

PARACOCCIDIOIDOMICOSE NA CAVIDADE BUCAL- RELATO DE CASO

PARACOCCIDIOIDOMYCOSIS IN ORAL CAVITY- CASE REPORT

Maurício Pereira Macedo¹, Danielly de Fátima Castro Leite², Luana Carneiro Diniz Souza³, Hassan Lavalier de Oliveira Lima⁴, Fernanda Ferreira Lopes⁵

1 - Mestrando em Odontologia pela Universidade Federal do Maranhão (UFMA), São Luis, Maranhão, Brasil

2 - Especialização em andamento em Radiologia Odontológica/Imaginologia pela Universidade Estadual de Maringá (UEM), Maringá, Paraná, Brasil

3 - Doutoranda em Odontologia pela Universidade Federal do Maranhão (UFMA), São Luis, Maranhão, Brasil

4 - Cirurgião Bucomaxilofacial do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão – Unidade Presidente Dutra, São Luis, Maranhão, Brasil

5 - Professora associada do Departamento de Odontologia II pela Universidade Federal do Maranhão, São Luis, Maranhão, Brasil

Unitermos:

*Diagnóstico Bucal; Biópsia; Paracoccidio-
domicose*

Key words:

*Diagnosis, Oral; Biopsy; Paracoccidi-
oidomycosis*

RESUMO

A Paracoccidioidomicose é uma infecção micótica sistêmica, que envolve primariamente os pulmões, podendo se estender para outros sítios, inclusive a boca. Relata-se um caso clínico de Paracoccidioidomicose, destacando a importância da Odontologia Hospitalar no seu diagnóstico. Paciente, 56 anos, masculino, fumante e etilista por 40 anos. Apresentava área ulcerada localizada em gengiva inserida entre os dentes 44 e 45. Foi realizada biópsia incisional de lesão bucal, detectando-se a presença do fungo Paracoccidioides brasiliensis no exame histopatológico. A terapêutica médica foi direcionada para a PCM com itraconazol 100 mg (2x/dia) por dois anos. No exame clínico de preservação, verificou-se cicatrização completa da região. A interação do Cirurgião-Dentista com profissionais das diferentes áreas médicas em âmbito hospitalar é importante para o cuidado integral do paciente hospitalizado.

ABSTRACT

Paracoccidioidomycosis is a systemic fungal infection, primarily involving the lungs and may extend to other sites, including the mouth. We report case of paracoccidioidomycosis, highlighting the importance of Hospital Dentistry for their diagnosis. Patient, 56, male, smoking and drinking for forty years. There was an ulcerated area located in attached gingiva between teeth 44 and 45. Incisional biopsy of oral lesion was performed by detecting the presence of Paracoccidioides brasiliensis fungus in the histopathological examination. Medical therapy was directed to the PCM with itraconazole 100mg (2x/day) for two years. On examination of follow up, there was complete healing of the region. The interaction of dentist with professionals from different medical areas is important to the wholly care of hospitalized patient.

55

Autor correspondente

Maurício Pereira Macedo

Rua 2 Quadra 4 Casa 5, Conjunto Jardim SM II, Bequimão - Cep.: 65061-270 | São Luiz - MA

Tel.: (98) 987413219, (98) 988635128, (98) 981222248

E-mail: mauriciomacedo87@hotmail.com

INTRODUÇÃO

A inclusão do cirurgião-dentista na equipe de saúde em âmbito hospitalar enfatiza a manutenção da integralidade do paciente¹. Na Odontologia Hospitalar são executados procedimentos odontológicos que envolvem cirurgia, interpretação de exames complementares, diagnóstico de alterações bucais, procedimentos emergenciais, prevenção e reabilitação bucal, além de exigir discussões sobre riscos e benefícios, atuando em uma equipe multidisciplinar².

As alterações bucais podem ser os primeiros sinais e sintomas de alterações sistêmicas³ e indicar o início ou evolução de alguma enfermidade, funcionando como um sistema de alarme precoce para algumas doenças⁴.

Infecção micótica sistêmica, profunda e granulomatosa⁵, a Paracoccidioidomicose (PCM) ou Blastomicose Sul Americana pode ser adquirida por via inalatória, por lesões na pele ou nas mucosas, com maior frequência no gênero masculino, raça de pele branca, faixa etária entre 41 e 50 anos e principalmente aqueles que exercem alguma função na atividade rural⁶. Considerada endêmica nas Américas Central e do Sul⁷ e prevalente no Brasil⁸.

