

PARACOCCIDIOIDOMICOSE DISSEMINADA EM PACIENTE COM TRANSPLANTE DE RIM-PANCREAS

Adelino de Melo Freire Junior, Departamento de Infectologia, Hospital Felício Rocho, Belo Horizonte, MG

INTRODUÇÃO

A paracoccidiodomicose (PCM) é uma micose sistêmica de evolução insidiosa que pode ter consequências graves se houver demora no diagnóstico e tratamento. Causada por fungos termodimórficos de duas principais espécies: *Paracoccidioides brasiliensis* (*P. brasiliensis*) e *Paracoccidioides lutzii* (*P. lutzii*) de ocorrência restrita à América Latina. A maioria dos casos são registrados no Brasil, Argentina, Colômbia e Venezuela (1).

A ocorrência de PCM em pacientes imunossuprimidos é descrita como mais frequente que na população em geral, caracterizando-se uma doença oportunista. No entanto existem poucos casos descritos na literatura médica de paracoccidiodomicose em pacientes submetidos a transplante de órgãos sólidos (2,3).

RELATO DE CASO

CONSULTA AMBULATORIAL (03/01/19)

IDENTIFICAÇÃO: RLAS, 40 anos, masculino, casado, mecânico aposentado. Natural de Santa Bárbara do Tugúrio, MG

QUEIXA PRINCIPAL: diarreia e emagrecimento com cerca de 60 dias de evolução (consulta em ambulatório de transplante renal).

HISTÓRIA PREGRESSA: Diabetes mellitus diagnosticada aos 20 anos de idade com necessidade de reposição de insulina. Terapia renal substitutiva por hemodiálise durante 14 anos.

Transplante rim-pâncreas em 07/07/2014 em função de diabetes mellitus. Evoluiu sem intercorrências clínicas após o transplante.

Portador de hipertensão arterial sistêmica.

Uso domiciliar: Prednisona 5 mg MID; Tacrolimus 3 +2 mg; Rapamicina 2 mg MID; Losartana 25 mg MID, AAS 100 mg

HISTÓRIA ATUAL: perda ponderal não intencional (cerca de 10 kg em 60 dias), com prostração e inapetência acentuadas nas duas semanas anteriores a consulta. Relata ainda diarreia com 2 anos de evolução (média 7 evacuações /dia). Fezes sem presença de elementos anormais, de consistência líquida a pastosa, raramente fezes formadas. Observou piora dos sintomas após problemas familiares. Afirma que está desanimado e permanece a maior parte do tempo na cama, não tendo disposição para as atividades habituais.

EXAME FÍSICO: Sem achados anormais.

Peso: 60 KG (03/01/19) Peso em consulta prévia: 65 KG (13/11/18)

Exames laboratoriais (03/01/2019):

Rapamicina: 8,1 ng/dL (nível terapêutico) / Tacrolimus: 8,6 ng/mL (nível terapêutico) Cr 1,13 / Ur 52 / P: 2,4 / Hg 17,8 GL 6200 (B 0%)

HIPÓTESE: Diarreia funcional por Síndrome do Cólon Irritável/Depressão

CONDUTA: Prescrito Sertralina 25 mg/mid e solicitado ultrassonografia abdominal, radiografia de tórax e exame parasitológico de fezes.

RETORNO (05/02/2019):

Diarreia mantida e perda ponderal progressiva. Nessa época apresentava icterícia (++) e lesões cutâneas, tipo pápulas, não eritematosas e não pruriginosas em cabeça, face, tronco e membros (fig.1).



Figura 1

CONDUTA: Optado por internação hospitalar para propedêutica.

