesma preencheu todos os critérios de cura clínica, radiológica e imunológica e, com isso, encerrou-se o tratamento medicamento. A paciente foi orientada a retornar anualmente para controle de reativação de infecção latente.

Revisão de literatura

CONCEITO E EPIDEMIOLOGIA

A PCM é uma doença fúngica sistêmica causada pelo *Paracoccidioides brasiliensis* (espécies S1, PS2, PS3) e *Paracoccidioides lutzii*, com alta prevalência na América do Sul, principalmente no Brasil. Tais agentes etiológicos são responsáveis por 80% dos casos de PCM. É uma infecção granulomatosa que pode progredir com comprometimento tegumentar e visceral (MARTINEZ, 2017; JUBÉ *et al.*, 2016; MARTINEZ, 2015). O agente etiológico é um fungo dimórfico e a transmissão acontece através da inalação de conídios suspensos no ar pelo trato respiratório em humanos e animais. A transmissão pela pele e vísceras é improvável e não há relatos de transmissão entre humanos (MARTINEZ, 2015).

Martinez (2015;2017) constatou que a maior incidência da PCM é observada nos estados de São Paulo e Minas Gerais com a taxa de 4 novos casos para 100 mil habitantes. Contudo, recentemente estabeleceu-se uma área de hiperendemia em Rondônia, com 10 novos casos por 100 mil habitantes, e em alguns municípios no sudeste do estado a taxa pode chegar a 40 novos casos por 100 mil habitantes (VIEIRA *et al.*, 2014). Também são registrados estudos com um número elevado de novos casos no Maranhão, Ceará e Paraná (MATOS *et al.*, 2012; FAÇANHA *et al.*, 2011; LOTH *et al.*, 2011).

O maior fator de risco associado a infecção é o ocupacional. Agricultores ou outros trabalhadores rurais que manipulam frequentemente o solo têm uma maior probabilidade de ter contato com fungo, mesmo que este contato tenha ocorrido somente nas primeiras décadas de vida. Considerando-se que a maioria dos trabalhadores desta área são do sexo masculino, pode-se considerar que os homens são mais afetados pela infecção comparados às mulheres. Também é sabido que as mulheres têm o estrógeno como fator protetor para a patogenicidade deste fungo. A micose ocorre mais comumente entre os 30 e 50 anos, em homens negros ou mulatos, tabagistas ou imunocomprometidos (JUBÉ *et al.*, 2016; MARTINEZ, 2015)

A taxa de letalidade é cerca de 6-7% e esta doença sistêmica pode ser responsável por mais da metade dos óbitos por micoses no Brasil. Em pacientes que tiveram acesso ao diagnóstico e finalizaram o tratamento sem a necessidade de

