

**A PARACOCCIDIOIDOMICOSE NA ODONTOLOGIA  
- RELATO DE UM CASO -**

***The Paracoccidiodomycosis in dental clinic  
- a case report -***

Márcia Oliva de Oliveira<sup>1</sup>, Alexandre Dornelles Pistóia<sup>2</sup>, Cátia Neuhaus<sup>3</sup>, Fábio Bohrer da Veiga<sup>3</sup>

RESUMO

A Paracoccidiodomicose é uma infecção fúngica profunda causada pelo *Paracoccidioides brasilienses*, não incomum entre a população latino-americana. Este microrganismo pode penetrar no corpo humano através de contato direto podendo causar linfadenopatia intensa, lesões ulceradas na cavidade bucal e na pele, entre outras alterações. Desta forma, é importante que o cirurgião dentista esteja familiarizado com o mecanismo de contágio, com os exames diagnósticos e com o tratamento odontológico de pacientes com este tipo de infecção.

O objetivo deste trabalho é apresentar um caso clínico, juntamente com uma revisão de literatura, no qual se relata a ocorrência de uma lesão na cavidade bucal de um paciente de 45 anos de idade causada pelo fungo *Paracoccidioides brasiliensis* e o manejo deste paciente no consultório odontológico.

Palavras-chave: Paracoccidiodomicose; *Paracoccidioides brasilienses*; micose endêmica.

---

Trabalho realizado no Departamento de Estomatologia da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)/RS

<sup>1</sup> Professora Assistente Mestre da Disciplina de CTBMF do Curso de Odontologia da UFSM

<sup>2</sup> Professor Adjunto Doutor da Disciplina de Semiologia do Curso de Odontologia da UFSM

<sup>3</sup> Acadêmicos do Curso de Odontologia da UFSM

## INTRODUÇÃO

A Paracoccidioidomicose (PCM), também conhecida como Blastomicose Sul-Americana, é uma infecção micótica que, em muitos casos, apresenta, como sinais e sintomas, alterações que levam o paciente a procurar um cirurgião-dentista. As lesões que ocorrem na boca têm grande importância na caracterização clínica de tal patologia. Sendo assim, temos, como propósito neste trabalho, apresentar um caso clínico de Blastomicose Sul-Americana, no intuito de auxiliar cirurgiões-dentistas a procederem corretamente para que o diagnóstico desta doença seja obtido da maneira mais rápida e precisa, bem como o encaminhamento para o tratamento destes pacientes, com acompanhamento multidisciplinar, tanto médico como odontológico.

O agente etiológico é um fungo dimórfico termal denominado *Paracoccidioides brasiliensis* que, em sua forma saprófita, vive livre na natureza, provavelmente nas plantas, no solo e na água (QUEIRÓS, *et al.* 2002). Alguns autores afirmam ser a mucosa bucal a localização primária do fungo, mas outros sustentam a tese de que a localização primária ocorre no pulmão e que a contaminação ocorreria por inalação (CERRI *et al.*, 1986; NEVILLE *et al.*, 1998).

A contaminação através de ferimentos cutâneos e nas mucosas é extremamente rara (BOGLIOLO, 1978). O hábito entre trabalhadores agrícolas e, às vezes, até urbanos de mascar vegetais e usar talos e gravetos para palitar os dentes, condiciona a inoculação do fungo nos tecidos da cavidade bucal. A frequência com que a lesão inicial se localiza nessa região, possivelmente se dá pela acentuada presença de má higiene oral, gengivite e periodontite associada aos hábitos regionais destes pacientes. Não há caso descrito de transmissão pessoa a pessoa e a transmissão congênita não foi comprovada (TELLES, 2001).

## REVISÃO DE LITERATURA

A Paracoccidioidomicose é uma micose sistêmica autóctone da América Latina. De acordo com Pagliari *et al.*<sup>6</sup>, limita-se à América do Sul, principalmente no Brasil, em regiões consideradas endêmicas como São

Paulo, Rio de Janeiro, Minas Gerais. Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul são citados por Bisinelli *et al.*<sup>7</sup>.

De acordo com Queirós *et al.*<sup>1</sup>, Neville *et al.*<sup>3</sup>, Oliveira *et al.*<sup>8</sup> os homens são mais atingidos do que as mulheres, com uma relação de homens para mulheres de 25/1. Esta notável diferença, ainda segundo estes autores, parece ser devido a um efeito protetor hormonal feminino, uma vez que o betaestradiol parece inibir a transformação da forma de levedura do microrganismo para a forma patogênica de hifa. Tal teoria, segundo Neville *et al.*<sup>3</sup>, é suportada pelo achado de um número igual de homens e mulheres que têm anticorpos contra as leveduras. O grupo etário entre 30 e 59 anos foi o mais atingido, seguido dos indivíduos com 60 anos ou mais (COUTINHO *et al.*, 2002).

