

IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL NA PARACOCCIDIOIDOMICOSE PULMONAR

Michele Scardine Corrêa de Lemos

Trabalho de conclusão do curso de Pós-graduação “Lato Sensu” em Microbiologia Clínica – 6ª Turma

RESUMO

A paracoccidiodomicose é uma micose sistêmica e os pulmões estão entre os principais sítios acometidos. Ocorre principalmente em adultos do sexo masculino procedentes da zona rural. As alterações pulmonares nem sempre são fáceis de serem diferenciadas de outras enfermidades. Tosse, dispneia e perda de peso associada a lesões cutâneas e das mucosas constituem as queixas principais da doença. Quando não diagnosticada e tratada, pode levar às formas disseminadas graves. O objetivo deste trabalho foi realizar uma revisão bibliográfica procurando mostrar a importância do diagnóstico diferencial da forma pulmonar, uma vez que neste caso a doença apresenta manifestações clínicas variadas que se confundem com outras doenças, principalmente com a tuberculose. O diagnóstico etiológico se baseia no achado do fungo no exame microscópico direto de espécimes clínicos. Concluímos que a similaridade e a sobreposição das manifestações clínicas com diversas doenças pode levar ao diagnóstico equivocado o que é bastante comum. E tal situação pode ser evitada pelo diagnóstico diferencial, além disso, esse procedimento deve ser realizado o mais precocemente possível por ser o diagnóstico confirmatório desta patologia.

Palavras chaves: Paracoccidiodomicose; Paracoccidiodomicose pulmonar; Diagnóstico diferencial.

INTRODUÇÃO

O *Paracoccidioides brasiliensis* é um fungo dimórfico causador da paracoccidioidomicose, também denominada doença de Lutz, blastomicose sul-americana, blastomicose brasileira, moléstia de Lutz-Splendore-Almeida e micose de Lutz. A doença tem alta prevalência no Brasil e em outros países da América do Sul, América Central e México. A Paracoccidioidomicose (PCM), desde sua primeira descrição em 1908 por Adolfo Lutz, tem sido objeto de alto interesse clínico e de pesquisa por diversos aspectos, como por exemplo, a alta incidência (1 a 3 casos por 100.000 habitantes em regiões endêmicas), a complexa relação agente-hospedeiro, a variabilidade filogenética, a característica de ser uma enfermidade multissistêmica e apresentar dificuldades terapêuticas, além de ocorrerem recidivas relativamente frequentes (ZAITZ, 2012).

A PCM apresenta duas principais formas clínicas: aguda ou subaguda (juvenil) e crônica (adulto). Apresenta maior incidência na faixa etária de 30 a 50 anos, e mais de 90% dos pacientes são do sexo masculino. Na clínica, pode ser confundida com outras enfermidades, dificultando um diagnóstico mais rápido. A forma crônica exige diagnóstico diferencial com doenças que envolvem as mucosas, porém, deve ser dada uma maior importância à tuberculose, uma vez que as histórias clínica e epidemiológica se sobrepõem (BERTONI, 2010).

O presente artigo faz uma revisão da literatura sobre a PCM pulmonar, abordando questões sobre o diagnóstico diferencial principalmente com a tuberculose, além de procurar estudar e evidenciar fatos que desafiam um diagnóstico rápido e seguro dessa doença. Para este estudo foram consultados artigos relacionados com o tema, retirados da internet e publicados no período de 2004 a 2014. Também foram pesquisados livros de micologia buscando relacionar assunto sobre essa enfermidade. O critério de inclusão no estudo foi o registro de diagnóstico laboratorial da PCM, bem como o diagnóstico diferencial com outras doenças.

DESENVOLVIMENTO

A PCM é uma infecção pulmonar primária, com disseminação usual para o nariz e a boca e menos frequente para os nódulos linfáticos, baço, fígado, trato gastrointestinal e glândulas adrenais (MURRAY, 2010).

Os sintomas da PCM são variáveis, e são dependentes das áreas afetadas. A tosse com expectoração mucoide e dispneia são as principais alterações respiratórias, e estão frequentemente associadas à lesão na pele e ou mucosas da face e cavidade oral. Nas formas mais avançadas, o quadro assume as características clínicas dos processos supurativos broncopulmonares crônicos, sem nenhuma especificidade, confundindo-se, na maioria das vezes, com a tuberculose. O fungo é de fácil identificação, quer no exame direto entre lâmina e lamínula, quer após coloração. O material ideal é aquele obtido por raspagem de lesão ulcerada ou por biópsia de lesão. Um ótimo material para exame também é o escarro obtido espontaneamente ou por técnicas próprias (CAPONE, 2010).

