

Manifestações bucais da paracoccidioidomicose: relato de caso

Oral manifestations of paracoccidioidomycosis: a case report

Rodrigo Queiroz Aleixo¹
Moacyr Tadeu Vicente Rodrigues¹
Dabiliane Oliveira Rodrigues do Nascimento¹
Denise Tostes Oliveira²

Correspondência: rodrigoaleixo@yahoo.com.br
Submetido: 05/10/2016 Aceito: 04/12/2016

Resumo

A paracoccidioidomicose é uma infecção fúngica sistêmica profunda que acomete principalmente homens trabalhadores rurais. É uma patologia endêmica na região norte do Brasil e os pacientes acometidos podem apresentar lesões de mucosa bucal. O presente trabalho traz um relato de caso clínico de lesões bucais secundárias da Paracoccidioidomicose, em paciente de 49 anos, gênero masculino, agricultor, encaminhado ao Departamento de Estomatologia da Faculdade São Lucas com suspeita de câncer bucal. São discutidas as características clínico-histopatológicas, epidemiológicas, importância e conduta a ser adotada pelo profissional diante desta entidade. Apesar de tratar-se de uma doença sistêmica, o cirurgião dentista constitui um elo importante na manutenção da saúde do paciente, uma vez que as lesões bucais podem ser a primeira queixa, direcionando o diagnóstico da doença para que, o quanto antes, seja estabelecido o início do tratamento.

Palavras-chave: Paracoccidioidomicose, manifestações bucais, diagnóstico bucal, epidemiologia.

Abstract

Paracoccidioidomycosis is a deep systemic fungal infection that mainly affects rural workers. It is endemic to the northern region of Brazil, and affected patients may present oral lesions. This paper reports a case of secondary oral paracoccidioidomycosis lesions in a 49-year-old man. The patient was a farmer and he was referred to the Department of Stomatology of the Faculdade São Lucas with oral lesions; it was suspected that the patient had oral cancer. The clinical, histopathological, and epidemiological characteristics of the disease were discussed, as is the importance of the dentist's conduct when faced with this entity. Even though paracoccidioidomycosis is a systemic disease, the dental surgeon is an important link in maintaining the patient's health, because oral lesions may be one of the patients'. In this way, it may be dentists who direct disease diagnosis and initiate treatment as soon as possible.

Key words: Paracoccidioidomycosis; Oral manifestations; Oral diagnosis; Epidemiology.

1 Centro Universitário São Lucas, Porto Velho, RO, Brasil.

2 Universidade de São Paulo FOB/USP, Bauru, SP, Brasil.

Introdução

A Paracoccidioidomicose (PCM), também conhecida como blastomicose brasileira, blastomicose sul-americana ou moléstia de Lutz [1], é uma infecção sistêmica profunda [2], causada pelo fungo termodimórfico *Paracoccidioides brasiliensis*, saprófito de plantas, água e solos de regiões tropicais e subtropicais, endêmica e autóctone da América Latina [3,4].

Em humanos, são conhecidas as formas crônica, aguda/subaguda e sequelar ou residual. A forma crônica ocorre em maior frequência em adultos do gênero masculino, após a terceira década de vida [1,2,5,6].

A infecção primária ocorre nos pulmões, por inalação [1,2], podendo disseminar-se para o resto do organismo por via linfática ou hematogênica, podendo originar lesões secundárias nas mucosas, pele, linfonodos e glândulas adrenais [5,7].

As manifestações secundárias desta patologia podem acometer a cavidade bucal, o que leva o paciente a buscar o cirurgião-dentista, sendo o aspecto destas lesões de grande importância para direcionar a conduta a ser adotada pelo profissional, evitando perda de tempo para o encaminhamento ao serviço médico especializado no tratamento, diminuindo sequelas, mortalidade e morbidade que possam ser provocados pela doença. A paracoccidioidomicose atinge a população a partir da terceira década de vida, ou seja, adultos em idade financeiramente ativa, podendo causar grande impacto social e econômico. O objetivo deste trabalho foi relatar um caso de paracoccidioidomicose com manifestações bucais, discutindo as características clínicas e a importância do cirurgião dentista na identificação das lesões, diagnóstico e imediato encaminhamento para tratamento da doença. O presente trabalho foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade São Lucas, com parecer aprovado sob o protocolo número 11/08.