Em um estudo realizado por Oliveira *et al.*<sup>8</sup>, que analisou 54 casos de Paracoccidioidomicose diagnosticados no Hospital da PUCRS, foi observado que a doença estava presente, muito mais frequentemente, em pacientes trabalhadores rurais. O hábito de fumar foi relatado por dois terços dos pacientes, sendo muitos deles também etilistas. Metade dos pacientes analisados apresentavam evidências radiográficas de lesões pulmonares.

Segundo Maeda *et al.*<sup>10</sup>, a Paracoccidioidomicose é uma doença granulomatosa crônica que atinge principalmente os pulmões, podendo, no entanto, disseminar-se para vários órgãos. O acometimento ósseo pela Paracoccidioidomicose é raro, podendo apresentar-se associado à doença sistêmica ou isolada.

O pulmão, órgão mais frequentemente acometido, dá origem a manifestações clínicas de maneira muito insidiosa, compreendendo tosse seca, posteriormente produtiva, e dispnéia aos esforços (TELLES, 2001).

As lesões da mucosa bucal, faringe e laringe são muito comuns e com frequência consistem na causa de consulta ao cirurgião-dentista ou ao clínico geral. Lesões de palato mole e faringe causam odinofagia, levando ao emagrecimento e agravando o estado geral do paciente. O acometimento da laringe e cordas vocais ocasiona diversos graus de disфонia, ou mesmo afonia (ISRAEL *et al.*, 2003). Na cavidade bucal nota-se gengivas inflamadas, mobilidade dentária, hemorragia gengival, halitose e muitas vezes odontalgias (CERRI *et al.*, 1986).

Surgindo nas mucosas, as lesões pápulo erosivas são de evolução lenta, com aspecto granuloso e avermelhado, semelhante à superfície de uma amora, denominando-se, por isso, estomatite moriforme. A forma hipertrófica caracteriza-se por um aumento e forte infiltração nos tecidos lesados, predominando nos lábios e bochechas (QUEIRÓS *et al*, 2002).

Embora a infecção seja autolimitada, o *P. brasiliensis* pode-se disseminar pela via linfática ou hematogênica para vários tecidos, incluindo os linfonodos, pele e glândula adrenal (NEVILLE *et al*, 1998).

De acordo com Neville *et al*<sup>3</sup>, pacientes que apresentam lesões bucais, na maioria dos casos, possuem mais de um sítio na mucosa bucal afetado. Na boca, as lesões ocorrem em uma porcentagem significativa no lábio inferior, mucosa jugal e palato.

Em um estudo realizado por Hassessian *et al*<sup>12</sup>, no qual se realizou um levantamento de 189 prontuários de pacientes com Paracoccidiodomicose, pode-se observar que houve significativa incidência de lesões bucais correspondendo a 64,55% dos casos, o que destaca a importância do cirurgião-dentista no diagnóstico dessa patologia. Esta alta incidência de lesões bucais contrasta com a Blastomicose norte-americana (BISINELLI *et al*, 1998).

A avaliação microscópica do tecido obtido de uma lesão bucal pode revelar hiperplasia pseudo-epiteliomatosa, além da ulceração da superfície do epitélio de recobrimento. O *P. brasiliensis* leva a uma resposta inflamatória granulomatosa caracterizada por coleções de macrófagos epitelióides e células gigantes multinucleadas. Leveduras grandes (com mais de 30 µ de diâmetro), dispersas são prontamente identificadas após a coloração de secreções com Grocott-Gomori metenamina de prata ou com o método do Ácido Periódico de Schiff (PAS) (NEVILLE *et al*, 1998).

#### Diagnóstico

O diagnóstico desta patologia é obtido clínico e laboratorialmente. Entre as manifestações que envolvem a pele, linfonodos e alguns órgãos internos, as lesões bucais com frequência permitem sua caracterização, sendo, no entanto necessária a biópsia para diagnóstico definitivo (PAGLIARI *et al*, 1995).

O polimorfismo da apresentação clínica da

Paracoccidiodomicose permite que esta doença seja incluída no diagnóstico diferencial de várias outras condições clínicas, de causa infecciosa ou não. Entre as doenças respiratórias, a diferenciação deve ser feita com a Tuberculose, Histoplasmose, Coccidiodomicose e a Sarcoidose. As lesões mucosas produzidas pela PCM devem ser diferenciadas daquelas da Leishmaniose Tegumentar, Histoplasmose e de determinadas neoplasias (TELLES, 2001).

De acordo com Neville *et al*<sup>3</sup>, a demonstração de múltiplas leveduras, geminando na fixação clínica apropriada, usualmente é adequada para estabelecer um diagnóstico de Blastomicose Sul-Americana.

