

Paracoccidioidomicose osteoarticular: relato de caso

Osteoarticular paracoccidioidomycosis: case report

Guilherme José da Nóbrega Danda, Luciana Pinto Valadares

Resumo

A Paracoccidioidomicose é uma doença fúngica endêmica no Brasil, de importante relevância epidemiológica, porém pouco diagnosticada. Relata-se o caso de um homem de 61 anos proveniente de área rural com quadro de monoartrite do joelho direito com quatro meses de duração por paracoccidioidomicose como manifestação inicial e com boa evolução após tratamento antifúngico. Deve-se considerar no diagnóstico diferencial de uma monoartrite crônica a possibilidade desta doença fúngica a fim de se administrar o tratamento em tempo hábil e de melhorar as chances de uma recuperação favorável.

Palavras-chave: monoartrite, osteomielite, Paracoccidioidomicose

Abstract

Paracoccidioidomycosis is an endemic fungal disease in Brazil with important epidemiological relevance, but underdiagnosed. We report the case of a 61-year-old man from rural area with four months monoarthritis of the right knee by paracoccidioidomycosis as the initial manifestation and with good evolution after antifungal treatment. It should be considered in the differential diagnosis of a chronic monoarthritis the possibility of this fungal disease in order to administer the proper course of treatment in a timely correct and improve the chances of a favorable recovery.

Keywords: monoarthritis, osteomyelitis, Paracoccidioidomycosis

Introdução

A Paracoccidioidomicose é uma micose sistêmica granulomatosa causada pelo fungo termo-dimórfico *Paracoccidioides brasiliensis*. Endêmica na América Latina, a

doença acomete preferencialmente os trabalhadores rurais do sexo masculino.^{1,2}

De acordo com inquéritos epidemiológicos realizados com paracoccidioidina em países da América Latina, estipula-se que 50% dos habitantes de

235

1. Médico Assistente da Clínica Médica e Membro da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar do Hospital Sarah Brasília - Rede Sarah de Hospitais de Reabilitação.

2. Médica Assistente da Clínica Médica do Hospital Sarah Brasília - Rede Sarah de Hospitais de Reabilitação.

E-mail do primeiro autor: guilhermedanda@yahoo.com.br

Recebido em 18/10/2016

Aceito, após revisão, em 02/12/2016

áreas endêmicas foram expostos a este fungo.² No entanto, poucos desenvolvem manifestações clínicas com o predomínio das formas crônicas nos adultos e da forma aguda / subaguda nas crianças ou adolescentes.^{1,2}

A doença acomete mais os pulmões, sistema fagocítico mononuclear, pele e mucosas, porém qualquer órgão pode ser afetado.^{1,2} O envolvimento osteoarticular é incomum e o seu diagnóstico é confundido com outras patologias articulares mais comuns, o que gera atraso no tratamento e agrava o prognóstico.³

Desse modo, o presente trabalho propôs-se a relatar um caso raro de acometimento osteoarticular por *Paracoccidioides brasiliensis* como manifestação inicial em um paciente imunocompetente.

Relato de caso

Homem, 61 anos, proveniente da área rural do município de Paracatu / MG, ex-tabagista, admitido no ambulatório de doenças ortopédicas com quadro de dor, edema e hiperemia no joelho direito há quatro meses acompanhado de limitação progressiva à deambulação. Não havia relato de febre, sintomas respiratórios, trauma ou fatores de risco para imunodepressão.

Ao exame físico, notava-se um importante aumento de volume do joelho direito acompanhado de dor à mobilização e

calor local. Não existiam linfadenomegalias e a ausculta respiratória era normal.

Exames laboratoriais iniciais mostraram uma anemia normocítica e normocrômica (Hb = 10,3 g/dl /Ht = 32% /VCM =79 fentolitros / RDW=14,4% /HCM = 26 picogramas / CHCM = 33 g/dl) com 8.400 leucócitos / mm³, sem desvio e com elevação nas provas de atividade inflamatória (PCR = 12,6 mg/dl - valor de referência < 0,5 mg/dl e VHS = 125 mm - valor de referência de < 15 mm). A sorologia para HIV foi negativa.

A ressonância nuclear magnética (RNM) do joelho direito evidenciou uma lesão osteolítica no côndilo lateral do fêmur direito com sinais de osteomielite e abscesso nesta área além de sinovite com derrame articular (Figura 1).

Paciente foi submetido a punção intralesional por visão radioscópica com drenagem da secreção purulenta e envio do material para análise microbiológica. O resultado do estudo demonstrou a presença de numerosos blastoconídeos de dupla parede com características morfológicas compatíveis com *Paracoccidioides brasiliensis* (Figura 2), sendo iniciado o tratamento antifúngico com itraconazol 200 mg ao dia. A pesquisa de BAAR foi negativa.