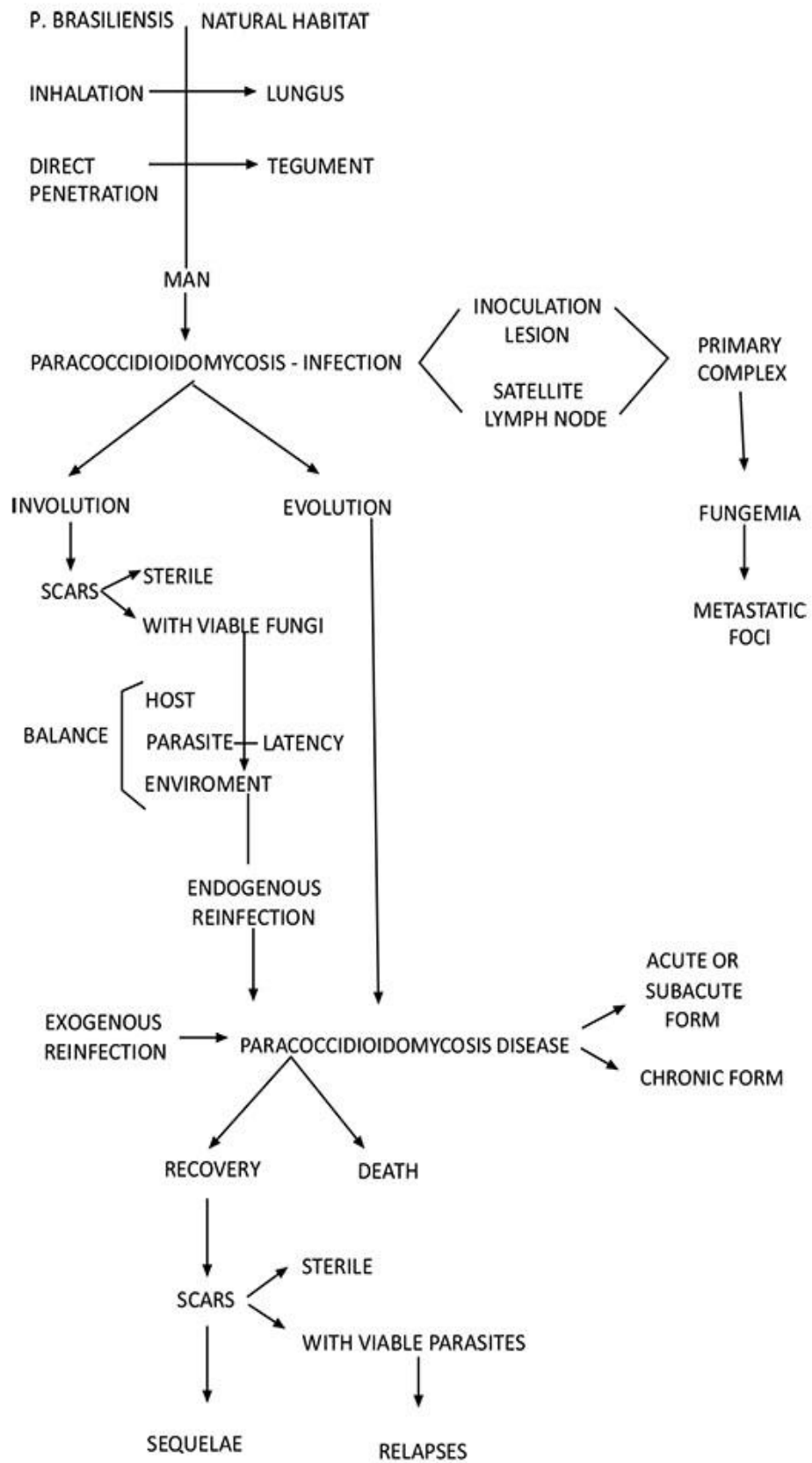
hospitalização, não houve evolução para óbito, frisando a importância do conhecimento clínico da infecção para o diagnóstico e proposição de terapêutica adequada e oportuna (MARTINEZ, 2015).

FISIOPATOLOGIA

Os conídios do *Paracoccidioides* sp. infectam o trato respiratório e chegam aos bronquíolos terminais e alvéolos, causando áreas de pneumonia. A partir daí o fungo se propaga pela via linfática e provoca uma reação granulomatosa (Figura 1). As áreas com pneumonia são denominadas polo parenquimatosa e os linfonodos regionais afetados constituem o polo linfático que juntos constituem o complexo primário da PCM. O que determina a progressão da infecção é a resposta imunológica do hospedeiro ao agente etiológico. Pacientes com a resposta imunológica eficaz bloqueiam a infecção primária e suas metástases, formam-se cicatrizes e a reação inflamatória retrocede. Contudo, o fungo pode tornar-se latente e posteriormente causar uma reinfecção endógena ocasionar manifestações clínicas após muitos anos. É notável que a maioria dos pacientes permanecem em contato com o solo contaminado, logo é possível que estes sejam constantemente reinfetados de maneira exógena e desenvolvam a doença posteriormente (MENDES et al., 2017; LIMA-JUNIOR, 2015).

O controle da infecção está usualmente relacionado à resposta imunológica do tipo 1 e produção de citocinas relacionadas à ativação de linfócitos T CD4+ e CD8+ que originam os granulomas. Já em pacientes com a resposta imunológica ineficaz, após infectarem a via linfática, os fungos seguem pela via hematogênica para múltiplos órgãos e sistemas e a doença já se estabelece após o primeiro contato. Assim, há uma deficiência na resposta do tipo 1 e predomina a reação do tipo 2, com ativação dos linfócitos B e altos títulos de anticorpos específicos que se correlacionam com a gravidade da doença (MENDES et al., 2017; TOLEDO, 2016; FORTES, 2011; YASUDA et al., 2018).