A PCM envolve primariamente os pulmões, pode disseminar-se para vários órgãos⁹, com período de incubação de 15 dias a 40 anos⁵ e apresenta-se sob as formas clínicas, aguda ou subaguda e crônica¹⁰, levando algumas vezes, à fibrose pulmonar e a limitação respiratória importante¹¹. Em muitos casos, apresenta sinais e sintomas na cavidade bucal¹².

O diagnóstico definitivo desta patologia é obtido com a detecção do agente etiológico em fluidos biológicos ou tecido, principalmente por exame micológico direto e/ou histopatológico¹³. Na cavidade bucal se apresenta como estomatite moriforme, de evolução lenta, com fundo de aspecto de finas granulações vermelhas e pode estar sob a forma de ulceração, com dores, sangramento, mobilidade dos dentes e sialorréia¹⁴. Sendo assim, o presente estudo relata um caso clínico de PCM, destacando a importância do cirurgião-dentista na conduta clínica multiprofissional adequada.

RELATO DE CASO

Paciente de 56 anos, peso de 61 kg, gênero masculino, leucoderma, casado, natural de Olho d'Água das Cunhãs, residente em Paço do Lumiar - MA, fumante e etilista social

por 40 anos, trabalhou em madeira no Estado do Pará por aproximadamente 3 anos e em carvoaria na cidade de Açailândia-MA por alguns meses, antes de exercer a atual ocupação de motorista. Estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Maranhão - Parecer nº 940.497.

O paciente foi admitido pelo serviço de Clínica Médica do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão para investigação de dispnéia aos esforços há cinco meses, perda ponderal de 4 kg e de lesões bucais (Imagem 1). O paciente em questão foi submetido à cultura do swab bucal por esfregaço, broncoscopia com lavado brônquico para pesquisa de fungos e pesquisa do Bacilo Álcool Ácido Resistente (BAAR), com resultado negativo em todos os exames.



56

Imagem 1 – Aspecto clínico das lesões de paracoccidioidomicose em gengiva inserida

O paciente relatou ter uma área ulcerada, dolorosa localizada em gengiva inserida entre os dentes 44 e 45 que coincidiu com os sintomas iniciais de dispnéia e mascava gravetos como hábito deletério. Atendido no Serviço de Odontologia e foi submetido à raspagem supragengival de toda arcada dentária e posteriormente foi realizada biópsia incisional de lesão bucal e retirou-se duas peças, sendo uma para o exame histopatológico (material fixante: formol a 10%) (Imagem 2) e a outra para o exame microbiológico (material fixante: soro fisiológico).



Imagem 2 - Fragmento de mucosa afetada de gengiva inserida após incisão sendo depositada em material fixante - formol a 10%

Detectou-se a presença do fungo *Paracoccidioides brasilienses* no exame histopatológico, evidenciando processo inflamatório granulomatoso, contendo células gigantes multinucleadas com corpos ovais PAS positivo em seu interior, compatível com paracoccidioidomicose (Imagem 3). Após este resultado, a terapêutica médica foi direcionada para a PCM com sulfametoxazol-trimetoprim e o paciente apresentou efeitos colaterais, seguindo-se então com itraconazol 100 mg (2x/ dia).

O paciente apresentou melhora significativa do quadro clínico e recebeu alta hospitalar. Uma semana depois, o paciente em questão recebeu tratamento periodontal e dentística restauradora, além de remoção das suturas. Permaneceu sob terapia antifúngica por dois anos. Após a suspensão desta, foi feito um exame clínico de proervação, em que verificou-se cicatrização completa da região previamente lesionada (Imagem 4). Atualmente, o paciente está em acompanhamento ambulatorial interdisciplinar.

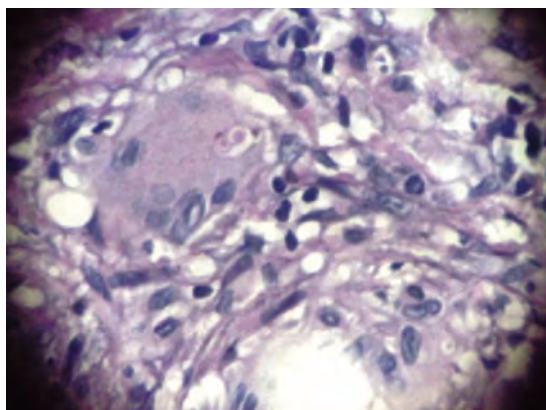


Imagem 3 – Fotomicrografia evidenciando células gigantes multinucleadas com corpos ovais PAS positivo em seu interior, compatível com paracoccidioidomicose



Imagem 4 – Aspecto clínico da gengiva inserida cicatrizada após dois anos de tratamento antifúngico contínuo

DISCUSSÃO

O caso clínico apresenta a importância da atuação do cirurgião-dentista no tratamento de um paciente com infecção sistêmica. Destaca-se que a paracoccidiodomicose pode apresentar sequelas graves ou evoluir ao óbito, caso o diagnóstico seja retardado ou o tratamento mal conduzido. É importante que o profissional esteja atento para as manifestações bucais e seja capaz de estabelecer o diagnóstico correto desta enfermidade¹⁵.

