Paracoccidioidomicose com repercussão oral: relato de caso em zona urbana

Paracoccidioidomycosis with oral impact: case report in an urban area

Rennan Luiz Oliveira dos Santos* Ana Flávia Barros Souza** Thaís Gimenez Miniello**` Claudete Rodrigues Paula**** Carina Domaneschi***** Camila de Barros Gallo******

Resumo

Objetivo: relatar um caso de paracoccidioidomicose (Pbmicose), diagnosticado pelo cirurgião-dentista, e o tratamento instituído a um morador de zona urbana. Relato de caso: paciente do sexo masculino, com 59 anos de idade, leucoderma, compareceu à clínica odontológica com lesão em boca há cerca de vinte dias e queixa de mobilidade dental na região anteroinferior. Durante a anamnese, constatou-se dificuldade respiratória, hipertensão controlada, tabagismo e etilismo crônico. No exame físico, foi observado aumento de volume do lábio inferior, linfadenopatia bilateral submandibular e lesões ulceradas com aspecto moriforme em mucosa bucal e gengiva inserida do elemento 31 ao 45. Foi realizada biópsia incisional na lesão com resultado positivo para Phmicose. O paciente foi medicado com itraconazol e apresenta-se periodicamente para acompanhamento. Considerações finais: as lesões bucais dessa doença correspondem a úlceras crônicas e granulomatosas, semelhantes à lesão provocada pelo carcinoma epidermoide oral, assim, o cirurgião-dentista deve conhecer esta micose e considerá-la na elaboração do diagnóstico diferencial.

Palavras-chave: Medicina bucal. Micoses. Paracoccidioidomicose. Úlcera oral.

Introdução

A paracoccidioidomicose (Pbmicose) é uma doença endêmica nas Américas Central e do Sul, causada por um fungo dimórfico, Paracoccidioides brasiliensis, que altera sua morfologia de acordo com a variação de temperatura, sendo conídios a 25° C e levedura a 37° C¹⁻⁴.

Essa doença é prevalente em pacientes do sexo masculino, na faixa etária de 30 a 50 anos, residentes em áreas rurais, que tenham manuseado solos infectados com esses microrganismos^{3,5}. O contágio é realizado por meio da inalação de conídios que se desprendem das estruturas fúngicas filamentosas dos solos, no entanto, a inalação dos conídios não ocasiona, obrigatoriamente, o desenvolvimento da doença, uma vez que o sistema imune consegue conter o seu desenvolvimento em grande parte dos pacientes^{2,5}. Já fatores como o tabagismo, o etilismo e a imunossupressão ajudam no desencadeamento dessa doenca^{2,5,6}.

Embora a Phmicose tenha maior prevalência em zonas rurais, não é incomum que seu diagnóstico seja realizado em zonas urbanas. Isso ocorre devido ao tempo de latência do fungo e, com isso, a demora na expressão das manifestações clínicas, podendo haver a migração de indivíduos infectados das zonas rurais para os centros urbanos, até mesmo para a procura de assistência médica7.

Estima-se que apenas 2% dos indivíduos infectados irão desenvolver a doença^{2,5}, porém, quando

http://dx.doi.org/10.5335/rfo.v23i2.8090

Mestre em Ciências. Doutorando em Diagnóstico Bucal na Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, São Paulo, Brasil. Acadêmica da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil.

Mestre em Diagnóstico Bucal. Doutoranda em Diagnóstico Bucal na Faculdade de Ódontologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, São Paulo, Brasil. Doutora em Microbiologia. Professora Sênior do Departamento de Estomatologia Clínica da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, São Paulo, Brasil.