Relato do caso

Paciente do gênero masculino, 49 anos de idade, pardo, tabagista, agricultor, foi encaminhado por um médico da Unidade de Saúde Pública Municipal ao Departamento de Estomatologia da Faculdade São Lucas, com suspeita de câncer bucal. O mesmo queixava-se de “dor nos lábios e na bochecha na parte de dentro”, há aproximadamente quatro meses. Após realização de exame intrabucal, constatou-se a presença de ulcerações com aspecto de “estomatite moriforme” no vestíbulo superior e inferior, mucosa jugal bilateral (Figura 1), gengiva inserida e rebordo alveolar (Figura 2), além do assoalho bucal. Constatou-se também a presença de macroqueilia no lábio inferior (Figura 3) e linfadenopatia cervical. O paciente, quando questionado, relatou que há algum tempo a coloração de sua pele estava escurecendo gradativamente. As características supracitadas coincidem com as manifestações secundárias da PCM. Foi realizada biópsia incisional para remoção de fragmentos de mucosa patológica e sadia em duas áreas de lesões: vestíbulo inferior e assoalho bucal (Figura 4). Para tal, foi utilizada anestesia local infiltrativa, sendo que os fragmentos removidos foram imersos em formol a 10% e enviados para análise histopatológica.



Figura 1- Estomatite moriforme na mucosa jugal direita



Figura 2- Aspectos clínicos de “Estomatite moriforme”, localizada no rebordo superior da cavidade bucal do paciente, no espaço dos incisivos centrais



Figura 3- Manifestação clínica secundária de PCM, localizado no lado direito do lábio inferior do paciente (macroqueilia).

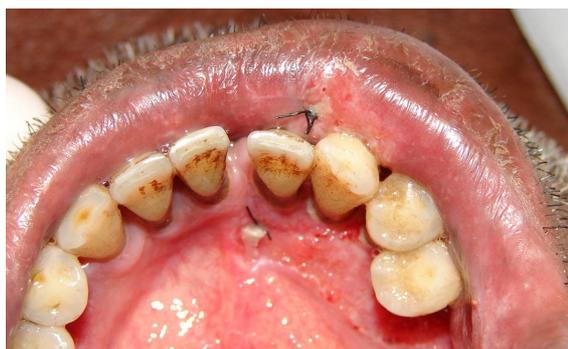


Figura 4- Síntese após biópsia incisional das lesões secundárias de PCM, localizadas no vestíbulo inferior e assoalho bucal do paciente.

Leveduras grandes (com mais de $30\mu\text{m}$ de diâmetro) e dispersas foram prontamente identificadas após a coloração de cortes de tecido com Grocott-Gomori, metenamina de prata ou PAS. Comumente as leveduras emitem brotamentos múltiplos, com aspecto clássico de “Mickey Mouse” ou roda de leme [8] (Figura 5).

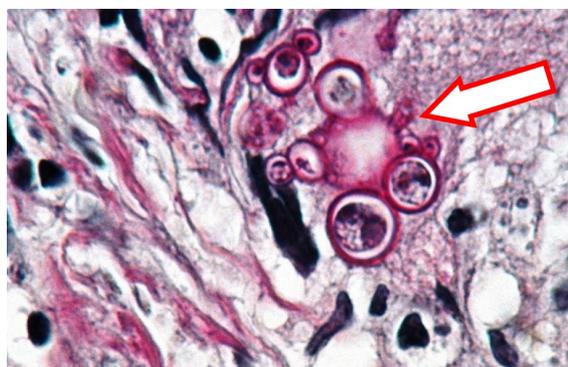


Figura 5- Criptoesporulação fúngica destacando núcleos fortemente corados e cápsulas birrefringentes. (PAS, Obj. 100X).

O diagnóstico histopatológico confirmou o diagnóstico clínico presuntivo, Paracoccidioidomicose. A conduta adotada foi o encaminhamento do paciente ao centro de referência em micoses sistêmicas (Centro de Medicina Tropical de Rondônia – CEMETRON) para que fosse realizado o devido tratamento sistêmico.

O paciente iniciou o tratamento e, um ano após o encaminhamento do mesmo ao CEMETRON, foi procurado pelos cirurgiões-dentistas, para que o curso do tratamento fosse avaliado. Foi observada regressão de todas as lesões bucais, porém logo após o desaparecimento destas, o paciente abandonou o tratamento sistêmico. Foi novamente encaminhado e orientado a reiniciar o tratamento da doença.