Aspectos clínicos e sociais coincidentes reafirmam a necessidade do diagnóstico diferencial da PCM com a tuberculose (TB), observando-se febre, perda de peso e lesões orais ulceradas crônicas com localização diversa¹⁶. Outro diagnóstico diferencial é com o carcinoma espinocelular (CEC), tendo como base a informação do uso crônico de álcool e fumo e o aspecto ulcerado de lesão bucal¹⁷. Há a possibilidade de erro diagnóstico, quando a apresentação clínica e radiológica não permite distinção clara entre a TB e a PCM¹⁸.

Este caso clínico foi diagnosticado em um indivíduo do sexo masculino, corroborando com a literatura¹⁹, o PCM ter marcante predileção por homens, devido ao efeito protetor dos hormônios femininos, sendo o B-estradiol inibidor da transformação de hifas para a forma patogênica de leveduras, pois o fungo possui receptores para os hormônios estrogênicos. Outra característica marcante é ocorrer maior exposição do homem a fontes de infecção²⁰, inclusive por motivos ocupacionais²¹, pois os homens do campo executam mais atividades de contato com o solo²².

Estudos mencionam que o padrão de diagnóstico da PCM em exames laboratoriais é o encontro de elementos fúngicos sugestivos de *P. brasiliensis* inclusive em exame a fresco de escarro⁷, o que não foi eficaz neste caso, pois em lesões profundas a visualização ou cultivo deste fungo é difícil²³, embora o pulmão seja o órgão mais frequentemente acometido e que origina as manifestações clínicas¹⁴.

Por demonstrar este agente etiológico em tecido por exame histopatológico¹⁴, é necessário utilizar a coloração PAS para evidenciar o microrganismo da PCM após biópsia para o diagnóstico definitivo²⁴, por ser considerado o método mais confiável¹³. O diagnóstico definitivo da patologia do paciente em questão foi assim obtido.

Destaca-se similaridade entre o caso clínico aqui apresentado e outro estudo recente, pois em ambos havia a hipótese diagnóstica inicial de tuberculose, inclusive o paciente procurou atendimento odontológico por conta de lesão bucal, no entanto, após a realização da biópsia incisional da lesão, foi obtido o diagnóstico para PCM¹⁷.

Estudo retrospectivo feito em duas instituições revelou a média de idade de 49,2 anos²⁵. Entretanto, a idade do paciente relatado neste caso clínico foi de 56 anos, corroborando com a margem de idade mínima de 32 anos e a máxima de 72 anos, sendo que a quinta e a sexta décadas de vida foram as que apresentaram maior número de indivíduos acometidos²². Destaca-se que são raros os casos que acometem crianças, não havendo predileção por sexo²¹.

Relacionando sexo e idade, simultaneamente, estudo recente pontua que a forma aguda acomete indivíduos jovens

de ambos os sexos, normalmente entre as duas primeiras décadas de vida, sendo a evolução para a forma crônica, um acontecimento incomum. Já a forma crônica, acomete mais homens que mulheres, ocorrendo em adultos na faixa etária entre 30 a 50 anos, como reativação do fungo endógeno latente²⁶. Outro estudo destaca que em três décadas houve uma redução do percentual de mulheres acometidas em um grupo de pacientes de 20 a 39 anos²⁷.

O presente relato refere-se a um fumante e etilista há 40 anos, o que coincide de maneira relevante com os hábitos relatados por indivíduos acometidos por PCM. Pesquisa retrospectiva pontua que a maioria dos pacientes era tabagista (91,6%) e 48,3% eram etilistas²⁵, enquanto em outro estudo, 61,6% eram tabagistas e etilistas, 19,3% eram apenas tabagistas e 15,3% não possuíam vício, com apenas um caso de etilista não tabagista²².

