

PARACOCCIDIOIDOMICOSE BUCAL : APRESENTAÇÃO DE CASOS CLÍNICOS

Ronaldo Maia Melhado*
Cintia de Souza Alferes Araújo**
Cleto Mariosvaldo Piazzetta***
Fábio Yoshio Tanaka****

MELHADO, R.M.; ARAÚJO, C.S.A.; PIAZZETTA, C.M.; TANAKA, F.Y. Paracoccidiodomicose bucal: apresentação de casos clínicos. *Arq. Ciênc. Saúde Unipar*, 6(2): 141-143, 2002.

RESUMO: Na grande maioria dos casos de paracoccidiodomicose as primeiras manifestações clínicas ocorrem na boca. Salienta-se, assim, a importância do cirurgião-dentista na detecção precoce da doença. Relatamos neste trabalho 04 casos clínicos de paracoccidiodomicose diagnosticada em mucosa bucal, discutindo-se a possibilidade da região Noroeste do Paraná ser zona endêmica da enfermidade.

PALAVRAS-CHAVE: blastomicose sul-americana; lesões bucais; paracoccidiodomicose.

ORAL PARACOCCIDIOIDOMYCOSIS : REPORT OF CLINICAL CASES

MELHADO, R.M.; ARAÚJO, C.S.A.; PIAZZETTA, C.M.; TANAKA, F.Y. Oral paracoccidiodomycosis: report of clinical cases. *Arq. Ciênc. Saúde Unipar*, 6(2):141-143, 2002.

ABSTRACT: In most of paracoccidiodomycosis's cases the first clinical manifestation occur into the mouth. It's emphasized the dental surgeon's importance in the precocious detection of the lesion. We report in this work four clinical cases of paracoccidiodomycosis on the buccal mucous, discussing about the possibility of the northwest region from Parana being an endemic zone of this illness.

KEY WORDS: oral lesions; paracoccidiodomycosis; south american blastomycosis.

Introdução

A paracoccidiodomicose (PCM), conhecida no passado como Blastomicose Sul-Americana, é uma micose sistêmica com caráter endêmico em vários países da América do Sul como o Brasil, Colômbia, Venezuela e Guatemala (ARAÚJO & ARAÚJO, 1984; SPOSTO *et al.*, 1994). No Brasil esta micose é endêmica em certas áreas dos Estados de São Paulo, Minas Gerais, Rio de Janeiro, Goiás, Paraná e Rio Grande do Sul (MARQUES *et al.*, 1983; ARAÚJO & ARAÚJO, 1984; SCULLY & ALMEIDA, 1992).

Para CABRAL *et al.* (1994), os fatores climáticos e fisiográficos tais como: temperatura entre 11 e 30° C, pluviometria entre 800 e 2000 mm por ano, altitude entre 100 e 1500 metros, matas tropicais e subtropicais e solos ácidos são importantes na caracterização das áreas endêmicas. As regiões muito úmidas ou secas e aquelas que apresentam temperaturas muito elevadas ou muito baixas não são propícias ao desenvolvimento do fungo (HASSESIAN *et al.*, 2000).

A infecção é causada pelo fungo *Paracoccidioides brasiliensis*, o qual é encontrado comumente no solo e reino vegetal. A via de penetração do fungo no organismo é a inalatória com lesão primária em pulmão. O comprometimento pulmonar ocorre em torno de 70-80% dos pacientes que podem apresentar tosse, dispnéia, febre,

perda de peso e hemoptise (SCULLY & ALMEIDA, 1992; SPOSTO *et al.*, 1993).

As lesões bucais ocorrem especialmente no processo alveolar ou gengiva na forma de lesões proliferativas crônicas ou lesões ulceradas com aparência moriforme.

O diagnóstico é usualmente feito com base no exame clínico, radiografia pulmonar, citologia esfoliativa e biópsia (SCULLY *et al.*, 1994; SPOSTO, 1994). As colorações pelo PAS e metanamina-prata servem para identificar os fungos (SCULLY & ALMEIDA, 1992). Ainda, a técnica da imunofluorescência direta eventualmente poderia ser empregada (CABRAL *et al.*, 1994).