Diante de tal achado, apesar da ausência de sintomas respiratórios, realizou-se uma tomografia computadorizada de tórax de

alta resolução (TCAR) com o achado de múltiplas opacidades bilaterais em vidro fosco compatíveis, nesse contexto, com o acometimento pulmonar pelo fungo (Figura 3).

O paciente seguiu em acompanhamento ambulatorial regular, com boa tolerância ao uso do itraconazol, mantendo-o durante todo o curso de 12 meses de tratamento. Observou-se evolutivamente uma melhora clínica significativa com resolução das queixas, normalização das provas de atividade inflamatória e dos níveis hematimétricos além do desaparecimento das alterações pulmonares. Houve ainda resolução dos sinais inflamatórios no joelho direito no exame físico e em exames de imagem de controle com recuperação da marcha do paciente.

Discussão

Descrita inicialmente por Adolpho Lutz em 1908, a Paracoccidioidomicose é uma doença granulomatosa primária do homem endêmica na América do Sul e Central. No Brasil, sua maior ocorrência é observada em áreas agrícolas da Região Sudeste e Centro-Oeste.^{1,2}

Apesar do nicho ecológico pouco conhecido, estipula-se que o solo e os vegetais sejam as principais fontes de infecção.¹ Dessa forma, os principais fatores de risco estão relacionados a atividades que envolvam a manipulação destes reservatórios.

Além disso, a doença predomina em adultos entre 30 e 50 anos com maior prevalência no sexo masculino (10 a 15 homens para 1 mulher), sugerindo possível efeito protetor do estrogênio.^{1,2}



Figura 1. Ressonância nuclear magnética do joelho direito (Corte Coronal T1 com contraste e saturação da gordura). Nota-se uma lesão lítica alongada (seta vermelha) de contornos serpiginosos e bem definidos com acentuado edema da medular. Imagem compatível com osteomielite do fêmur direito com abscesso no côndilo femoral lateral e sinais de sinovite.

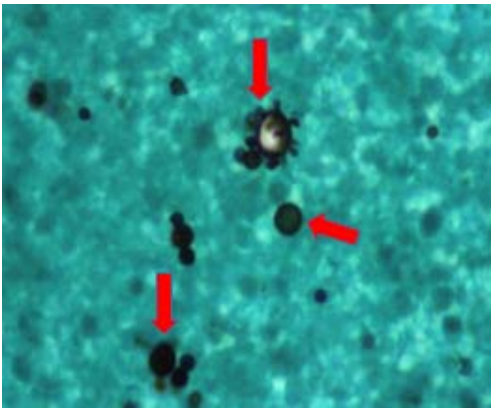


Figura 2. Análise microscópica do material processado pela técnica de “cell block” corado por Grocott evidenciado blastoconídeos de dupla parede típica de *Paracoccidioides brasiliensis* (setas vermelhas).

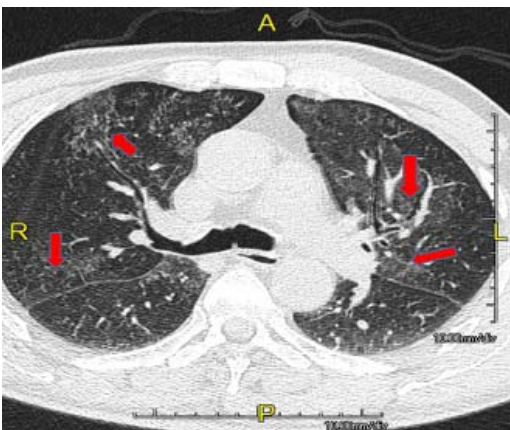


Figura 3. Tomografia computadorizada de tórax sem contraste evidenciando opacidades em vidro fosco dispersas em ambos os pulmões (setas vermelhas) com distribuição mais periférica, sem linfadenomegalia mediastinal e sugestivas, com base no contexto clínico, de acometimento pulmonar pelo *Paracoccidioides brasiliensis*.