A PCM ocorre na maioria dos casos, em indivíduos que possuem o hábito de mascar folhas e vegetais e usar gravetos para palitar os dentes^{12,13,28}. Nas casuísticas estudadas observou-se que os pacientes com diagnósticos de PCM possuíam associação a algum tipo de atividade agrícola e provavelmente nesta época foram infectados, o que sugere o mesmo com o paciente em questão, que trabalhou em madeireira e em carvoaria por período considerável, além de possuir hábito deletério de mascar gravetos. Há registro de que apenas 4,9% dos pacientes acometidos por PCM eram motoristas²⁵ e que 7,7% tinha a mesma ocupação²², profissão atual do paciente aqui relatado.

Na maioria dos casos relatados, os pacientes com PCM eram oriundos de regiões agrícolas¹⁴, assim como o descrito neste trabalho e predominam em indivíduos que vivem em condições de higiene e socioeconômicas precárias²⁸, o que contrasta com o caso clínico exposto, pois este mora em região com condições de saneamento básico aceitáveis, embora em zona predominantemente agrícola.

Quanto à topografia das lesões, estudo aponta que não há local específico da mucosa para a sua manifestação, sendo frequentemente isolados no tecido periodontal, mesmo na ausência de lesões gengivais²⁹. A frequência com que a lesão inicial localiza-se na região de gengiva inserida ocorre pela acentuada presença de uma precária higiene bucal, gengivite e periodontite³⁰, o que também foi encontrado neste caso.

CONCLUSÃO

Este caso mostrou a importância do exame clínico odontológico na detecção de lesões bucais e como a biópsia incisional foi importante para o diagnóstico de PCM. Também se recomenda a necessidade contínua do serviço de Odontologia Hospitalar, confirmado pela interação do Cirurgião-Dentista com os demais profissionais das diferentes áreas da saúde, que foi determinante para o cuidado integral do paciente hospitalizado.

REFERÊNCIAS

1. Lima DC, Saliba NA, Garbin AJ, Fernandes LA, Garbin CAS. A importância da saúde bucal na ótica de pacientes hospitalizados. Cien Saude Colet 2011;16 Supl 1:1173-80.

