

Diagnósticos diferenciais de Paracoccidiodomicose em Pediatria e seguimento de paciente portadora da doença

Marta Cristina Duarte*
Lucélia Paula Cabral Schmidt*
Jomara Oliveira dos Santos Yogui*
Mara Lúcia Fernandes do Vale**

RESUMO

O diagnóstico de Paracoccidiodomicose em criança de três anos e seis meses leva à discussão a respeito dos diagnósticos diferenciais da doença, bem como sobre o seguimento ambulatorial após o tratamento da fase aguda. No caso apresentado, chama atenção a demora no diagnóstico e tratamento específico, uma vez que a paracoccidiodomicose produz sintomas que mimetizam outras doenças de acordo com o(s) órgão(s) acometido(s). O diagnóstico definitivo foi obtido por meio de estudo anátomo-patológico. No tratamento, foram utilizados Sulfametoxazol-trimetoprima e Anfotericina B. Após a resolução da fase aguda, a criança foi encaminhada ao ambulatório de Infectologia Pediátrica para continuar em acompanhamento clínico.

Palavras-chave: Paracoccidiodomicose. Diagnóstico Diferencial. Continuidade da Assistência ao Paciente.

1 INTRODUÇÃO

Descrita em 1908 por Adolfo Lutz, a Paracoccidiodomicose consiste numa micose profunda, causada pelo fungo *Paracoccidioides brasiliensis*, que pode acometer qualquer órgão ou tecido. O Brasil é considerado um país endêmico, o que representa um importante problema para a saúde pública (SHIKANAI-YASUDA et al., 2006).

O diagnóstico é dado, preferencialmente, através da demonstração do fungo em amostras de tecidos ou por meio de testes sorológicos, sendo, estes últimos, métodos mais utilizados para acompanhamento do que para confirmação diagnóstica, em função da alta sensibilidade e baixa especificidade (SHIKANAI-YASUDA et al., 2006).

O tratamento é feito principalmente com Sulfametoxazol-trimetoprima ou Anfotericina B, de acordo com a gravidade do caso. Vale ressaltar que o *P. brasiliensis* é fungo sensível à maioria das drogas antifúngicas, inclusive aos sulfamídicos (SHIKANAI-YASUDA et al., 2006).

O objetivo deste trabalho é demonstrar a importância de se incluir a Paracoccidiodomicose no diagnóstico diferencial de hepatoesplenomegalia febril e síndrome hipereosinofílica, a fim de evitar o agravamento da doença em função do atraso no diag-

nóstico. Visa ainda discutir proposta de seguimento ambulatorial do indivíduo acometido.

2 RELATO

Trata-se de JMFS, sexo feminino, três anos e seis meses, natural e residente de Carangola, Minas Gerais, com relato de febre diária, dor e distensão abdominal, evoluindo com hiporexia, linfonodomegalia cervical, icterícia, colúria, acolia fecal e síndrome hipereosinofílica, ao longo de dois meses.

Na fase inicial os sintomas foram atribuídos à infecção de vias aéreas superiores, porém, com a piora clínica forma cogitados, como diagnósticos diferenciais, as doenças parasitárias, colangite bacteriana e neoplasias.

Como os exames iniciais de rastreamento não foram esclarecedores, optou-se por medicar a criança com antibióticos e antiparasitários, conforme a suspeita clínica.

A paciente foi submetida, posteriormente, a biópsia de linfonodo de cadeia intercostal direita, sendo que o estudo histológico demonstrou a presença de estruturas em “roda de leme”, patognomônicas de Paracoccidiodomicose.

Foi iniciado tratamento intra-hospitalar com Anfotericina B, com significativa melhora dos sintomas,

* Universidade Federal de Juiz de Fora, Departamento de Pediatria – Juiz de Fora, MG.

** Universidade Federal de Juiz de Fora, Departamento de Pediatria – Juiz de Fora, MG. E-mail: mara.vale@bol.com.br

seguido de tratamento ambulatorial com Sulfametoxazol-trimetoprima. A criança foi encaminhada para o serviço de Infectologia Pediátrica para continuar o acompanhamento ambulatorialmente.

3 DISCUSSÃO

A paracoccidiodomicose, geralmente, ocorre na infância ou na adolescência e sua evolução depende da virulência do fungo, da quantidade de conídios inalados (esporos) e da integridade do hospedeiro (PALMEIRO; CHE RUBINI; YURGEL, 2005).

No Brasil, a maior incidência ocorre nos estados de São Paulo, Rio de Janeiro e Minas Gerais, sendo a forma crônica da doença, no adulto, a manifestação mais comum (PALMEIRO; CHE RUBINI; YURGEL, 2005).

Em estudo realizado no período de janeiro de 1992 a janeiro de 2002, através da revisão de prontuários do serviço de pediatria do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora (HU-UFJF), foi observado maior prevalência em meninos, sendo que todos os pacientes eram provenientes da zona rural. Observou-se ainda que todos tiveram comprometimento linfonodal, emagrecimento, hepato e esplenomegalia (ALVES et al., 2004).

Na forma aguda, predominantemente juvenil, os achados clínicos são inespecíficos. Em função disso, considera-se como diagnósticos diferenciais as doenças que cursam com linfadenomegalia, febre, hepatoesplenomegalia, perda ponderal e lesões cutâneas, como as doenças linfoproliferativas, histoplasmose, leishmaniose, tuberculose e outras micobacterioses. Vale ressaltar as complicações decorrentes da adenomegalia generalizada, como icterícia obstrutiva e até mesmo compressão da veia cava superior, que também podem ocorrer em diversas outras doenças (TELLES, 2001).