A evolução da PCM pode ser relacionada à cura ou óbito dos pacientes. As cicatrizes formadas nos tecidos afetados podem causar sequelas irreversíveis como enfisema e fibrose pulmonar (MENDES et al., 2017).



Fonte: (MENDES *et al.*, 2017)

SÍNDROMES CLÍNICAS

A PCM é uma micose sistêmica com alta probabilidade de infectar qualquer órgão ou sistema, logo seu quadro clínico é polimorfo. Assim é frequentemente confundida com outras patologias, principalmente em indivíduos que não fazem parte do grupo de risco. Geralmente os pacientes apresentam mal-estar e anorexia seguida de emagrecimento. A febre é ocasional e pode ser interpretada como sinal de gravidade(MENDES *et al.*, 2017).

Os outros sintomas associados são diretamente relacionados aos órgãos comprometidos pela infecção, embora haja comprometimento pulmonar em 90% dos casos. Logo, quando há manifestação da forma pulmonar, apesar da doença progredir lentamente ao longo dos anos, os sintomas comuns são tosse, dor torácica, dispneia e lesões pulmonares (nodulares, infiltrativas, fibróticas e cavitárias)(MENDES, 2012; YASUDA *et al.*, 2018).

Na ausência do tratamento, a infecção pode se disseminar para outros tecidos, como pele e mucosas, ossos, glândulas adrenais, fígado, baço e Sistema Nervoso Central.A PCM pode ser subclínica ou progressiva com formas pulmonares (aguda ou crônica) ou formas disseminadas (aguda, subaguda ou crônica) da doença (MURRAY;ROSENTHAL; FALLER, 2015; YASUDA*et al.*, 2018).

A forma aguda/subaguda ou forma juvenil (Figura 2) ocorre com evolução rápida e manifestação dos sintomas de 4 a 12 semanas após o contato com o fungo. Essa acontece em menor frequência, correspondendo cerca de 5% dos casos, é mais comum em crianças e adolescentes e é igualmente distribuída entre os sexos. O quadro clínico comumente inclui adenomegalia e vísceromegalias (hepatomegalia e/ou esplenomegalia), e com menor frequência tem-se comprometimento da medula óssea, do sistema ósseo - articular e lesões cutâneas (MENDES *et al.*, 2017; YASUDA *et al.*, 2018).

Mais de 90% dos pacientes apresentam a forma crônica ou tipo adulto (Figura 3), frequentemente associada a manifestação da forma pulmonar. Pode ser denominada unifocal se a infecção estiver restrita a somente um órgão e multifocal se disseminada; os sítios de disseminação mais comuns incluem pulmões, pele e mucosas. É mandatória a avaliação imunológica destes pacientes, como forma de guiar a terapêutica e acompanhamento do prognóstico (MURRAY,ROSENTHAL, FALLER, 2015; YASUDA*et al.*, 2018).

Figura 2. Crianças com a forma aguda da PCM.



1) Hepatoesplenomegalia. 2) Abscessos decorrentes do comprometimento ósseo - articular. 3) Lesões características de comprometimento linfático.

Fonte: (YASUDA *et al.*, 2006)

Figura 3. Aspectos clínicos da forma crônica da paracoccidioidomycose.