A PCM é uma micose sistêmica e pode acometer qualquer sítio anatômico. São as lesões extrapulmonares, em especial as lesões na orofaringe, que normalmente motivam a primeira consulta, mesmo o pulmão sendo a porta de entrada do fungo. Entre os pacientes com PCM estudados, um pouco mais que a metade apresentavam manifestações respiratórias, mostrando a progressividade da doença, pois tosse associada à dispnéia foi o sintoma mais comum nos doentes crônicos. As lesões pulmonares são variadas e por isso, sozinhas não permitem concluir o diagnóstico da doença. Além disso, os sinais e sintomas respiratórios da PCM são comuns a outros problemas pulmonares. Deve-se estar atento à possibilidade de associação da PCM com a tuberculose. Os aspectos clínicos e radiológicos são semelhantes nessas doenças, evoluindo com fibrose na fase de restabelecimento do paciente. Também é possível e deve-se considerar que o comprometimento pulmonar por tuberculose pode preceder, suceder ou ser simultâneo ao da PCM (GOMES, 2010).

A confirmação laboratorial da PCM é obrigatória, mesmo nos casos clinicamente evidentes. O diagnóstico etiológico é realizado a partir do material colhido diretamente das lesões onde pode se observar diretamente a presença do fungo. O agente etiológico pode ser facilmente observado nas secreções, no raspado das lesões e no material de punção, utilizando-se a rotineira coloração por Hematoxilina e Eosina. Outras colorações utilizadas são o método Giemsa, o PAS, o Gomori-Grocott e o da prata metenamina (CABRAL, 2005).

Não há dúvidas que a tuberculose continua sendo causa de grande preocupação mundial. A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que oito milhões de pessoas anualmente desenvolvem tuberculose ativa e que dois milhões

morrem por essa doença a cada ano. A pesquisa de BAAR com resultado positivo em espécimes como escarro ou lavado brônquico é o método confirmatório da tuberculose pulmonar. Porém, a sensibilidade desse método é reconhecidamente baixa. Além disso, alterações radiológicas causadas na PCM e tuberculose não são específicas nem fecham diagnóstico para qualquer das doenças (BERTONI, 2010).

É importante diferenciar a forma pulmonar da PCM principalmente de outras micoses e da tuberculose, uma vez que os achados clínicos e radiológicos são inespecíficos. O diagnóstico diferencial com leishmaniose também tem relevância, uma vez que ambas doenças podem ser endêmicas numa mesma região, sendo que as lesões orais, cutâneas e de fossas nasais também são bastante semelhantes (MOREIRA, 2008).

Na literatura podemos ver descrito que apesar de a associação entre PCM e tuberculose existir e estar bem observada e relatada na literatura, o erro diagnóstico é comum, porque as apresentações clínicas e radiológicas das duas doenças se sobrepõem pelo fato de serem bem parecidas. Também vemos que a maioria dos pacientes procura primeiramente unidades básicas de saúde, que apresentam uma experiência maior com tuberculose, justamente pela alta taxa de incidência, e onde o diagnóstico de PCM recebe menos atenção. Não se observa o mesmo fato em serviços universitários, onde estas doenças são comuns e quase sempre têm o diagnóstico confirmado antes do início do tratamento. A associação entre PCM e tuberculose não é incomum e a determinação do diagnóstico diferencial entre elas, baseado apenas em dados clínicos e radiológicos, pode ser difícil (QUAGLIATO JÚNIOR, 2007).

A confirmação de um caso se dá quando o paciente apresenta manifestações clínicas compatíveis com PCM e em cuja secreção, fluido corporal ou material de lesão foi observado a presença de *P. brasiliensis*, por exame de micológico direto, cultura ou exame histopatológico. Com essa observação conclui-se que o encontro de elementos fúngicos sugestivos de *Paracoccidioides brasiliensis* em exame a fresco de escarro ou outro espécime clínico (raspado de lesão, aspirado de linfonodos) e/ou fragmento de biopsia de órgãos supostamente acometidos é o exame de escolha, o método considerado “padrão ouro” para o diagnóstico de PCM. Por ser uma doença sistêmica, a resposta do hospedeiro ao agente infectante consiste de processo inflamatório granulomatoso crônico, com sequelas devido à fibrose. Nas fases mais avançadas da resposta inflamatória, ocorre o acúmulo de

colágeno e a formação de fibrose que podem levar a alterações anatômicas e funcionais dos órgãos acometidos durante a infecção, particularmente os pulmões. Em aproximadamente 50% dos pacientes com infecção crônica deste órgão houve a fibrose pulmonar, evoluindo em menor percentagem com doença pulmonar obstrutiva crônica e suas complicações (SHIKANAI-YASUDA, 2006).

Podemos observar que a PCM é uma doença que atinge vários órgãos, com aspectos clínicos que se confundem muito com outras doenças. O diagnóstico diferencial deve ser realizado com diversas doenças, dentre elas a tuberculose, histoplasmose, a coccidioidomicose, criptococose, neoplasias, leishmaniose, cromomicose, esporotricose, sífilis, etc.

É comum observar a tosse com expectoração mucoide como alteração respiratória nesta doença. A forma crônica pulmonar é muito semelhante a várias doenças, sendo confundida principalmente com a tuberculose, o que torna o diagnóstico mais demorado, já que a tuberculose assume papel de maior destaque nos dias de hoje. Tais doenças provocam sequelas que são debilitantes deixando o paciente com baixa qualidade de vida. Diante disso, se faz necessário ter profissionais treinados, bem preparados a realizar um diagnóstico rápido e seguro, para se iniciar o tratamento.

