

## Caso para Diagnóstico\*

### Case for Diagnosis\*

Silvio Alencar Marques<sup>1</sup>

Rosângela M. Pires de Camargo<sup>2</sup>

Mariangela E. A. Marques<sup>3</sup>

#### HISTÓRIA DA DOENÇA

Paciente do sexo masculino, de 33 anos, empregado da construção civil, há dois anos apresentou lesões pápulo-acneiformes na face. Foi tratado com medicamentos sistêmicos que propiciavam melhora temporária, seguida por recaída quando interrompia o tratamento. Há três meses apresentou piora progressiva com evolução para lesões tipo nódulo e úlceras associadas à linfadenomegalia cervical e axilar (Figura 1), emagrecimento e queda do estado geral. Negava alcoolismo e co-morbidades. Na internação, identificou-se a presença de derrame pleural (Figura 2), hepatoesplenomegalia, ascite, aumento da supra-renal à esquerda e de gânglios de localização pericava, hilo hepático e peripancreático. Laboratorialmente apresentava anemia, leucocitose com desvio, amilaseemia, hipoalbuminemia e hipergamaglobulinemia. As reações intradérmicas de paracoccidiodina e PPD e a investigação de infecção pelo HIV, HBV e HCV foram negativas. Submeteu-se à biópsia cutânea e punção ganglionar, biópsia pleural, peritoneal e hepática (Figura 3), que afastaram o diagnóstico de tuberculose e firmaram o diagnóstico da doença de base, associada à pancreatite hemorrágica aguda. Instituiu-se tratamento com anfotericina B (Anf. B), nutrição parenteral e medidas de suporte. Apresentou melhora lenta, com necessidade de drenagem de alívio, periódicas, do derrame pleural e da ascite. Evoluiu para remissão clínica após 2.000mg de

Anf. B e alta após três meses de internação com sulfametoxazol e trimetoprima como drogas de manutenção e prednisona como droga de reposição.



FIGURA 1: Lesão infiltrada com bordos elevados eritemato-violáceos, com áreas ulceradas, secretantes e áreas parcialmente reepitelizadas com pontilhado hemorrágico, comprometendo a hemiface direita

Recebido em 16.03.2007.

Aprovado pelo Conselho Editorial e aceito para publicação em 01.06.2007.

\*Trabalho realizado na Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista (Unesp) – Botucatu (SP), Brasil.

Conflito de interesse: Nenhum / Conflict of interest: None

Suporte financeiro: Nenhum / Financial funding: None

<sup>1</sup> Professor livre-docente. Departamento de Dermatologia e Radioterapia. Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista (Unesp) – Botucatu (SP), Brasil.

<sup>2</sup> Bióloga. Laboratório de Micologia Médica. Departamento de Dermatologia e Radioterapia. Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista (Unesp) – Botucatu (SP), Brasil.

<sup>3</sup> Professor-assistente doutor. Departamento de Patologia. Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista (Unesp) – Botucatu (SP), Brasil.

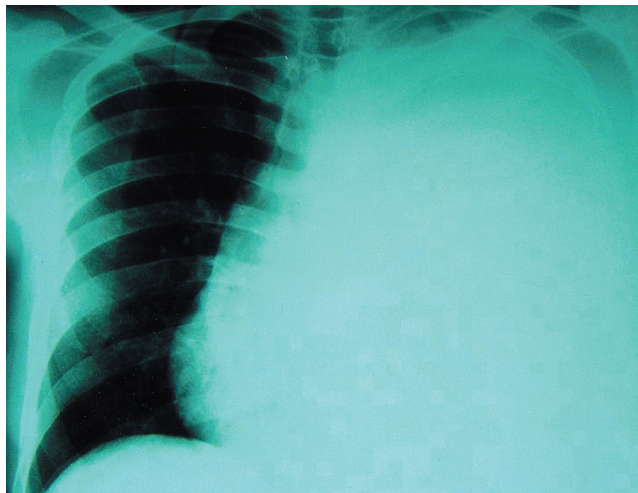


FIGURA 2: Derrame pleural comprometendo todo o hemitórax E

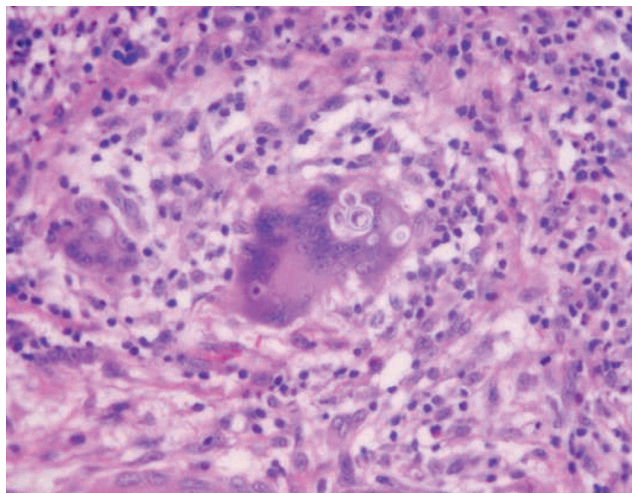


FIGURA 3: Granuloma epitelióide frouxo com células gigantes multinucleadas contendo formas fúngicas com esporulação múltipla (Hematoxilina & Eosina 200 x)