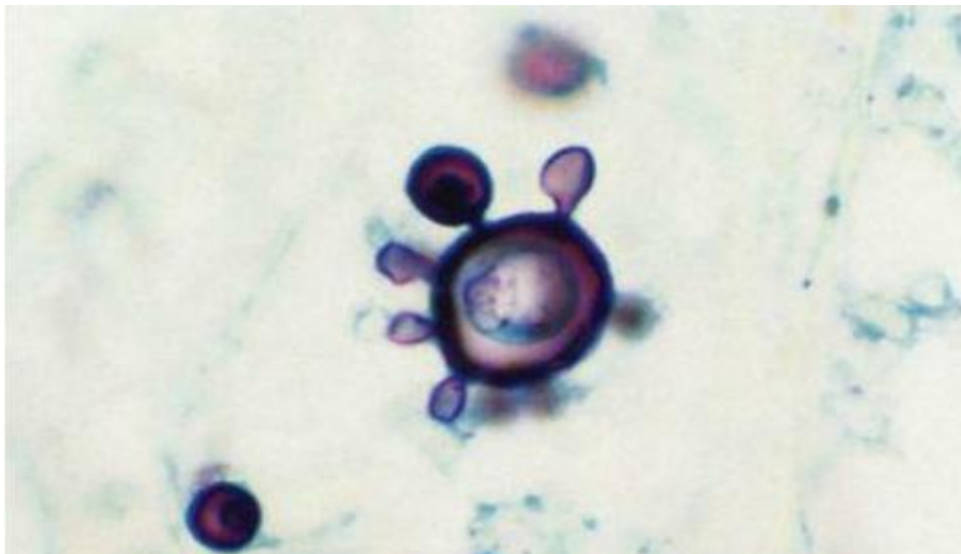
A) Lesões cutâneas em face resultantes de disseminação hematogênica. Lesões papulosas e ulcero - crostosas. B) Acometimento peri oral e mentoniano. C) Linfonodos cervicais e submandibulares fistulizados. D) Lesão vegetante com bordas irregulares em região peri anal.

Fonte: (YASUDA *et al.*, 2006)

DIAGNÓSTICO

A hipótese diagnóstica deve ser levantada durante o exame clínico, podendo ser confirmada através de radiografia de tórax, citologia e biópsia. No exame histopatológico observa-se células de levedura ovais a arredondadas com paredes duplas e brotamentos únicos ou múltiplos (blastocónidios), o que são características deste fungo (Figura 4). Os blastocónidios são ligados a um célula-mãe por um istmo estreito, e seis ou mais de vários tamanhos podem ser produzidos a partir de uma única célula assim denominadas de morfologia em “roda de leme”. Estas características são mais bem reveladas pelos corantes demetenamina de prata de Grocott-Gomori(GMS), mas também podem ser vistos em tecidos corados pela coloração Hematoxilina/Eosina ou com KOH(MURRAY;ROSENTHAL; FALLER, 2015).

Figura 4. Células leveduriformes de *Paracoccidioides brasiliensis* coradas pelos corantes de GMS, mostrando a morfologia de múltiplos brotamentos em “roda de leme”



Fonte: (MURRAY; ROSENTHAL; FALLER, 2015)

O diagnóstico também pode ser confirmado por cultura dos microrganismos, com a desvantagem de o fungo crescer lentamente, e testes sorológicos. Os testes sorológicos mais utilizados são imunodifusão dupla (IDD), contraimunoeletroforese(CIE), imunofluorescência indireta (IFI), ensaio imunoenzimático (ELISA) e imunoblot (IB) (ROSÁRIO *et al.*, 2017)

A paracoccidiodomicose faz diagnóstico diferencial com carcinoma, tuberculose, lúpus eritematososistêmico (LES), histoplasmose, coccidiodomicose, sarcoidose, sífilis, granulomatose de Wegener, granuloma inguinal, actinomicose e leishmaniose (ROSÁRIO *et al.*, 2017).

TRATAMENTO

O tratamento de escolha para a maioria das formas da doença é realizado com Itraconazol por um período de 6 a 18 meses para garantir a efetividade. Nas situações em que a infecção se demonstra grave ou refratária adota-se a terapia com a anfotericina B, que pode ser associada ao Itraconazol ou Sulfonamida. É de suma importância realizar uma pesquisa para avaliar comorbidades e assim prever o prognóstico desta condição clínica (YASUDA *et al.*, 2018)