Doutora em Diagnóstico Bucal. Professora de Clínica Integrada na Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, São Paulo, Brasil. "Doutora em Diagnóstico Bucal. Professora de Estomatologia Clínica na Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, São Paulo, Brasil.

a doença se expressa, pode acometer os pulmões, a cavidade oral, a pele e outros órgãos^{8,9}. Tendo em vista a possibilidade de se observar lesões na cavidade oral, o cirurgião-dentista deve estar atento e preparado para realizar o diagnóstico diferencial dessa enfermidade^{9,10} com o carcinoma epidermoide oral^{11,12} e realizar o encaminhamento ao estomatologista².

O objetivo deste artigo é relatar um caso de Pbmicose ocorrido em paciente residente em zona urbana que foi diagnosticado pelo cirurgião-dentista e o tratamento instituído.

Relato de caso

Um paciente do sexo masculino, leucoderma, com 59 anos de idade, compareceu à clínica odontológica com lesão em boca há cerca de vinte dias e queixa de mobilidade dental anteroinferior. Durante a anamnese, constatou-se dificuldade respiratória, hipertensão controlada, tabagismo e etilismo crônico. Além disso, o paciente referiu que apenas durante a infância residiu em zona rural e atualmente mora em zona urbana.

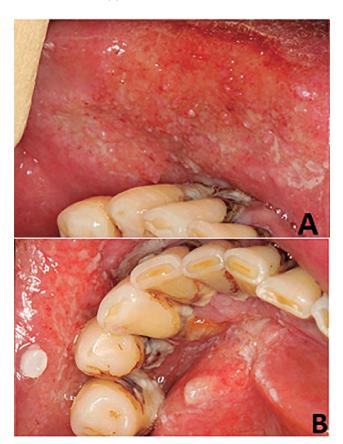
No exame físico extraoral, foi observado aumento de volume do lábio inferior (Figura 1) e linfadenopatia bilateral submandibular. No exame intraoral, constataram-se lesões ulceradas com aspecto moriforme, que se estendiam da mucosa interna do lábio inferior (Figura 2A) ao assoalho bucal, infiltrando-se na gengiva inserida da região dos dentes 31 ao 45 (Figura 2B), que apresentavam mobilidade em grau 3. A partir desses achados, as hipóteses diagnósticas foram Pbmicose e carcinoma epidermoide. O paciente foi submetido à biopsia incisional da lesão.

Figura 1 – Aspecto edemaciado do lábio inferior no exame extraora



Fonte: autores.

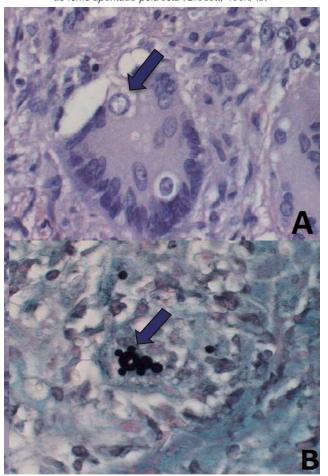
Figura 2 – Lesão ulcerada única com aspecto moriforme na mucosa interna do lábio inferior (A) – Lesão em assoalho bucal, gengiva inserida lingual e vestibular na região dos dentes 31 ao 45 (B)



Fonte: autores

Histologicamente, após evidenciação por coloração de hematoxilina e eosina, observaram-se numerosos lóbulos justapostos, compostos por uma borda externa de linfócitos cercando numerosos macrófagos de aspecto epitelioide e células gigantes do tipo Langerhans. No interior das células gigantes, foi possível observar a presença de estruturas fúngicas leveduriformes eosinofílicas com paredes birrefringentes e brotamentos (Figura 3A). A presença fúngica foi apropriadamente evidenciada com a coloração histoquímica de Grocott (Figura 3B), resultando no diagnóstico de Pbmicose.

Figura 3 – Aspecto histopatológico evidenciando no interior das células gigantes a presença de ocasionais leveduras fúngicas eosinofilicas com paredes birrefringentes apontadas pela seta (HE, 400x) (A) – Presença fúngica em formato de roda de leme apontado pela seta (Grocott, 400x) (B)



Fonte: autores

O paciente foi encaminhado ao infectologista e pneumologista para tratamento, que instituiu o antifúngico itraconazol com dose diária de 200 mg por um ano. Atualmente, o paciente encontra-se em bom estado geral de saúde e livre de lesões, sendo solicitado retorno periódico tanto pela equipe odontológica quanto pela médica.