O diagnóstico diferencial é feito com carcinoma, tuberculose, lúpus eritematoso, histoplasmose, coccidiodomicose, sarcoidose, sífilis, granulomatose de Wegener, granuloma inguinal, actinomicose e leishmaniose (ALMEIDA *et al.*, 1991).

O tratamento é realizado através do cetoconazol, miconazol, itraconazol ou anfotericina (SCULLY & ALMEIDA, 1992). A boa tolerância e a facilidade de administração do cetoconazol permitem o seu emprego em doentes ambulatoriais (MARCONDES *et al.*, 1984).

O itraconazol é a droga de escolha por ter a vantagem de produzir remissão imediata dos sinais e sintomas, sem causar

* Professor Titular em Patologia e Responsável Pelas Disciplinas de Patologia A e B do Curso de Odontologia da Universidade Paranaense – UNIPAR.

** Mestranda em Estomato-patologia pela Faculdade de Odontologia de Piracicaba- UNICAMP e Docente de Estomatologia e Patologia da Universidade Paranaense – UNIPAR

*** Professor de Estomatologia da Universidade Paranaense – UNIPAR

**** Mestre em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilofacial e Docente de Cirurgia da Universidade Paranaense – UNIPAR

Endereço: Ronaldo Maia Melhado-Rua Amanbaí, 3820 Zona I 87501-070 Umuarama-PR

alterações no metabolismo endócrino (ORTEGA *et al.*, 1996).

Casos Clínicos

Caso 1 – Paciente C.S.C., sexo masculino, leucoderma, 49 anos, casado, profissão campeiro, procurou o ambulatório do Curso de Odontologia da UNIPAR devido a uma comunicação buco-sinusal após exodontia realizada 6 meses antes. Paciente relatou dor na região e informou ser fumante e ingerir bebida alcoólica. O exame clínico intra-bucal mostrou lesão granulomatosa moriforme na mucosa alveolar superior esquerda com aproximadamente 2 cm. de extensão.

Caso 2 – Paciente V.P.S., sexo masculino, leucoderma, 45 anos, casado, profissão pedreiro, fumante e etilista, procurou o ambulatório do Curso de Odontologia da UNIPAR encaminhado por cirurgião dentista do Posto de Saúde com suspeita de carcinoma. O exame clínico extra-bucal mostrou aumento de volume dos linfonodos submental, submandibular e cervical profundo. O exame clínico intra-bucal revelou paciente desdentado total, com lesão hiperplásica moriforme em rebordo alveolar e mucosa labial inferior com evolução de 2 meses.

Caso 3 – Paciente N.P.P., sexo feminino, melanoderma, 55 anos, profissão do lar, viúva, fumante e etilista, procurou o ambulatório do Curso de Odontologia da UNIPAR encaminhada por CD do Posto de Saúde para tratamento dentário e análise de lesão gengival. O exame extra-bucal mostrou linfonodos submandibular, submental e cervical enfartados. O exame intra-bucal revelou lesão hiperplásica

moriforme em rebordo alveolar inferior anterior com extensão ao fornix, limites imprecisos, com aproximadamente 3 cm (Fig. 1). Outra lesão ulcerada moriforme estava presente no vermelhão do lábio inferior (Fig. 2), ambas eram doloridas.

Caso 4 – Paciente A.S.S., sexo feminino, melanoderma, 37 anos, profissão do lar, casada, procurou o ambulatório do Curso de Odontologia da UNIPAR para análise de lesão bucal. O exame extra-bucal mostrou enfartamento do linfonodo submental com endurecimento e dor. O exame clínico intra-bucal mostrou lesão superficial ulcerada moriforme, com áreas recobertas por crosta, na mucosa labial inferior e pele, com aproximadamente 3 cm de extensão e evolução relatada de 40 dias.