Na ocorrência de emagrecimento expressivo, comprometimento do estado geral, insuficiência respiratória, alterações neurológicas ou sugestão de comprometimento adrenal, deve-se indicar a internação. Este paciente deve receber ainda suporte nutricional e odontológico para as condições gerais associadas a doença. O tratamento é encerrado quando se atingem os critérios de cura clínica da PCM que corresponde à ausência ou regressão dos sinais e sintomas da doença, a cicatrização das lesões tegumentares, a estabilização do peso corporal e a involução das adenomegalias. Tem-se também os critérios radiológicos de cura que são caracterizados pela estabilização do padrão da imagem obtida pela radiografia de tórax e da mudança no aspecto da imagem, com tais lesões de características anteriormente nodulares, micronodulares e cavitárias transformando-se em imagens lineares que caracteriza o processo de cicatrização e fibrose das lesões. Para além desses, o critério de cura imunológica também deve ser alcançado. O método mais utilizado para a detecção de anticorpos (Ac) é o IDD, onde espera-se obter a negatificação do título de Ac ou a sua estabilização em valores baixos (soro não diluído ou na diluição de 1:2). Por fim, para completar os critérios de cura da PCM, deve-se obter negatificação do exame micológico de amostras clínicas (MENDES *et al.*, 2017; YASUDA *et al.*, 2018).

Discussão

A PCM é uma micose sistêmica que representa um problema de saúde pública para a América Latina, particularmente para o Brasil. Sua via primária de infecção é o pulmão, porém pode apresentar várias manifestações clínicas quando há infecção do hospedeiro (TOLENTINO, 2010). No adulto a doença crônica pode ser multifocal, com comprometimento dos linfonodos, pele e mucosas, além da doença pulmonar. Assim são comuns sintomas como tosse, dispneia, emagrecimento e lesões mucocutâneas (WANKE; AIDÊ, 2009). A paciente exemplificada no relato não apresentava sintomas pulmonares, contudo apresentou as outras manifestações clínicas aqui citadas como lesões mucocutâneas, comprometimento de linfonodos e emagrecimento importante.

É de extrema importância que seja realizada uma anamnese dirigida para as formas clínicas conhecidas da doença, bem como alguns exames na conduta inicial do caso. É mandatório que se realize hemograma, provas de função hepática e renal, íons, VHS, proteínas totais, além de uma radiografia de tórax. O diagnóstico definitivo é feito através da biópsia tecidual, achado do fungo em espécimes ou sorologias (MURRAY; ROSENTHAL; FALLER, 2015; WANKE; AIDÊ, 2009). No caso clínico apresentado a radiografia de tórax não evidenciou alterações que sugerisse comprometimento pulmonar. Além dos exames laboratoriais solicitados à tal paciente, ainda sugeriu-se a pesquisa de outras doenças que poderiam estar associadas, por exemplo, hepatite B e a síndrome da imunodeficiência adquirida.

As manifestações cutâneas da PCM são originadas de disseminação hematogênica; assim como o caso exposto; contiguidade de lesão prévia ou inoculação direta do fungo na lesão. Cada uma destas lesões tem características próprias que facilitam a identificação de sua etiologia. As lesões provenientes da disseminação hematogênica são, na maioria das vezes, múltiplas, papulopustulosas ou acneiformes e que evoluem para lesões ulceradas. As lesões contíguas dependem da existência de uma lesão anterior, e se associam a acometimento ganglionar. É extremamente raro que ocorra a contaminação direta na pele, para isso acontecer é necessário que haja na região um trauma anterior (MARQUES et al., 2007).

A interação do hospedeiro com o patógeno é que determina o aspecto das lesões. É observado um infiltrado inflamatório granulomatoso compacto, com raros

fungos e padrão infiltrativo se há boa resposta do hospedeiro. No predomínio de ação do fungo as lesões são sucessivas e se modificam no decorrer da doença. As úlceras características da PCM são usualmente não infectadas, com o fundo granuloso fino e pontilhado hemorrágico. Em 61% dos casos as lesões cutâneas são associadas a comprometimento da mucosa (FORTES, 2011; MARQUES et al., 2007). A paciente não apresentava imunodeficiência ou fator de risco aparente para o desenvolvimento dessa micose sistêmica, contudo não teve uma resposta imune adequada para conter a patogenicidade do hospedeiro, visto que apresentou lesões múltiplas não contíguas em pele e mucosa oral além de comprometimento ganglionar.