O paciente autorizou a publicação do trabalho em questão por meio de um termo de consentimento livre e esclarecido.

Discussão

De acordo com Petroni et al.³ (2013), o desenvolvimento da Pbmicose pode ocorrer em pessoas acima dos 30 anos de idade, mesmo que o contato com o patógeno tenha ocorrido na infância. O paciente do caso relatado provavelmente inalou os conídios em área endêmica durante sua infância e apresentou sinais e sintomas da doença anos depois, quando já morava em zona urbana.

A virulência do patógeno é afetada por algumas características importantes do hospedeiro, tais como estado geral de saúde, imunocomprometimento⁶, hábitos de tabagismo e etilismo^{2,5}. No caso relatado, foi observada a presença dos hábitos nocivos relacionados ao desenvolvimento da doença, corroborando o estudo de Shikanai-Yasuda et al.⁵ (2006) e De Souza et al.⁶ (2014).

Para o diagnóstico dessa micose, são realizados os exames micológico direto, provas sorológicas, biópsia e a fresco de escarro ou outra espécie de material, como descrito por Marques et al.⁷ (2007). Tendo em vista o diagnóstico diferencial de lesões isoladas de Pbmicose com o carcinoma epidermoide de boca^{11,12}, por ambos se tratarem de lesões ulceradas e crônicas e acometerem um grupo também predisposto ao desenvolvimento de lesões malignas da mucosa bucal, isto é, indivíduos do sexo masculino tabagistas e etilistas, é imprescindível a realização da biópsia incisional para a conclusão diagnóstica do caso.

Com relação ao tratamento da Phmicose, Moreira⁹ (2008) relatou que este deve ser dividido em dois períodos: o de supressão das lesões presentes e o de manutenção. Tendo em vista a longa duração dessa terapêutica, são cruciais a orientação e o monitoramento do paciente, visando à não interrupção do uso da medicação, mesmo após a regressão das lesões; prevenindo assim a possibilidade de recidiva. O paciente deste relato foi mantido em acompanhamento periódico pelas equipes odontológica e médica.

O itraconazol, utilizado no tratamento deste caso, é considerado um antifúngico de primeira escolha para o tratamento de Phmicose em pacientes adultos¹⁰, além de ser oferecido pelo Sistema Único de Saúde brasileiro. Outros medicamentos, como derivados sulfamídicos, anfotericina B ou derivados azólicos, também foram relatados como possíveis terapias medicamentosas no tratamento da Phmicose, no Brasil e no mundo^{5,13}.

Além disso, deve-se destacar o acompanhamento médico concomitante para verificar a regressão da doença também nos outros locos, como nos pulmões. As lesões nesses órgãos costumam evoluir para processos fibróticos, por isso, os pacientes podem desenvolver quadros de insuficiências pulmonares crônicas¹⁴.

Considerações finais

A Phmicose é uma micose sistêmica que responde satisfatoriamente à terapêutica antifúngica, desde que seja tratada adequadamente e haja colaboração do paciente. O cirurgião-dentista deve estar atento para as suas manifestações orais, estando assim apto a diagnosticar esta enfermidade e conduzir o tratamento.

Abstract

Objective: to report a case of paracoccidioidomycosis (Pbmycosis) diagnosed by the dentist, as well as the treatment applied to a resident of an urban area. Case report: male patient, 59 years old, white, referred to the dental clinic with a lesion in the mouth of around 20 days and complaint of tooth mobility in the anteroinferior region. The anamnesis showed respiratory distress, controlled hypertension, and chronic smoking and alcoholism. The physical examination showed increased volume of the lower lip, bilateral submandibular lymphadenopathy, moriform ulcerated lesions in the buccal mucosa, and gum insertion from tooth 31 to 45. An incisional biopsy was performed on the lesion with a positive result for Pbmycosis. The patient was treated with itraconazole and he shows up periodically for follow-up. Final considerations: the oral lesions of this disease correspond to chronic and granulomatous ulcers, similar to the lesion caused by the oral squamous cell carcinoma, thus, the dentist should understand this mycosis and consider it when producing the differential diagnosis.