O exame histológico nos casos analisados mostrou fragmentos de mucosa bucal revestida por tecido epitelial estratificado pavimentoso paraqueratinizado com áreas de acantose e focos de exocitose com formação de microabscessos. Discretas áreas de hiperplasia pseudoepiteliomatosa puderam ser vistas.

Na lâmina própria observou-se infiltrado inflamatório linfoplasmocitário com áreas de granulomas e macrófagos mono e multinucleados. No tecido ou no interior das células gigantes tipo Langhans notou-se a presença dos fungos com parede celular birrefringente (Fig. 3).

A citologia esfoliativa revelou mesmo ao método do Papanicolaou a presença do fungo e células inflamatórias bem como células epiteliais descamadas. A coloração pela metanamina-prata, tanto na citologia quanto na biópsia, evidenciou os fungos com aspecto arredondado, totalmente



FIGURA 1 - Lesão moriforme em rebordo alveolar.



FIGURA 2 - Lesão ulcerada de mucosa labial no mesmo paciente.

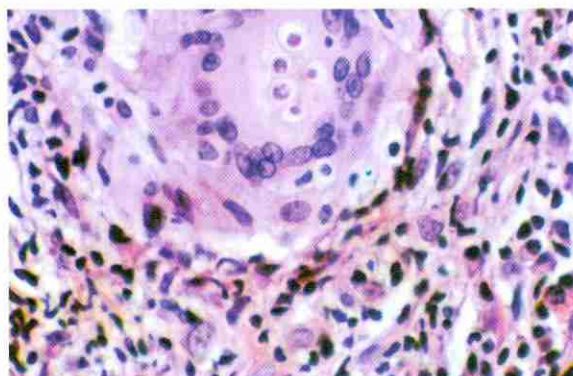


FIGURA 3 - Célula gigante tipo Langhans com fungos fagocitados. HE, aumento original \pm 80X.



FIGURA 4 - Fungo com aspecto de "Roda de Leme". Metanamina prata, aumento original \pm 80X.

corado em negro, e algumas vezes com aspecto de “roda de leme” devido à sua reprodução por múltiplos brotamentos (Fig. 4).

Discussão

Para os cirurgiões dentistas, especialmente do Sul e Sudeste do país, o reconhecimento clínico da paracoccidiodomicose é de extrema importância em razão da alta prevalência de lesões bucais (ALMEIDA *et al.*, 1991; ORTEGA *et al.*, 1996). Assim, tendo em vista que o principal motivo das consultas dos pacientes é a dor e dificuldade para se alimentar e sabendo-se que cerca de 85% dos pacientes com paracoccidiodomicose apresentam manifestações bucais, a responsabilidade do odontólogo é marcante no diagnóstico e no tratamento multidisciplinar do paciente (BOLIVAR *et al.*, 1999). Para TOMASI (1997) as lesões bucais são mais típicas e mais facilmente diagnosticáveis que as lesões cutâneas e em linfonodos.

Segundo BISINELLI *et al.* (1998) a ocorrência maior da PCM é na faixa etária de 34 a 54 anos sendo que os homens são mais afetados (86,6%) que as mulheres (13,3%). A baixa frequência no gênero feminino seria devido ao fato do estrógeno inibir a patogenicidade do fungo por interagir com sua proteína adesiva e inibir a transformação da forma de micélio para a forma de levedura (LOOSE *et al.*, 1983). Os casos aqui relatados se enquadram dentro das faixas etárias mencionadas na literatura sendo que a incidência igual com relação ao sexo pode ter sido ao acaso como consequência do número pequeno de casos.