RESULTADOS DE EXAMES AO LONGO DA INTERNAÇÃO:

- EPF: negativo para agentes patogênicos
- RX de tórax: sem anormalidades
- Sorologias para hepatites virais negativas
- Sorologias para hepatite auto-imune negativas
- Bilirrubina total: 18,9mg/dL Indireta: 9,0mg/dL RNI 1,99
- US abdome: Esplenomegalia leve, proeminência numérica de linfonodos mesentéricos, alguns de dimensões aumentadas, inespecíficos, pequena ascite e pólipos vesiculares. Ausência de trombose em veia porta.
- Colonoscopia: exame realizado até o íleo terminal. Presença de úlceras, recobertas por fibrina em todos os segmentos colônicos, inclusive deformando a válvula ileocecal.
- Biópsia colônica: Colite crônica granulomatosa fúngica compatível com paracoccidiodomicose intestinal
- Biópsia hepática: hepatite crônica granulomatosa fúngica, com colestase intra-hepatocítica e canalicular moderada. Morfologia das estruturas fúngicas é sugestiva de paracoccidiodomicose (Fig. 2 e 3)

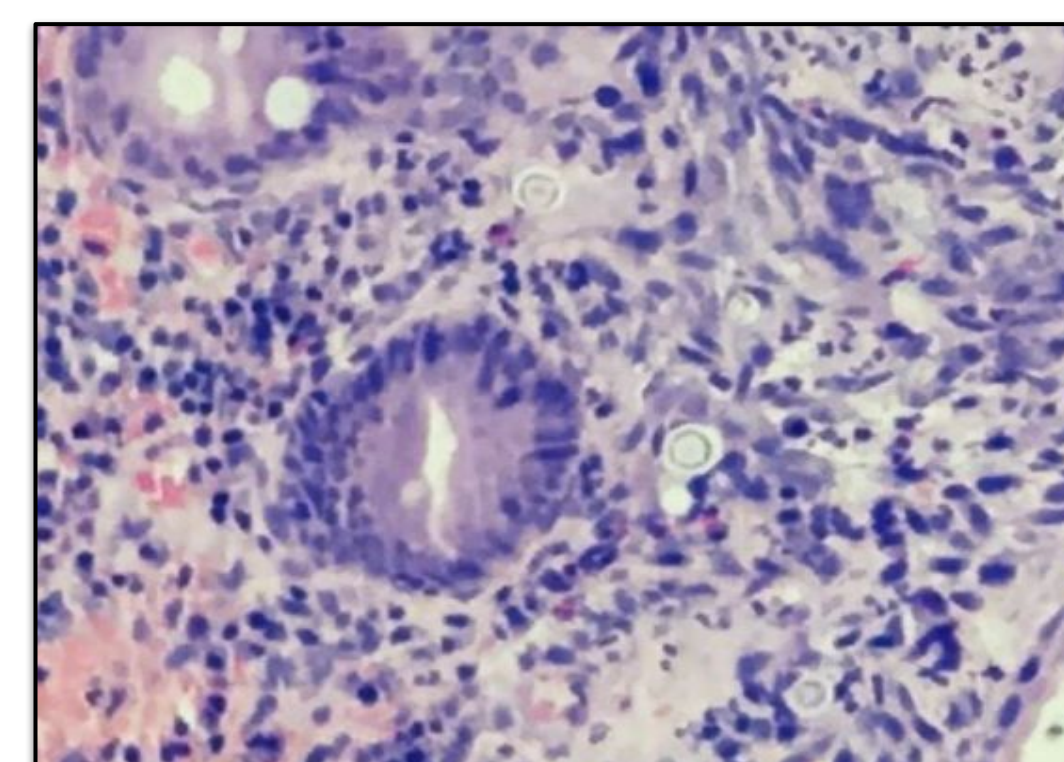


Figura 2

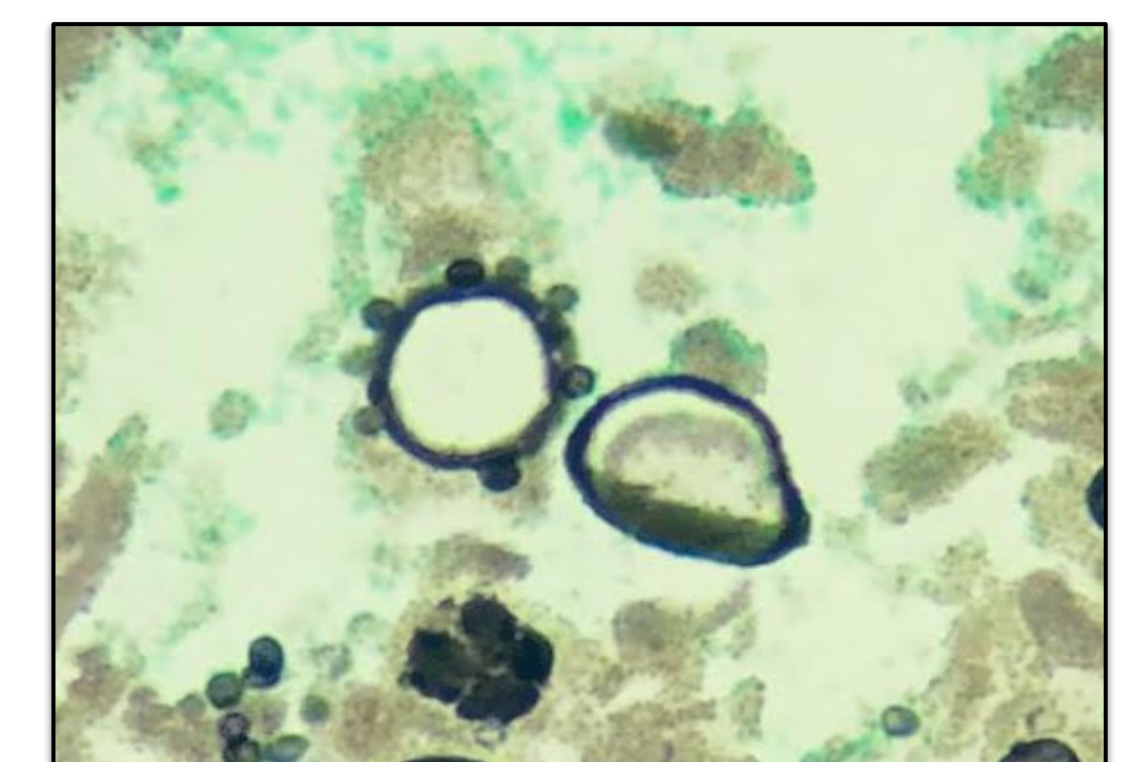


Figura 3

Em 20/02 iniciado tratamento com Anfotericina B Lipossomal 250mg 24/24h.

Tratamento mantido por 2 semanas, durante as quais teve melhora completa da diarreia e melhora progressiva da icterícia e das lesões cutâneas.

Em 08/03/19 recebeu alta hospitalar em uso de Itraconazol 100mg 12/12h de forma contínua, que permanece em uso atualmente.

DISCUSSÃO