2. Santos PSS, Soares Júnior LAV. Histórico e Conceitos. In: Santos PSS, Soares Júnior LAV editores. Medicina Bucal: A Prática na Odontologia Hospitalar. São Paulo: Santos; 2012. p. 3-4.
3. Pereira AC, et al. Pacientes imunossuprimidos. In: Pereira AC editor. Tratado de saúde coletiva em odontologia. São Paulo: Napoleão; 2009. p. 653-72
4. Shitara PPL. A percepção dos médicos do conjunto hospitalar de Sorocaba em relação à importância da saúde oral (dissertação). Piracicaba: Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Universidade Estadual de Campinas; 2008.
5. Padula DH. Paracoccidiodomicosis. Estudio sobre 284 pacientes em la provincia de Misiones. Rev Asoc Odontol Argent 1999;87(3):251-53.
6. Noronha Filho OL, Valente C. Paracoccidiodomicose com manifestação bucal - Casuística em Volta Redonda-RJ nos anos de 2005 a 2008. Rev Univ Vale do Rio Verde 2011;9(2):24-34.
7. Shikanai-Yasuda MA, Telles Filho FQ, Mendes RP, Colombo AL, Moretti ML. Consenso em Paracoccidiodomicose. Rev Soc Bras Med Trop 2006;39(3):297-310.
8. Van Damme PA, Bierenbroodspot F, Telgts DS, Kwakman JM, De Wilde PC, Meis JF. A case of imported paracoccidiodomycosis: an awkward infection in The Netherlands. Med Mycol 2006;44(1):13-8.
9. Maeda L, Hara MH, Sabedotti IF, Montandon C, Torriani M, Nanni L. Paracoccidiodomicose óssea associada à síndrome da imunodeficiência adquirida: relato de um caso. Rev Imagem 1999;21(1):21-4.
10. Bertoni TA, Takao EKH, Dias JRC, Svidzinski TIE. Paracoccidiodomicose e tuberculose: diagnostico diferencial. J Bras Patol Med Lab 2010;46(1):17-21
11. Cock AM, Cano LE, Vélez D, Aristizábal BH, Trujillo J, Restrepo A. Fibrotic sequelae in pulmonary paracoccidiodomycosis: histopathological aspects in BALB/c mice infected with viable and non-viable *Paracoccidiodoides brasiliensis* propagules. Rev Inst Med Trop 2000;42(2):59-66.
12. Maluf MLF, Pereira SRC, Takahachi G, Svidzinski TIE. Prevalência de paracoccidiodomicose - infecção determinada através de teste sorológico em doadores de sangue na região noroeste do Paraná, Brasil. Rev Soc Bras Med Trop 2003;36(1):11-6.
13. Toledo GL, Marzola C, Toledo Filho JL, Capelari MM. Blastomicose sul americana – apresentação de caso clínico tratado com associação de inidazóis sistêmico e tópico. Rev Port Estomatol Med Dent Cir Maxilofac 2011;52(2):83-8.
14. Bisinelli JC, Telles FQ, Sobrinho JA, Rapoport A. Manifestações estomatológicas da paracoccidiodomicose. Rev Bras Otorrinolaringol 2001;67(5 Pt 1):683-87.
15. Silva MACN, Muniz CR, Branco RCC, Costa INA, Bezerra GFB, Viana GMC, Costa MRSR, Nascimento MDSB. Paracoccidiodomicose pulmonar com manifestações orais: relato de caso. NewsLab 2015;(127):66-8.
16. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. Doenças fúngicas e protozoárias. In: Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE editores. Patologia Oral e Maxilofacial. Rio de Janeiro: Elsevier; 2009. p.196-7.
17. Vieira T, Martinez R, Ferreira CM, Cardoso JA, Falcão GGVSC, Farias JG. Lesões de paracoccidiodomicose acometendo tecido cutâneo e mucosa bucal: relato de caso clínico; Rev Bahiana Odont 2013;4(1):54-64.
18. Girardi FM, Scroferneker ML, Gava V, Pruinelli R. Head and neck manifestations of paracoccidiodomycosis: na epidemiological study of 36 cases in Brasil. Mycopathologia 2012;173(2-3):139-44.
19. Cataño JC, Aguirre HD. Disseminated Paracoccidiodomycosis. Am J Trop Med Hyg. 2013; 88(3):407-8.
20. Marques SA. Paracoccidiodomycosis. Clin Dermatol. 2012;30(6):610-5.
21. Hassessian A, Ishikawa EN, Alencar FI, Marcucci G. Estudo da prevalência de lesões bucais em pacientes portadores de paracoccidiodomicose na região de Campo Grande – Mato Grosso do Sul. RPG rev pos-grad 2000;7(3):214-8.
22. Palheta-Neto FX, Moreira JS, Martins ACC, Cruz FJ, Gomes ER, Pezzin-Palheta AC. Estudo de 26 casos de paracoccidiodomicose avaliados no Serviço de Otorrinolaringologia da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Rev Bras Otorrinolaringol 2003;69(5):622-7.
23. Marques da Silva SH, Colombo AL, Blotta MH, Lopes JD, Queiroz-Telles F, Pires de Camargo Z. Detection of circulating gp43 antigen in serum, cerebrospinal fluid, and bronchoalveolar lavage fluid of patients with paracoccidiodomycosis. J Clin Microbiol 2003;41(8):3675–3680.
24. Bicalho RN, Santo MF, de Aguiar MC, Santos VR. Oral paracoccidiodomycosis: A retrospective study of 62 Brazilian patients. Oral Dis 2001;7(1):56-60.
25. Sassi LM, Biazolla ER, Trompczynski I, Kanzake T, Freitas SEN, Furuse CF, et al. Manifestação bucal da paracoccidiodomicose. Rev Int Estomatol 2004;1(2):57-61.
26. Loth EA, Castro SV, Silva JR, Gandra RF. Occurrence of 102 cases of paracoccidiodomycosis in 18 months in the Itaipu Lake region Western Paraná. Rev Soc Bras Med Trop 2011;44(5):636-7.
27. Fabris LR, Andrade UV, Santos AF, Marques APC, Oliveira SMVL, Mendes RP, Paniago AMM. Decreasing prevalence of the acute/ subacute clinical form of paracoccidiodomycosis in Mato Grosso do Sul State, Brazil. Rev Inst Med Trop 2014;56(2):121-5.
28. Leal Filho MB, Borges G, Silva Junior RG, Aguiar AAX, Almeida BR, Vieira MACS, Pinheiro LMR. Paracoccidiodomicose em hemisfério cerebral e tronco encefálico. Arq Neuropsiquiatria 2006;64(3):686-9.
29. Fonseca ERS, Pardal PPO, Severo LC. Paracoccidiodomicose em Crianças em Belém do Pará. Rev Soc Bras Med Trop 1999; 32(1):31-3.
30. Sidrim JJC, Rocha MFG. Paracoccidiodomicose. In: Sidrim JJC, Rocha MFG editores. Micologia Médica à Luz de Autores Contemporâneos. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2004. p. 204-21.

Recebido para publicação: 05/10/2015
Aceito para publicação: 19/08/2016