O diagnóstico definitivo da doença pode ser dado através das técnicas diretas - encontro do agente em estudo histológico ou por meio de cultura - e/ou indiretas, como as reações sorológicas, através das técnicas de imunodifusão, contra-imunoelektroforese, métodos imunoenzimáticos, reação de cadeia de polimerase (MARQUES, 2003).

Quanto à terapêutica, a escolha de iniciar o tratamento com Anfotericina B ocorreu em função do comprometimento clínico da criança na ocasião do diagnóstico, sendo esta a droga de escolha em casos graves (MENEZES et al., 2008). Para o tratamento ambulatorial, optou-se pelo uso de Sulfametoxazol trimetoprima, que consiste numa medicação de comprovada eficácia contra o referido fungo, além de ser de baixo custo, existir apresentação via oral,

além da possibilidade de obtenção no serviço público (PALMEIRO; CHE RUBINI; YURGEL, 2005).

No que diz respeito ao acompanhamento ambulatorial, o ideal é que seja feito a longo prazo, uma vez que o tratamento poderá prolongar-se por cerca de um a dois anos. Neste período, o paciente estará sujeito aos efeitos colaterais das drogas utilizadas, bem como à possibilidade de reativação da doença, frente a condições imunológicas favoráveis (SHIKANAI-YASUDA et al., 2006).

Uma proposta seria a realização de consulta médica mensal nos primeiros três meses, seguida de avaliações trimestrais até o fim do tratamento, que deverá prolongar-se por cerca de um a dois anos. A realização de exames complementares periódicos deverá também fazer parte do acompanhamento destes pacientes (SHIKANAI-YASUDA et al., 2006). Deve-se destacar a importância da realização de testes sorológicos no acompanhamento do paciente, sendo que o método imunoenzimático Elisa tem sido recomendado, até a obtenção do controle clínico, em função de sua alta sensibilidade (acima de 85%) (MARQUES, 2003; SHIKANAI-YASUDA et al., 2006).

Uma vez que seja reestabelecido o equilíbrio entre fungo e hospedeiro (considerado cura, já que o fungo jamais será totalmente eliminado do organismo), dever-se-á continuar o acompanhamento clínico e sorológico, por toda a vida do indivíduo, sendo que a positivação ou aumento do valor do título da reação de imunodifusão dupla poderá servir como indicador de reativação da doença, estando indicada, nestes casos, a reintrodução do tratamento por meio dos antifúngicos (TELLES, 2001).

4 CONCLUSÃO

O presente estudo visa chamar atenção da população médica para a Paracoccidiodomicose, considerada uma doença de relevância à saúde pública, não apenas por ser o Brasil um país endêmico, mas também por tratar-se de uma doença incurável, que exige acompanhamento durante toda a vida do portador, o qual estará sujeito a períodos de reativação da doença.

Vale ressaltar que a inespecificidade dos sintomas pode levar ao retardo no diagnóstico e tratamentos equivocados.

Por fim, é importante salientar a dificuldade do seguimento ambulatorial destes pacientes, seja pela falta de um protocolo no sistema público de saúde, seja pela falta de conhecimento da população em geral, que, na maioria das vezes, abandona o tratamento e/ou seguimento.

Differential diagnosis of Paracoccidioidomycosis in Pediatrics and follow-up of a case

ABSTRACT

The diagnosis of paracoccidioidomycosis in a 3-year-6-month-old child led to the discussion of its differential diagnosis and outpatient follow-up after treatment of the acute phase. In the case reported, because of the protean manifestations of the disease, according to the organ affected, there was a delay in the correct diagnosis and specific therapy. Histopathology gave the definitive diagnosis. Treatment was with cotrimoxazole and amphotericin B. After resolution of the acute phase, the child was referred to follow-up at the Pediatric Infectious Diseases Outpatient Service.

Keywords: Paracoccidioidomycosis. Diagnosis, Differential. Continuity of Patient Care.

REFERÊNCIAS

- ALVES, J. M. A. et al. Levantamento de casos de Paracoccidioidomicose infanto-juvenil no HU-UFJF no período de 1992 a 2002. **Pediatria Atual**, Juiz de Fora, v. 17, n. 3, p. 19-21, 2004.
- MARQUES, A. S. Paracoccidioidomicose: atualização clínica e terapêutica: educação médica continuada. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, Rio de Janeiro, v. 78, n. 2, p. 135-150, 2003. Disponível em: <www.scielo.br>. Acesso em: 26 fev. 2009.
- MENEZES, V. M.; SOARES, B. G. O.; FONTES, C. J. F. **Drugs for treating paracoccidioidomycosis**: The Cochrane Library. Oxford: Update Software, 2008.
- PALMEIRO, M.; CHERUBINI, K.; YURGEL, L. S. Paracoccidioidomicose: revisão da literatura. **Scientia Medica**, Porto Alegre, v. 15, n. 4, p. 274-278, 2005.
- SHIKANAI-YASUDA, M. A. et al. Consenso em paracoccidioidomicose. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, Brasília, DF, v. 39, n. 3, p. 297-310, 2006.
- TELLES, F. Boletim Epidemiológico da Secretaria de Estado de Saúde do Paraná, Curitiba, 2001. Disponível em <vigiepi/boletim/inverno-2001>. Acesso em: 26 fev. 2009.

Enviado em 19/2/2009

Aprovado em 30/3/2009