Keywords: Oral medicine. Mycoses. Paracoccidioidomycosis. Oral ulcer.

Referências

- Lucinda LR, Polanski JF. Unusual otolaryngologic manifestations of paracoccidioidomycosis: a case report and review of literature. Am J Trop Med Hyg 2017; 96(5):1136-8.
- Trindade AH, Meira HC, Pereira IF, de Lacerda JCT, de Mesquita RA, Santos VR. Oral paracoccidioidomycosis: retrospective analysis of 55 Brazilian patients. Mycoses 2017; 60(8):521-5.
- Petroni TF, Souza LAP, Esteves DC, Oliveira ED, Ono MA. Paracoccidioidomicose: revisão. Rev Conexão Eletrônica 2013; 1(2). [08 de janeiro de 2018]. Disponível em URL: http:// www.aems.edu.br/conexao/edicaoanterior/Sumario/2013/downloads/2013/1/2.pdf.
- Almeida OP, Junior JJ, Scully C. Paracoccidioidomycosis of the mouth: an emerging deep mycosis. Crit Rev Oral Biol Med 2013; 14:268-74.
- Shikanai-Yasuda MA, Telles FFQ, Mendes RP, Colombo AL, Moretti ML. Consenso em paracoccidioidomicose. Rev Soc Bras Med Trop 2006; 39(3):297-310.
- De Souza SP, Jorge VM, Xavier MO. Paracoccidioidomycosis in southern Rio Grande do Sul: a retrospective study of histopathologically diagnosed cases. Braz J Microbiology 2014; 45(1):243-7.
- Marques AS, Cortez DB, Lastória JC, Camargo RMP, Marques ME. Paracoccidioidomicose: frequência, morfologia e patogênese de lesões tegumentares. An Bras Dermatol 2007; 82(5):411-7.
- Pedroso VPS, Vilela MC, Pedroso ERP, Teixeira AL. Paracoccidioidomicose com comprometimento do sistema nervoso central: revisão sistemática da literatura. Rev Soc Bras Med Trop 2009; 42(6):691-7.
- Moreira APV. Paracoccidioidomicose: histórico, etiologia, epidemiologia, patogênese, formas clínicas, diagnóstico laboratorial e antígenos. Bol Epidemiol Paulista 2008; 5(51):11-24.

- Palmeiro M, Cherubini K, Yurgel LS. Paracoccidioidomicose – revisão da literatura. Scient Med Porto Alegre 2005; 15(4):274-8.
- Sargenti Neto S, Paulo LF, Rosa RR. Oral paracoccidioidomycosis as a differential diagnosis of oral cancer. Rev Soc Bras Med Trop 2012; 45(6):777.
- de Oliveira Gondak R, Mariano FV, dos Santos Silva AR, Vargas PA, Lopes MA. Single oral paracoccidioidomycosis mimicking other lesions: report of eight cases. Mycopathologia 2012; 173(1):47-52.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso. 5. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
- Gomes E, Wingeter MA, Svidzinski TI. Clinical-radiological dissociation in lung manifestations of paracoccidioidomycosis. Rev Soc Bras Med Trop 2008; 41(5):454-8.

Endereço para correspondência:

Rennan Luiz Oliveira Dos Santos Av. Prof. Lineu Prestes, 2227, Cidade Universitária, Butantã

05508-000, São Paulo, SP, Brasil Telefone: (11) 3091-7901 E-mail: rennan_475@hotmail.com

Recebido: 04/05/18. Aceito: 12/07/18.