BISINELLI *et al.* (1998) relatam que dos 45 pacientes analisados na Faculdade de Odontologia de Bauru – USP, 31 (69,89%) eram provenientes de cidades do interior do Estado do Paraná e que mais de 50% eram residentes e/ou que residiram em áreas agrícolas endêmicas. Nos casos aqui relatados, os pacientes são da Região Noroeste do Estado do Paraná, onde a atividade econômica principal é a agropecuária, portanto pacientes com contato estreito com a terra e a vegetação. Ainda, como as condições climáticas e fisiográficas desta região do noroeste do Estado (segundo dados fornecidos pela SUDERHSA) se enquadram dentro dos parâmetros citados por CABRAL *et al.* (1994), parece-nos que esta região do Estado deva merecer atenção especial por parte dos profissionais de saúde no diagnóstico precoce e tratamento adequado da paracoccidiodomicose.

Conclusão

Baseado nos relatos da literatura, bem como na análise dos casos aqui apresentados, podemos concluir que : 1- é fundamental o papel do odontólogo na detecção das lesões bucais da paracoccidiodomicose, 2- pelos dados fisiográficos e climáticos e pelos casos já relatados é provável que a região Noroeste do Estado do Paraná seja uma área endêmica para esta patologia.

Referências

ALMEIDA, O. P. *et al.* Oral manifestations of paracoccidiodomycosis (South American blastomycosis). *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol.* 72: 430-51, 1991.

ARAÚJO, N.S. ; ARAÚJO, V. C. – *Patologia Bucal*. Artes Médicas. São Paulo. 1984.

BISINELLI, J. *et al.* – Manifestações estomatológicas da paracoccidiodomicose (Paracoccidiodomycosis ou Enfermidade de Lutz – Splendore – Almeida). Considerações gerais e apresentação de casos. *Rev. FOB*, 6(1) : 1-11, 1998.

BOLIVAR, A. B. ; HERRERA, C. P. ; BASTIDAS, H. R. – Paracoccidiodomicosis reporte de dos casos y revisión bibliográfica. *Acta Odont. Venezolana*. 37 (1) : 118-22, 1999.

CABRAL, L. A .G. *et al.* – Emprego da imunofluorescência direta no diagnóstico da paracoccidiodomicose. *Rev. Odontol. Univ. São Paulo*, 8 (1) : 27-32, 1994.

CASTRO, A. L. – *Estomatologia*. Livraria Editora Santos, São Paulo, 3ª ed. 2000.

HASSESIAN, A. *et al.* – Estudo da prevalência de lesões bucais em pacientes portadores de paracoccidiodomicose na região de Campo Grande – Mato Grosso do Sul. *RPG*. 7 (3) : 214-18, 2000.

LOOSE, D. S. *et al.* – Estradiol binds to a receptor-like cytosol binding protein and initiates a biological response in Paracoccidiodomycosis. *Proc. Natl. Acad. Sci.*, 80: 7659-63, 1983.

MARCONDES, J. *et al.* – Avaliação do tratamento da paracoccidiodomicose com o cetoconazol. *Rev. Inst. Med. Trop. São Paulo*, 26 (2): 113-21, 1984.

MARQUES, S. A. *et al.* – Aspectos epidemiológicos da paracoccidiodomicose na área endêmica de Botucatu (São Paulo, Brasil) , *Rev. Inst. Med. Trop. São Paulo*, 25 : 87-92, 1983.

ORTEGA, K. L. *et al.* – A citologia exfoliativa no diagnóstico da paracoccidiodomicose. Relato de caso. *RPG*, 3 (2) : 148-54, 1996.

SCULLY, C.; ALMEIDA, O. P. – Orofacial manifestations of the systemic mycoses . *J. Oral Pathol. Med.*, 21: 289-94, 1992.

SPOSTO, M. R. *et al.* – Paracoccidiodomycosis manifesting as oral lesions : clinical, cytological and serological investigation. *J. Oral Pathol. Med.*, 23: 85-7, 1994.

SPOSTO, M. R. *et al.* – Oral paracoccidiodomycosis: a study of 36 South American patients. *Oral Surg. Oral Med., Oral Path.*, 75: 461-5, 1994.

TOMMASI, A. F. – *Diagnóstico em Patologia Bucal*. 2ª ed. Curitiba: Pancast editorial, 1997.

Recebido em: 24/07/01

Aceito em: 05/11/02