Os principais fatores de risco para a PCM são idade < 30 anos para forma aguda e > 30 anos para forma crônica. Sexo masculino, viver e trabalhar em área rural e ter hábitos de tabagismo e etilismo também estão relacionados com a ocorrência da doença, além de comorbidades como tuberculose, neoplasias, imunodeficiências primárias e infecção pelo HIV (1).

Incidência em receptores de transplantes não é conhecida e são raras descrições de casos na literatura (2,3). O caso descrito mostra como a doença pode comprometer diversos órgãos e sistemas em paciente transplantados, com evolução potencialmente grave caso não diagnosticada e tratada a tempo.

Em função da gravidade do paciente foi optado por fazer o tratamento em sua inicial com uma formulação lipídica de anfotericina B, em acordo com as recomendações de Shikanai-Yasuda et al., com o objetivo de garantir doses mais elevadas de medicação ativa contra o fungo com menor risco de comprometimento da função do enxerto renal. A rápida recuperação clínica e laboratorial sugerem que a escolha foi acertada, permitindo alta hospitalar ao final dos 14 dias de terapia.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- 1 - Shikanai-Yasuda e cols; Brazilian Guidelines for the Clinical Management of Paracoccidiodomycosis; Rev Soc Bras Med Trop 50(5):715-740, September-October, 2017
- 2 - Almeida JNJ, Peçanha-Pietrobon PM, Colombo AL. Paracoccidiodomycosis in Immunocompromised Patients: A Literature Review. J. Fungi 2019, 5, 2.
- 3 - Abdala, E. e cols Endemic Fungal Infection Recommendations for Solid-Organ Transplant Recipients and Donors; Transplantation: Febr2018 - Vol102 - p S52-S59.