Esta situação dificulta a cura completa do paciente, colocando em risco sua saúde e até mesmo sua vida, uma vez que, se o tratamento não for finalizado, não existe cura, e os fungos podem se tornar resistentes ao tratamento, dificultando ainda mais a erradicação do patógeno.

Discussão

A paracoccidioidomicose pode provocar diversos sintomas, mas nenhum patognomônico. Por isso, existe a grande importância de se conhecer os sinais e sintomas e, agregando-se a anamnese aos sinais clínicos, pode-se chegar a um diagnóstico fortemente presuntivo. Alguns dos sinais e sintomas que o indivíduo pode apresentar são: insônia, debilidade, inapetência, tosse, hemoptise, febre, prurido e ardor [9]. O comprometimento pulmonar causa dispneia e o envolvimento da laringe e cordas vocais ocasionam diversos graus de disfonia, ou até mesmo afonia [10]. Lesões de palato mole e laringe causam odinofagia, levando à perda de peso, agravando o quadro geral do paciente e impedindo que o sistema imunológico realize um combate eficaz contra a patologia, ocasionado pela deficiência nutricional [11].

Dentre as formas clínicas da doença, estão a juvenil, a aguda/subaguda, crônica e a sequele ou residual. A infecção normalmente é adquirida nas duas primeiras décadas de vida, após a inalação dos conídios [12]. No entanto, a evolução nesta época é incomum, incidindo normalmente em adultos entre 30 e 50 anos de idade [1,8] e, se não tratada, pode levar à forma residual, caracterizada por sequelas que podem envolver e lesar vários órgãos e sistemas permanentemente [13].

Uma das situações comuns, encontrada também nestes casos, é a disfunção das glândulas adrenais, levando a níveis elevados do hormônio adrenocorticotrópico (ACTH), provocando hiperpigmentação generalizada da pele, classificada classicamente como “bronzamento” [14], característica clínica observada no caso relatado.

A paracoccidioidomicose é uma doença que atinge preferencialmente indivíduos do gênero masculino. Alguns estudos retrospectivos confirmam este fato, no qual foi encontrado até 80% de indivíduos do gênero masculino com a moléstia [8,15,16]. Acredita-se que a causa desta diferença seja pela proteção do hormônio feminino beta-estradiol, o qual inibe a transformação da forma de hifa dos microrganismos para a forma patogênica de levedura [2].

Quanto à localização, os sítios mais acometidos são: mucosa alveolar, gengiva e palato. Em alguns casos não raros, lábios, orofaringe e mucosa jugal também são envolvidos [2,15,17,18].

Em alguns casos, o periodonto também pode estar comprometido, resultando em mobilidade dentária. A frequência com que a lesão inicial se localiza nessa região possivelmente se dá pela acentuada má higiene bucal, gengivite e periodontite associadas, na maioria das vezes, ao etilismo e ao tabagismo, situações estas que agravam ainda mais as manifestações clínicas bucais, uma vez que o álcool se encontra em direto contato com a superfície ulcerada das lesões, e os derivados do tabaco causam vasoconstrição nos capilares, diminuindo a ação das células inflamatórias, as quais serão responsáveis pela formação da fibrina e cicatrização local [11].

Quanto ao tratamento da PCM, existem vários antifúngicos disponíveis. O itraconazol é a droga que apresenta maior efetividade aliada à menor incidência de efeitos adversos. Porém, o

acesso às drogas pelo paciente deve ser avaliado, uma vez que a terapia medicamentosa é prolongada e geralmente os pacientes acometidos pela PCM pertencem a classes socioeconômicas baixas [19].

Este fato é importante para que o cirurgião dentista fique atento e verifique se o paciente está realmente dando continuidade ao tratamento, a fim de que, como antes mencionado, não ocorra disseminação dos fungos para outros órgão e sistemas, e também pelo fato de que alguns medicamentos usados no tratamento da PCM podem causar hipersensibilidade, como as sulfas, ou ter efeitos nefrotóxicos, como a anfotericina B devido à necessidade do uso prolongado [1].

