



CASO CLÍNICO

Paracoccidioidomicose pulmonar: relato de caso clínico com aspetos em tomografia computadorizada de alta resolução

M. Armas^{a,*}, C. Ruivo^b, R. Alves^c, M. Gonçalves^a e L. Teixeira^b

^a Serviço de Radiologia, Hospital Central do Funchal, Funchal, Portugal

^b Serviço de Radiologia, Hospitais da Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal

^c Serviço de Dermatologia, Hospital Central do Funchal, Funchal, Portugal

Recebido a 11 de dezembro de 2011; aceite a 4 de janeiro de 2012

Disponível na Internet a 22 de março de 2012

PALAVRAS-CHAVE

Paracoccidioidomicose;
Paracoccidioides brasiliensis;
Fibrose pulmonar;
Tomografia computadorizada de alta resolução

KEYWORDS

Paracoccidioidomycosis;
Paracoccidioides brasiliensis;
Pulmonary fibrosis;
High-resolution computed tomography

Resumo A Paracoccidioidomicose é uma micose sistémica endémica nas áreas rurais da América Latina, uma fonte importante de imigrantes e destino de emigração e turismo europeu, a maioria dos casos ocorrendo no Brasil, Argentina, Venezuela e Colômbia. Os autores descrevem o caso clínico de um paciente com 43 anos, anteriormente emigrado na Venezuela e residente em Portugal há 8 anos, que se apresenta com lesão cutânea isolada. Embora sem queixas relevantes do foro respiratório, apresentava extensas lesões do parênquima pulmonar caracterizadas por tomografia computadorizada de alta resolução (TCAR). Foi realizada biópsia da lesão cutânea e exame micológico da expetoração que revelaram infecção por *Paracoccidioides brasiliensis* (PB).

© 2011 Sociedade Portuguesa de Pneumologia. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos os direitos reservados.

Pulmonary paracoccidioidomycosis: A case report with high-resolution computed tomography findings

Abstract Paracoccidioidomycosis is a systemic mycosis which is endemic in rural areas of Latin America, an important European source of immigrants and a growing European touristic destination as well, with most cases occurring in Brazil, Argentina, Venezuela and Colombia. The authors report a case of a 43 year old man who previously worked in Venezuela and is living in Portugal for 8 years, presenting with a single cutaneous lesion. Despite the absence of valuable respiratory complaints, severe lung damage was found with high-resolution computed tomography (HRCT). Biopsy of the cutaneous lesion and mycologic sputum examination were performed revealing *Paracoccidioides brasiliensis* infection.

© 2011 Sociedade Portuguesa de Pneumologia. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

* Autor para correspondência.

Correio eletrónico: mncarmas@yahoo.com (M. Armas).

Introdução

A Paracoccidiodomicose (PCM) é a micose sistêmica endêmica mais frequente da América Latina, atingindo cerca de 10% da população em regiões subtropicais do Brasil¹, afetando sobretudo a população agrícola, com maior incidência entre os 25 e 60 anos². O agente causal, o *Paracoccidioides brasiliensis* (PB), é um fungo dimórfico que pode permanecer viável no hospedeiro por longos períodos, com reativação da doença até vários anos após a infecção inicial. A porta de entrada é o aparelho respiratório, sendo o pulmão o órgão mais afetado¹. A infecção crônica com doença pulmonar severa e evolução para fibrose terminal pode ocorrer mesmo na ausência de sintomatologia pronunciada. A disseminação a partir de uma lesão pulmonar primária pode afetar outros órgãos, mais frequentemente a pele e membranas mucosas, mas também as glândulas suprarrenais, rins, aparelho gastrointestinal, fígado, baço e o sistema nervoso central^{3,4}. As sequelas mais comuns desta micose incluem fibrose com insuficiência respiratória, *cor pulmonale* e também doença de Addison e má absorção intestinal². Os autores apresentam um caso de PCM com envolvimento pulmonar e cutâneo.