Neste relato, o paciente apresenta características clínicas e epidemiológicas compatíveis com a forma crônica da doença com envolvimento ósseo e pulmonar. O padrão de acometimento sugere aquisição do

patógeno por via inalatória com posterior disseminação hematogênica para o fêmur.⁴

O envolvimento osteoarticular pelo *Paracoccidioides brasiliensis* é incomum com poucos relatos na literatura. Amstalden et al. em 1996⁵ relataram nove casos de

acometimento osteoarticular com predomínio de lesões solitárias nos ossos longos das extremidades e associação com danos viscerais em especial nos pulmões. Formas residuais ou sequelares são descritas como manifestações cicatriciais que se seguem ao tratamento da micose.²

Trad et al. (2006), ao realizarem uma revisão radiológica de 173 casos consecutivos de paracoccidioidomicose, encontraram lesões ósseas sugestivas de acometimento em apenas sete casos.⁶ As lesões tipicamente são osteolíticas sem reação periosteal. Os sítios mais acometidos foram ossos longos de extremidades. Nenhum caso de acometimento da coluna vertebral foi encontrado. No entanto, o envolvimento de outros sítios ossos e articulares, incluindo punho, metatarso, patela e calota craniana já foram relatados.^{7,8,9,10,11}

O diagnóstico definitivo envolve o achado de elementos fúngicos sugestivos de *P. brasiliensis* (células leveduriformes, birrefringentes ou de duplo contorno com brotamento simples ou múltiplo) em exame de espécimes clínicos e/ou fragmento de biópsia de órgãos supostamente acometidos.^{1,2,3}

De acordo com o Consenso Brasileiro sobre Paracoccidioidomicose², o tratamento de escolha para adultos é o itraconazol 200 mg/dia em função da facilidade de administração (dose única diária), melhor

aderência e tolerabilidade. Usualmente, o tratamento é prolongado (de 6 a 18 meses a depender da gravidade da doença) para permitir o controle das manifestações clínicas e evitar recaídas. Outras opções incluem anfotericina B, sulfamídicos e outros azólicos (fluconazol e cetoconazol).

O paciente apresentou boa tolerância ao itraconazol obtendo critérios clínicos e radiológicos de cura ao término do tratamento. Não houve disponibilidade de exames sorológicos. No entanto, pelo risco potencial de recorrência desta infecção, o paciente deve manter seguimento ambulatorial pelo menos anual para reavaliação clínica.

Conclusão

O comprometimento osteoarticular pode excepcionalmente ser a manifestação inicial da paracoccidioidomicose e, em regiões endêmicas, é importante considerar esta possibilidade diagnóstica em pacientes com monoartrite de evolução arrastada, principalmente se houver comprometimento pulmonar associado.

Referências

1. Mendes RP, Reis VLL, Tavares W. Paracoccidioidomicose. In.: Tavares W, Marinho LAC, editores. Rotinas de Diagnóstico e Tratamento das Doenças

- Infecciosas e Parasitárias. 2. ed. São Paulo: Atheneu; 2007. p. 787 – 805.
2. Yasuda MAS, Filho FQT, Mendes RP et al. Consenso em paracoccidioidomicose. Rev Soc Bras Med Trop. 2006; 39 (3): 297 – 310.
3. Michelan MS, Fernandes EA, Freitas LF, Ribeiro RH, Milano MM, Monteiro SS. Osteomyelitis and pyoarthritis resulting from local paracoccidioidomycosis in a immunocompetent patient: a case report. J Med Case Rep. 2012; 6: 342 – 346.
4. Costa MAB, Carvalho TN, Júnior CRA, Borba AOC, Veloso GA, Teixeira KS. Manifestações extrapulmonares da Paracoccidioidomicose. Radiol Bras. 2005; 38 (1):45 – 52.
5. Amstalden EM, Xavier R, Kattapuram SV, Bertolo MB, Swartz MN, Rosenberg AE. Paracoccidioidomycosis of bone and joints. A clinical, radiologic, and pathologic study of 9 cases. Medicine. 1996; 75: 213–225.
6. Trad HS, Trad CS, Júnior JE, Muglia VF. Revisão Radiológica de 173 casos consecutivos de Paracoccidioidomicose. Radiol Bras. 2006; 39 (3): 175 – 179.
7. Barrios JC, Taniguchi W, Simoneti CA, Andrade AM, Rocha EF. Blastomicose sulamericana com localização óssea. Relato de dois casos. Rev Bras Ortop. 1984; 19: 117–123.
8. Krivoy S, Belfort EA, Mondolfi A, Walzer I, Essensfeld E, Landaeta T. Paracoccidioidomycosis of the skull. Case report. J Neurosurg. 1978; 49: 429–433.
9. Lambertucci JR, Botelho JS, Melo FH. Osteomyelitis by *Paracoccidioides brasiliensis*. Rev Soc Bras Med Trop. 2002; 35: 271–272.
10. Cassone AE, Mello W, Jr, Alvarenga M, Moreira MP. Paracoccidioidomicose da patela. Relato de caso. Rev Bras Ortop. 2005; 40 (5): 288–294.
11. Bayerl JS, Oliveira ARN, Peçanha PM, Falqueto Aloísio. Osteomielite de punho em paciente com paracoccidioidomicose disseminada: uma rara apresentação. Radiol Bras. 2012; 45 (4): 238 – 240.