



Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial

www.elsevier.pt/spemd



Caso clínico

Blastomicose sul americana – apresentação de caso clínico tratado com associação de inidazóis sistémico e tópico

Gustavo Lopes Toledo^{a,*}, Clóvis Marzola^b, João Lopes Toledo Filho^c
e Marcos Maurício Capelari^d

^aProfessor do Curso de Especialização e Residência em Cirurgia e Traumatologia Buco Maxilo Facial da APCD Regional de Bauru, Colégio Brasileiro de Cirurgia e Traumatologia BMF, Mestrando em Estomatologia e Biologia oral – Anatomia da Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo – FOB- USP, São Paulo, Brasil

^bProfessor Titular aposentado de Cirurgia da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo – FOB-USP, São Paulo, Brasil

^cProfessor Titular de Anatomia da Faculdade de Odontologia de Bauru da Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil

^dProfessor do Curso de Especialização e Residência em Cirurgia e Traumatologia Buco Maxilo Facial da APCD Regional de Bauru e Colégio Brasileiro de Cirurgia e Traumatologia BMF, São Paulo, Brasil

INFORMAÇÃO SOBRE O ARTIGO

Historial do artigo:

Recebido em 20 de Outubro de 2010

Aceite em 16 de Dezembro de 2010

Palavras-chave:

Blastomicose Sul Americana

Drogas Antifúngicas

Fluconazol

R E S U M O

Blastomicose Sul Americana, também conhecida como Paracoccidioidomicose, Blastomicose brasileira ou moléstia de Lutz, foi observada pela primeira vez no Brasil em 1908, por Adolpho Lutz. O pulmão é o órgão mais frequentemente acometido e dá origem a manifestações clínicas de maneira muito insidiosa. As lesões da mucosa oral, faringe e laringe são muito comuns e com frequência são a causa de consulta ao Médico Dentista ou ao clínico geral, em estado inicial as lesões, principalmente na língua podem simular carcinoma. Para tal, considera-se o manejo terapêutico da Blastomicose Sul Americana deve, obrigatoriamente, compreender além da utilização de drogas antifúngicas, o emprego de medidas que melhorem as condições gerais do paciente, e acompanhamento pós-terapêutico. Os principais medicamentos utilizados são a associação trimetropim/sulfametoxazol (co trimoxazol), itraconazol e cetoconazol. O diagnóstico definitivo desta patologia é obtido com a demonstração do agente etiológico em fluidos biológicos ou tecidos, principalmente por exame micológico direto e/ou histopatológico. Esse artigo traz um levantamento bibliográfico, bem como um caso clínico tratado com associação de inidazóis sistémico e tópico.

©2010 Publicado por Elsevier España, S.L. em nome da Sociedade Portuguesa de Estomatologia e Medicina Dentária. Todos os direitos reservados.

*Autor para correspondência.

Correio electrónico: gustavobuco@yahoo.com.br (G. Lopes Toledo).

South american blastomycosis – presentation of a clinical case treated with a combination of systemic and topical inidazois

A B S T R A C T

Keywords:

South American Blastomycosis

Antifungal drugs

Fluconazole

The South American Blastomycosis, also known as paracoccidioidomycosis, blastomycosis brazilian or illness of lutz, was first observed in Brazil in 1908 by Adolpho Lutz. The lung is the organ most commonly affected and gives rise to clinical manifestations in a very insidious way. Lesions of the oral mucosa, pharynx and larynx are very common and are often the cause of visits to the dentist or general practitioner in the initial lesions stage, especially in the tongue since it can simulate carcinoma. To this end, we consider the therapeutic management of South American blastomycosis must, necessarily, understand than the use of antifungal drugs, the use of measures to improve the overall condition of the patient, and post-therapeutic monitoring. The main drugs used are the combination trimethoprim / sulfamethoxazole (co-trimoxazole), itraconazole and ketoconazole. The definitive diagnosis of this condition is obtained with the demonstration of the etiologic agent in biological fluids or tissues, mainly by direct mycological examination and / or histopathology. This article presents a literature survey, as well as a clinical case treated with a combination of topical and systemical inidazóis.

©2010 Published by Elsevier España, S. L. on behalf of Sociedade Portuguesa de Estomatologia e Medicina Dentária. All rights reserved.

Introdução

Blastomicose Sul Americana, também conhecida como Blastomicose brasileira, Paracoccidioidomicose ou moléstia de Lutz, foi observada pela primeira vez no Brasil em 1908, por Adolpho Lutz, a quem chamou a atenção as lesões encontradas na boca dos pacientes. É uma micose sistêmica causada por um fungo dimórfico, autóctone (natural do país em que habita e proveniente das raças que ali sempre habitaram) da América Latina, encontrada principalmente no Brasil, Colômbia e Venezuela¹.

É mais comumente encontrada em pessoas entre a quarta e quinta décadas de vida, sendo uma patologia predominantemente do sexo masculino, em indivíduos comumente ligados à atividade agrícola, podendo também ocorrer em crianças de ambos os sexos e adolescentes².

A doença envolve primariamente os pulmões pela inalação, podendo, posteriormente, disseminar-se para vários órgãos e sistemas, originando lesões secundárias que ocorrem frequentemente nas mucosas, nos linfonodos, na pele e nas glândulas adrenais. As regiões da boca e pescoço constituem áreas importantes da manifestação da doença, visto que a mucosa bucal fornece substrato à vida saprófita do fungo em solo unicamente rico em proteínas, em locais onde as variações climáticas são mínimas. Nesses ambientes, os fungos crescem na fase micelial, produzindo conídios que sobrevivem por vários meses, possibilitando a dispersão aérea. Inalados pelo homem, chegam até os alvéolos pulmonares, dando origem a uma infecção sub-clínica que poderá disseminar-se para outros órgãos por via linfohematogênica³.

As lesões da mucosa oral, faringe e laringe são muito comuns e resultam da disseminação hematogênica, a partir do foco primário pulmonar. Na boca, nota-se uma estomatite moriforme, também denominada pápulo-erosiva. Trata-se de uma estomatite de evolução lenta, exulcerada, com fundo de aspeto de múltiplas e finas granulações vermelhas. Às vezes podem apresentar-se também sob a forma de ulceração mais profunda. Predominam nas regiões labiais da mucosa jugal, gengivais, língua e palato, sobrevivendo além das lesões exulceradas, dores, sangramento, mobilidade dos dentes, sialorréia, edema^{4,5}.

As lesões iniciais, principalmente na língua podem simular carcinoma. O exame microscópico é obrigatório para o diagnóstico definitivo e diferencial. A identificação do agente etiológico pode ser obtida por visualização da fase leveduriforme do fungo em material colhido por raspagem das lesões, no escarro ou por biópsia, sendo este sem dúvida, o método mais confiável. Diversas técnicas de coloração histológica são utilizadas, entre elas a Hematoxilina-Eosina (HE), Periodic Acid Schiff (PAS) e a impregnação pela prata (Grocott)⁶.

Caso clínico

Paciente S.P.O., 43 anos de idade, leucoderma, gênero masculino, deu entrada no ambulatório do Serviço de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial do Hospital de Base da Associação Hospitalar de Bauru, SP, Brasil, apresentava múltiplas lesões ulcerativas de boca, em região de lábios, mucosa jugal (fig. 1), sulco gengivo-labial, gengiva inserida (fig. 2) e mucosa palatina. As ulcerações tinham aspeto moriforme e pontilhados

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3173732>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3173732>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)