Nos serviços de unidade básica de saúde a dificuldade do diagnóstico da paracoccidioidomicose é maior que nos serviços universitários, pois estes já estão mais familiarizados com tal doença. Sendo assim parece óbvio a necessidade de treinamento para os profissionais de saúde das unidades básicas.

O método considerado de escolha para o diagnóstico da doença é o encontro de estruturas fúngicas em espécimes clínicos pelo exame de micológico direto, cultura ou exame histopatológico, uma vez que achados radiológico e manifestações clínicas são inconclusivos para a determinação desta enfermidade.

O diagnóstico diferencial é considerado simples em pacientes atendidos em grandes centros por profissionais experientes, mas torna-se difícil nas fases iniciais da doença, uma vez que os aspectos clínicos e radiológicos nem sempre permitem clara distinção com outras afecções com as quais pode ser confundida. Assim, podemos ver que existe a necessidade de se aumentar a precisão e a ênfase na pesquisa de fungos no escarro, em especial nas unidades básicas de saúde.

Após estas observações chamamos a atenção dos profissionais da saúde para a importância da investigação correta da paracoccidioidomicose, pois essa

doença pode apresentar sequelas graves ou evoluir para óbito caso o diagnóstico seja demorado ou o tratamento mal conduzido.

CONCLUSÃO

Conclui-se com o estudo que o diagnóstico rápido e seguro é primordial, pois o diagnóstico tardio frequentemente leva ao acometimento pulmonar com sequelas graves, assim evita-se as formas mais avançadas da doença, tem-se um melhor encaminhamento do paciente, observa-se diminuição de complicações futuras e melhora-se a qualidade de vida dos pacientes.

A alta prevalência da doença no Brasil justifica a necessidade de se incluir a paracoccidiodomicose no diagnóstico diferencial das doenças pulmonares em todos os indivíduos sintomáticos respiratórios crônicos. Por isso, o profissional que realiza o diagnóstico dessa doença deve estar atento para as suas manifestações pulmonares e seja capacitado para estabelecer o diagnóstico diferencial desta enfermidade.

BIBLIOGRAFIA

1. AMBRÓSIO, Alexandre Vasconcellos Alvim et al. Paracoccidioidomicose (doença de Lutz-Splendore-Almeida): propedêutica complementar, diagnóstico diferencial, controle de cura. **Revista Médica de Minas Gerais**, v. 24, n. 1, p. 81-92, 2014.
2. BERTONI, T. et al. Paracoccidioidomicose e tuberculose: diagnóstico diferencial. **J Bras Patole Med Lab**, v. 46, n. 1, p. 17-21, 2010.
3. CABRAL, Carolina Gama et al. Paracoccidioidomicose pulmonar: manifestações clínicas, diagnóstico e tratamento. **Rev. méd. Minas Gerais**, v. 15, n. 1, p. 53-58, 2005.
4. CAPONE, Domenico et al. Micoses pulmonares. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto**, v. 9, n. 2, 2010.
5. DE OLIVEIRA, Tarsila Alexandre et al. Paracoccidioidomicose na forma aguda. Relato de caso. **Rev Bras Clin Med. São Paulo**, v. 10, n. 3, p. 238-9, 2012.
6. GOMES, Elenice; WINGETER, Márcia Arias; SVIDZINSKI, Terezinha Inez Estivalet. Clinical-radiological dissociation in lung manifestations of paracoccidioidomycosis. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 41, n. 5, p. 454-458, 2008.
7. MOREIRA, Adriana Pardini Vicentini. Paracoccidioidomicose: histórico, etiologia, epidemiologia, patogênese, formas clínicas, diagnóstico laboratorial e antígenos. **BEPA. Boletim Epidemiológico Paulista (Online)**, v. 5, n. 51, p. 11-24, 2008.
8. MURRAY, Patrick R.; **Microbiologia Clínica**; 2 ed; Rio de Janeiro, RJ; Guanabara Koogan, 2010.
9. PALMEIRO, Mariana et al. Paracoccidioidomicose-Revisão da Literatura. **Scientia Medica**, v. 15, n. 4, p. 274-278, 2005.
10. QUALGLIATO JÚNIOR, Reynaldo ET al. Association between paracoccidioidomycosis and tuberculosis: reality and misdiagnosis. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 33, n. 3, p. 295-300, 2007.
11. SHIKANAI-YASUDA, Maria Aparecida et al. Guidelines in paracoccidioidomycosis. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 39, n. 3, p. 297-310, 2006.
12. WANKE, Bodo; AIDÊ, Miguel Abidon. Paracoccidioidomycosis. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 35, n. 12, p. 1245-1249, 2009.
13. ZAITZ, Clarisse et al. **Compêndio de Micologia Médica**; 2ed.; Rio de Janeiro, RJ; Guanabara Koogan; 2012.