O tratamento de escolha para o caso apresentado foi realizado com o Itraconazol. Vários esquemas já foram testados no tratamento da PCM, como Sulfametoxazol + Trimetoprim (24 meses) e Cetoconazol (12 meses), porém o Itraconazol (6 meses) tem se apresentado como a melhor opção farmacológica. É um medicamento fungistático, com ação fungicida em altas concentrações, que inibe a biossíntese de esteróides, triglicerídeos e fosfolípidos de membrana. Tem pH ótimo baixo, logo deve ser administrado durante as refeições para aproveitamento do suco gástrico liberado no estômago. O esquema atual inclui 200 mg diários por um período de 6 a 18 meses. Há controle da eficácia do medicamento através dos títulos da sorologia, bem como no acompanhamento ambulatorial da paciente (AQUINO-FORNERON, 2006; YASUDA et al., 2018).

O acompanhamento ambulatorial da paciente é recomendado até que sejam atingidos os critérios de cura clínicos, radiológicos, sorológicos e micológicos. É muito comum que os fungos permaneçam latentes no organismo e a infecção seja reativada, por isso é indicado aos pacientes um acompanhamento clínico e sorológico anual (RICCI et al., 2018; YASUDA et al., 2018).

Relatou-se o caso de uma paciente do sexo feminino, jovem, sem imunodeficiência, não tabagista e que afirmou nunca ter trabalhado ou frequentado constantemente área rural, ou seja, não apresentava nenhum fator de risco para o desenvolvimento desta micose sistêmica, tornando-se assim um caso de difícil identificação do possível fator causal da doença em tal paciente.

Conclusão

Visto tamanha prevalência da PCM na América Latina e tendo o Brasil como responsável por 80% dos casos no mundo, nota-se que é de extrema importância que o profissional médico seja capaz de reconhecer o quadro clínico da doença para conseguir levantar a hipótese diagnóstica de PCM, bem como seguir o protocolo para confirmação diagnóstica e, com a confirmação, poder instituir de maneira precoce e eficaz o tratamento medicamentoso correto à fim de propiciar um melhor prognóstico ao doente.

Em relação ao tratamento, na paciente descrita no caso foi administrado itraconazol na dose de 200mg dia durante 6 meses, tendo regressão quase total dos sintomas e se enquadrando nos critérios de cura. Os trabalhos e consensos analisados sugerem um tempo total de tratamento medicamentoso de 6 a 18 meses, variando de acordo com a metodologia da pesquisa, sendo assim, conclui-se que a avaliação dos critérios de cura e estado geral do paciente são pilares fundamentais para as decisões clínicas.

Ademais, nota-se, através da avaliação dos consensos, uma enorme divergência entre as literaturas, o que denota um descaso com a doença, tanto por parte dos médicos, quanto do sistema de saúde. Tendo em vista, ainda, que a notificação não é compulsória, todas as epidemiologias e fatores de riscos encontrados nos estudos estão subestimados. Dentro dessa perspectiva é pressuroso que a PCM se torne uma afecção de notificação compulsória, visando melhores estudos e controles sobre a doença.

PARACOCCIDIOIDOMYCOSIS: LITERATURE REVIEW AND CASE REPORT ON YOUNG WOMAN WITHOUT RISK FACTORS

Abstract

Introduction: Paracoccidioidomycosis (PCM) is a systemic mycosis caused in the majority of cases by *Paracoccidioides brasiliensis* with a high prevalence in South America, mainly in Brazil. Studies have shown a growing incidence of this infection in different states, as well as a significant lethality rate that accounts for 50% of all deaths from fungal diseases in the country. Objective: To carry out a case study on a patient diagnosed with PCM, to describe the therapeutics instituted and their respective results. Case Report: Female, 22 years old, presented mucocutaneous lesions, emaciation and weight loss. She underwent anamnesis, laboratory tests, biopsy and was diagnosed with PCM. Follows outpatient treatment. Conclusion: PCM In its chronic form can manifest with multifocal lesions, and compromise skin and mucous membranes, even if no lung injury occurs. It is essential to recognize the clinical picture so that the diagnosis can be performed effectively and instituted the appropriate treatment. Patients diagnosed must undergo treatment until the criteria for cure are met and annually monitor the titers by serology to combat the reactivation of the latent infection.

Key words: Paracoccidioidomycosis; Systemic Mycoses; Public health.