Caso clínico

Indivíduo português do sexo masculino com 43 anos de idade, trabalhador agrícola na Venezuela até 2001, surge com lesão cutânea ulcerada localizada no dorso, com 2 meses de evolução (fig. 1). Não apresentava outras queixas nem antecedentes patológicos relevantes, excetuando lesão ulcerada pruriginosa e indolor na mucosa nasal em 1996, para a qual efetuou durante 6 meses tratamento que não soube especificar. Apresentava bom estado geral, sem febre, adenomegalias palpáveis ou hepatoesplenomegália. O estudo analítico não revelou alterações, com negatividade nomeadamente para o HIV 1 e 2. Na auscultação pulmonar apresentava alterações bilaterais difusas, pelo que efetuou uma radiografia torácica que mostrou um padrão



Figura 1 Lesão ulcerada no dorso com 2 meses de evolução.

reticulo-nodular bilateral predominando nos andares médios e superiores, associado a consolidação segmentar na base direita.

O estudo pulmonar por TCAR revelou exuberantes lesões bilaterais do parênquima pulmonar, coexistindo alterações fibrosantes com aspetos de doença inflamatória ativa, particularmente nos lobos médio e superiores, apesar da escassa sintomatologia respiratória. Identificaram-se múltiplas lesões nodulares espiculadas e irregulares, com dimensões entre 8 e 25 mm, algumas com cavitação central e confluentes, mais proeminentes nos lobos superiores. Outras alterações incluíam uma área de consolidação com broncograma aéreo no lobo médio, distorção arquitetural, focos dispersos com atenuação em «vidro despolido», espessamento de septos interlobulares, bandas de parênquima, espessamento pleural espiculado difuso, bolhas de enfisema apicais e bronquiectasias de tração. Observaram-se igualmente adenopatias hilares bilaterais e ectasia irregular da traqueia (fig. 2).

A biópsia da lesão cutânea e o exame micológico da expetoração revelaram infecção por PB.

Foi instituída terapêutica com itraconazole (200 mg/d durante 2 meses, seguido de 100 mg/d durante 8 meses), com evolução favorável do quadro clínico.

Discussão

A PCM foi descrita inicialmente pelo médico brasileiro Lutz, em 1908². É a micose endêmica mais frequente na América Latina. O Brasil lidera em número de casos, com especial prevalência em regiões subtropicais onde afeta cerca de 10% da população.

É uma doença granulomatosa sistêmica, predominando as formas pulmonares e cutâneo-mucosas. Os pulmões estão comprometidos em 50 a 100% dos casos¹. A via principal de infecção é a respiratória, por inalação dos esporos do PB presentes no solo^{1,2,4,7,8}. O contacto inicial do hospedeiro com o fungo habitualmente evolui para uma infecção subclínica, com formação inicial de granuloma pulmonar, que poderá ter características semelhantes ao complexo primário da tuberculose^{1,2}.

Na maioria dos indivíduos os mecanismos naturais de defesa permitem estabelecer um equilíbrio entre o hospedeiro e o agente, permanecendo o fungo viável na forma latente^{1,3,4,6}. Entretanto, a doença pode progredir a partir do foco primário pulmonar, mais frequentemente para a pele e mucosas da via aérea e cavidade oral, com formação de lesões granulomatosas ulceradas hemorrágicas⁵.

Duas formas clínicas foram descritas:

- uma forma aguda/subaguda ou do tipo juvenil que surge em menos de 10% dos casos, afetando ambos os sexos em idade inferior a 25 anos, com febre, emagrecimento e alteração do estado geral. Há rápido e progressivo envolvimento de órgãos com adenomegalias difusas, superficiais e profundas, e hepatoesplenomegália, podendo coexistir com menor frequência lesões cutâneas e osteolíticas. O envolvimento do intestino delgado ocorre em cerca de 50% dos casos. Raramente existe envolvimento do pulmão e medula óssea. As complicações mais comuns são a obstrução linfática,

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4213869>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4213869>

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