O cirurgião dentista tem um papel fundamental na tentativa de diminuir danos maiores aos tecidos dentais e estruturas associadas, podendo também evitar a disseminação dos microrganismos por via hematogênica provocados por procedimentos cruentos. Assim sendo, o tratamento odontológico só deve ser realizado após o início do tratamento sistêmico da PCM, uma vez que procedimentos desde os mais simples, até os mais complexos, como uma exodontia, podem trazer sérias complicações como, por exemplo, a não cicatrização do alvéolo dentário [11].

Quanto aos aspectos epidemiológicos, estudos afirmam que as regiões Sudeste e Centro-Oeste são as áreas onde se concentram a maior parte dos casos de PCM [3,16,20,21]. Pode-se observar, porém, que a região amazônica possui o habitat propício para o desenvolvimento do fungo, uma vez que o clima quente e úmido o favorece, além da economia estruturada em ocupações que utilizam a terra, como a agropecuária e o extrativismo [10]. Além disso, a população rural dos estados da região amazônica é proporcionalmente maior que a dos estados das regiões sudeste e centro-oeste, sugerindo assim, que esses resultados podem ser decorrentes de uma subnotificação dos casos de PCM na região.

Lima e Durlacher [22] reuniram em seu estudo dados notificados no período de 1996 a 2007. Nestes 12 anos, foram notificados 1.701 casos, sendo 79% dos casos concentrados na zona rural, observando-se que a PCM é a micose sistêmica de maior ocorrência no Estado de Rondônia, em especial nos municípios do sul do estado, onde as fronteiras agrícolas são mais desenvolvidas.

Outro fato que também mascara a real prevalência da PCM no estado são os erros de diagnóstico, sendo estes mais comuns em casos inicializados em Unidades Básicas de Saúde, nos quais a apresentação clínica e radiológica não permite a distinção clara entre algumas doenças [23], que são relacionadas como diagnóstico diferencial de PCM, entre as quais, carcinoma espinocelular, histoplasmose, coccidioidomicose, sífilis, tuberculose, granulomatose de Wegener, leishmaniose e sarcoidose. Algumas destas doenças também apresentam infecção inicial pulmonar, manifestando lesões evidenciadas à radiografia de tórax, além de sinais e sintomas semelhantes, podendo incorrer em erros de diagnóstico e tratamento. Devem ser considerados outros exames complementares para a confirmação do diagnóstico, tais como o exame micológico direto do raspado das lesões bucais e exame histopatológico após realização de biópsia.

Conclusão

Todos os achados clínicos do paciente coincidem com os achados da literatura pesquisada. Esta afirmação ressalta a importância do cirurgião dentista utilizar rotineiramente uma metodologia diagnóstica, realizando biópsia, quando necessário, para o correto diagnóstico de doenças que acometem pacientes sistemicamente, como é o caso da PCM. O conhecimento dos aspectos clínicos é de suma importância também para o diagnóstico diferencial de várias condições, tais como: carcinoma espinocelular, histoplasmose, coccidioidomicose, sífilis, tuberculose, granulomatose de Wegener, leishmaniose e sarcoidose, e conhecimentos dos aspectos epidemiológicos são importantes para a organização da assistência aos pacientes, no que diz respeito ao diagnóstico, acesso e tratamento desta entidade.