Referências

- AQUINO FORNERON, S. Paracoccidioomicosis: tratamiento contra conazol. **Mem. Inst. Investig. Cienc. Salud**, Asunción , v. 4, n. 2, p. 07-11, Dec. 2006.
- FAÇANHA, M.C., *et al.* Paracoccidioomicosis - description of two cases autochthonous in Ceará Braz **J Infect Dis**, v. 14, n.1, p. 86–88, 2011.
- FORTES, Maria Rita Parise *et al.* . Imunologia da paracoccidioomicose. **An. Bras. Dermatol.**, Rio de Janeiro , v. 86, n. 3, p. 516-524, June 2011.
- JUBÉ, M.R.R *et al.* Paracoccidioomicose – acometimento encefálico e medular: relato de caso. **Acta Fisiátrica**, v. 16, n. 1, p. 46-50, 2016.
- LIMA-JUNIOR, F.V.A *et al.* . Aspectos de imagem da paracoccidioomicose osteoarticular na avaliação por tomografia computadorizada. **Radiol. Bras.**, São Paulo , v. 48, n. 1, p. 1-6, Feb. 2015.
- LOTH, E.A. *et al.* . Occurrence of 102 cases of paracoccidioomicosis in 18 months in the Itaipu Lake region, Western Paraná. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.**, Uberaba, v. 44, n. 5, p. 636-637, Oct. 2011.
- MARQUES, Sílvio Alencar. Paracoccidioomicosis. **Clinics in dermatology**, v. 30, n. 6, p. 610-615, 2012.
- MARQUES, S.A. *et al.* Paracoccidioomicose: frequência, morfologia e patogênese de lesões tegumentares. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, p. 411-417, 2007.
- MARTINEZ, R. New trends in paracoccidioomicosis epidemiology. **Journal of Fungi**, v. 3, n. 1, p. 1, 2017.
- MARTINEZ, R. Epidemiology of paracoccidioomicosis. **Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo**, v. 57, p. 11-20, 2015.
- MATOS, W.B. *et al.* . Paracoccidioomicosis in the state of Maranhão, Brazil: geographical and clinical aspects. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.**, Uberaba, v. 45, n. 3, p. 385-389, June 2012 .

MENDES, R.P. *et al.* Paracoccidioidomycosis: Current Perspectives from Brazil. **The open microbiology journal**, v. 11, p. 224, 2017.

MURRAY, P.; ROSENTHAL, K.S.; PFALLER, M. A. **Microbiologíamédica**. Elsevier Brasil, p.3334-3341, 2015.

RICCI, C.D. *et al.* Paracoccidioidomicose: forma crônica cutânea. **Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba**, v. 20, n. 1, p. 51-54.

ROSARIO, J.S. *et al.* Diagnóstico e tratamento de paracoccidioidomicose: relato de caso clínico. **RevistaUnivap**, v. 22, n. 40, p. 641, 2017.

TOLEDO, Tatiana Alves *et al.* Prevalência de tabagismo, etilismo e comorbidades em pacientes com paracoccidioidomicose atendidos em um Hospital Universitário-Minas Gerais.2016. **Embrapa Gado de Leite-Artigo em periódico indexado (ALICE)**.

TOLENTINO, E.S. *et al.* Manifestações bucais da paracoccidioidomicose: considerações gerais e relato de caso. **RFO UPF**, Passo Fundo , v. 15, n. 1, abr. 2010.

VIEIRA, G. *et al.* Paracoccidioidomycosis in a western Brazilian Amazon State: clinical-epidemiologic profile and spatial distribution of the disease. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 47, n. 1, p. 63-68, 2014.

WANKE, B.; AIDÊ, M.A. Capítulo 6 - Paracoccidioidomicose. *J. bras.pneumol.*, São Paulo , v. 35, n. 12, p. 1245-1249, Dec. 2009 .

YASUDA, M. A. *et al.* Grupo de Consultores do Consenso em Paracoccidioidomicose. Consenso em paracoccidioidomicose. **Rev. Soc.Bras.Med.Trop.**, v. 39, n. 3, p. 297-310, 2006.

YASUDA, M. A. Pharmacological management of paracoccidioidomycosis. **Expert Opinion on Pharmacotherapy**, v. 6, n. 3, p.385-397, 2005.

YASUDA, M. A. *et al.* II Consenso Brasileiro em Paracoccidioidomicose - 2017*. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 27, n. esp, jul. 2018