## COMENTÁRIOS

A paracoccidioidomicose é, das micoses sistêmicas, aquela que no paciente imunocompetente com mais freqüência apresenta lesões cutâneas que levam à procura de atenção médica.<sup>1</sup> A lesão cutânea na paracoccidioidomicose decorre de: i- disseminação hematogênica a partir de foco sistêmico, em geral pulmonar.<sup>1</sup> Nessa circunstância as lesões tendem a ser múltiplas, de padrão inicial acneiforme. Sem tratamento, as lesões evoluem para nódulo, úlcera e mesmo para padrão ulcerovegetante, com aspecto final polimórfico à medida que surgem novas lesões; ii- por contigüidade a lesão da mucosa oral, principalmente a partir do lábio inferior, a gânglio abscedado e fistulizado para a pele, ou, mais raramente, por contigüidade a lesão óssea fistulizada; iii- excepcionalmente, por inoculação direta na pele.<sup>2</sup> A evolução para doença generalizada e grave, no presente caso, decorreu não do diagnóstico tardio, mas da interrupção do tratamento após resolução aparente, comportamento comum e próprio de paciente mal orientado ou sem seguimento adequado.

O perfil clínico quando da internação sugeria doença oportunística, e o diferencial proposto foi de

histoplasmose. O comprometimento cutâneo-ganglionar e hepatoesplênico é classicamente observado na forma aguda-subaguda da paracoccidioidomicose, típico dos jovens e dos intensamente imunossuprimidos.<sup>3</sup> A presença de derrame pleural e ascite levaram à hipótese de tuberculose associada, a qual foi descartada pela biópsia de pleura e peritônio e pela evolução clínica. Ambos, derrame pleural e ascite, são fenômenos raros na paracoccidioidomicose. A ascite e mesmo o derrame pleural foram conseqüentes à pancreatite aguda hemorrágica. Essa, por sua vez, provavelmente, decorreu de bloqueio da drenagem por massa ganglionar específica. O imediato diagnóstico, a utilização da anfotericina B, medidas de suporte hospitalar adequadas e a nutrição parenteral permitiram a evolução satisfatória. A anfotericina B clássica ainda hoje é a escolha nos casos graves, e seu emprego é seguro desde que adequadamente monitorados a função renal e os eletrólitos.<sup>4</sup> A utilização de derivados sulfamídicos como manutenção pós-Anf. B encontra respaldo em experiência prévia,<sup>4,5</sup> e a suplementação com corticoesteróides se fez necessária por lesão da glândula supra-renal, evento previsível quando de paracoccidioidomicose disseminada. □

## AGRADECIMENTO

A Eliete Correia Soares, fotógrafa do Departamento de Dermatologia e Radioterapia da Faculdade de Medicina de Botucatu-Unesp, pela documentação.

**Resumo:** A paracoccidioidomicose é enfermidade potencialmente grave podendo levar ao óbito. Lesões cutâneas específicas são freqüentes e propícias ao diagnóstico precoce. A disseminação para órgãos do sistema monocítico-macrofágico corresponde à forma aguda-subaguda da enfermidade. Derrame pleural e ascite, raros na paracoccidioidomicose, no presente caso foram conseqüentes à pancreatite aguda hemorrágica. Nos casos graves a anfotericina B e o suporte hospitalar adequado são decisivos na recuperação.

Palavras-chave: Ascite; Derrame pleural; Manifestações cutâneas; Pancreatite; Paracoccidioidomicose

**Abstract:** *Paracoccidioidomycosis is a potentially severe disease that may lead to death. Specific skin lesions are common and suitable for early diagnosis. Dissemination to the reticuloendothelial system is the main characteristic of the acute and subacute clinical forms. Pleural exudate and ascitis are rare in paracoccidioidomycosis. In the present case, these followed an acute hemorrhagic pancreatitis. Amphotericin B and proper hospital care are crucial for the recovery of severe cases.*

Keywords: Ascites; Pancreatitis; Pleural effusion; Paracoccidioidomycosis; Skin manifestations

## REFERÊNCIAS

1. Marques SA. Cutaneous lesions. In: Franco M, Lacaz CS, Restrepo-Moreno, Del Negro G. editors. Paracoccidioidomycosis. Boca Raton: CRC Press; 1994.p. 259-66.
2. Castro RM, Cuce LC, Fava Netto C. Paracoccidioidomicose. Inoculação acidental "in anima nobile". Relato de um caso. Med Cut Ibero Lat Am. 1975;4: 289-92.
3. Franco M, Montenegro MR, Mendes RP, Marques SA, Dillon NL, Mota NGS. Paracoccidioidomycosis: a recently proposed classification of its clinical forms. Rev Soc Bras Med Trop. 1987;20:129-32.
4. Shikanai-Yasuda MP, Telles Filho FQ, Mendes RP, Colombo AL, Moretti ML. Consenso em paracoccidioidomicose. Rev Soc Bras Med Trop. 2006;39:297-30.
5. Dillon NL, Sampaio SAP, Habermann MC, Marques SA, Lastória JC, Stolf HO, et al. Delayed results of treatment of paracoccidioidomycosis with amphotericin B plus sulfonamide versus amphotericin B alone. Rev Inst Med Trop Sao Paulo. 1986;28:263-6.

---

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA / MAILING ADDRESS:

Silvio Alencar Marques  
 Departamento de Dermatologia e Radioterapia  
 Faculdade de Medicina de Botucatu – Unesp  
 18618 000 - Botucatu - SP  
 Tels./Fax: (14) 3882-4922  
 E-mail: smarques@fmb.unesp.br