Referências

1. Palmeiro M, Cherubini K, Yurgel LS. Paracoccidioidomicose – Revisão da Literatura. *Scientia Medica* 2005; 15:274-8.
2. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. *Patologia Oral e Maxilofacial*. 3. ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2009.
3. Almeida OP, Jr JJ. Paracoccidioidomycosis of the mouth: an emerging deep mycosis. *Crit Rev Oral Biol Med* 2003; 5:377-383.
4. Coutinho ZF, Silva D, Lazéra M, Petri V, Oliveira RM, Sabroza PC, Wanke B. Paracoccidioidomycosis mortality in Brazil (1980-1995). *Cad. Saúde Pública* 2002;5:1441-54. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2002000500037>
5. Bisnelli JC, Marzola C, Ferreira MLS, Filho JLT, Pastori CM, Zorzetto DLG. Manifestações Estomatológicas da Paracoccidioidomicose (Paracoccidioides Brasiliensis ou Enfermidade de Lutz-Esplendore-Almeida) considerações gerais e apresentação de casos. *Rev FOB* 1998;6:1-11.
6. Vieira EMM, Barsatto-Galera B. Manifestações clínicas bucais da paracoccidioidomicose. *Revista de Patologia Tropical* 2006;35:23-30.
7. Correa MM, Bedoya AM, Guerrero MP, Méndez J, Restrepo A, McEwen JG. Diagnosis of paracoccidioidomycosis by a dot blot assay using a recombinant Paracoccidioides brasiliensis p27 protein. *Journal Compilation* 2006; 50:41-47. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1439-0507.2006.01306.x>
8. Santos WA, Silva BM, Passos ED, Zandonade E, Falqueto A. Associação entre tabagismo e paracoccidioidomicose: um estudo de caso-controle no Estado do Espírito Santo, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2003;19:245-53.
9. Cerri A, Genovese WJ, Bordini PJ, Samartine R. Paracoccidioidomicose periodontal. *Odontol Mod* 1986;13(8):13-18.
10. Israel MS, Mugayar FJ, Cunha MS, Dias EP. Paracoccidioidomicose: relato de caso. *Rev Bras Odontol* 2003;60:335-6.
11. Oliveira MO, Pistóia AD, Neuhaus C, Veiga FB. A paracoccidioidomicose na odontologia – relato de um caso. *Saúde* 2005; 31:10-15. <http://dx.doi.org/10.5902/223658346403>
12. Puccia R, McEwen JG, Cisalpino PS. Diversity in Paracoccidioides brasiliensis. The PbGP43 gene as a genetic marker. *Mycopathologia* 2008;165:275-87. <http://dx.doi.org/10.1007/s11046-007-9055-2>
13. Shikanai-Yassuda MA, Filho FQT, Mendes RP, Colombo AL, Moretti e Grupo de Consultores do Consenso em paracoccidioidomicose. Consenso em paracoccidioidomicose. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical* 2006;39:297-310.
14. Silverman J, Eversole LR, Truelove EL. *Fundamentos de Medicina Oral*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.
15. Gontijo CCV, Prado RS, Neiva CLS, Freitas RM, Prado FLS, Pereira ARA, Paula IB, Pedrosa ERP. A paracoccidioidomicose em pacientes atendidos no Hospital das Clínicas da UFMG (HC-UFMG). *Rev Med Minas Gerais* 2002; 13:231-233.
16. Paniago AMM, Aguiar JIA, Aguiar ES, Cunha RV, Pereira GROL, Londero AT, Wanke B. Paracoccidioidomicose: estudo clínico e epidemiológico de 422 casos observados no Estado de Mato Grosso do Sul. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical* 2003;36:455-9.
17. Araújo MS, Souza SCOM. Análise epidemiológica de pacientes acometidos com paracoccidioidomicose em região endêmica do estado de Minas Gerais. *RPG Rev Pós-Grad* 2000;7:22-6.
18. Bisnelli JC, Telles FQ, Sobrinho JÁ, Rapoport A. Manifestações estomatológicas da paracoccidioidomicose. *Rev Bras Otorrinolaringol* 2001;67:683-7.
19. Martins GB, Salum F G, Figueiredo MAZ, Cherubini K, Yurgel LS. Paracoccidioidomicose bucal: relato de três casos. *Rev Bras Patol Oral* 2003;2:22-8.
20. Migliari DA, Sugaya NN, Mimura MA, Cucé LC. Periodontal aspects of the juvenile form of paracoccidioidomycosis. *Rev Inst Med trop S Paulo* 1998;40. <http://dx.doi.org/10.1590/S0036-46651998000100004>
21. Valle ACF, Coimbra Jr CEA, Llinares FIR, Monteiro CF, Guimarães MRC. Paracoccidioidomicose entre grupo indígena suruí de Rondônia, Amazônia, Brasil. Registro de caso. *Rev Inst Med Trop S Paulo* 1991;33:407-11.
22. Lima SMD, Durlather RR. Ações da Agência de Vigilância em Saúde em Relação à Paracoccidioidomicose (PCM) – Rondônia. In: 1º Seminário de micoses sistêmicas com ênfase em paracoccidioidomicose. Secretaria de Estado da Saúde-SESAU, Jun. 2009.
23. Quagliato JR, Grangeia TAG, Massucio RAC, Capitani EM, Sílvia de Moraes Rezende SM, Balthazar AB. Associação entre paracoccidioidomicose e tuberculose: realidade e erro de diagnóstico. *J Bras Pneumol* 2007;33:295-300. <http://unicamp.sibi.usp.br/handle/SBURI/27852>