#### Tratamento

O método de tratamento do paciente com Paracoccidiodomicose depende da gravidade da doença e deve obrigatoriamente compreender, além da utilização de drogas antifúngicas, o emprego de medidas que melhorem as condições gerais do paciente e acompanhamento pós-terapêutico. Os derivados das sulfonamidas têm sido usados desde a década de 40 para tratar a infecção, e tais drogas ainda são usadas, hoje, em muitas situações. A Anfotericina B endovenosa costuma ser indicada para os casos mais graves da doença (NEVILLE *et al*, 1998).

De acordo com Neville *et al*<sup>3</sup> e Villa *et al*<sup>13</sup>, casos que não ameaçam a vida são mais adequadamente tratados por itraconazol oral, com o paciente fazendo o tratamento domiciliar, mesmo que essa terapia possa se estender por vários meses. O cetoconazol também pode ser utilizado, mas os efeitos colaterais são maiores do que os provocados pelo itraconazol oral.

### APRESENTAÇÃO DO CASO CLÍNICO

Paciente do sexo masculino, 45 anos de idade, leucoderma, trabalhador rural, fumante e etilista, apresentou-se à Disciplina de Semiologia do Curso de Odontologia na Universidade Federal de Santa Maria (UFSM - RS).

O mesmo relatou que apresentava lesões bucais dolorosas, dificuldades respiratórias, tosse frequente, episódios de sangramento nasal, história de doença renal há 5 anos e crises convulsivas.

Ao exame físico foram observadas extensas

lesões úlcero-granulomatosas em mucosa bucal. Estas exibiam aspecto moriforme e áreas de sangramento, compreendendo a região de rebordo alveolar inferior dos lados direito e esquerdo, mucosa jugal (Figura 1) e gengiva inserida (figura 2). Notavam-se a péssima condição de higiene oral, placa bacteriana e cálculo dentário na coroa dos dentes.

Figura 1 – Lesões ulcerada em mucosa jugal.

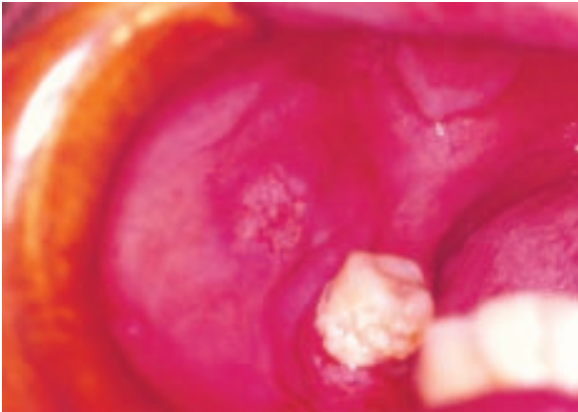


Figura 2 – Lesão ulcerada abrangendo gengiva inserida.



O paciente foi, então, encaminhado à Disciplina de Cirurgia e Traumatologia Bucamaxilofacial da mesma instituição com o diagnóstico clínico de Paracoccidioidomicose com a solicitação de biópsia incisional para envio ao exame histopatológico objetivando a confirmação do diagnóstico.

Para a realização da biópsia foi utilizada anestesia troncular e infiltrativa, compreendendo os nervos alveolar inferior, longo bucal e lingual. Foi realizada

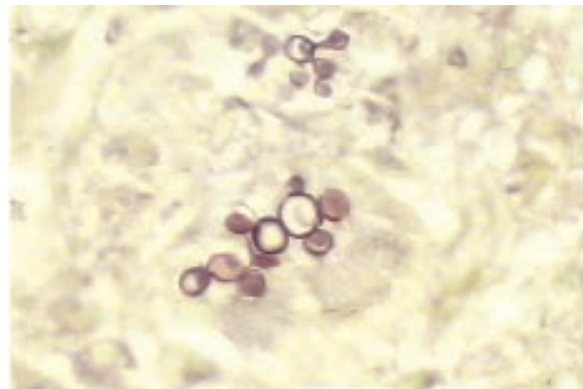
incisão em cunha em duas áreas diferentes, uma sobre o rebordo mucoso inferior direito e outra sobre o rebordo esquerdo. Os materiais removidos tinham aspecto pardo-claro e elástico, com forma irregular, tendo cerca de 8mm em seu maior diâmetro cada um, atentando-se para a remoção de fragmento contendo tecido sadio e patológico. (Figura 3). Os fragmentos foram imersos em formol a 10% e enviados ao laboratório de anatomia patológica da UFSM.

Figura 3 – Fragmento da lesão incisionada medindo cerca de 8mm de diâmetro.



O exame histopatológico revelou pela coloração de Hematoxilina-Eosina, a presença de processo inflamatório crônico granulomatoso. A pesquisa de fungos pela impregnação argêntica (Grocott) revelou estruturas fúngicas do *Paracoccidioides brasiliensis* (Figura 4).

Figura 4 – Pesquisa de fungos pela prata revelou positividade para Paracoccidioidomicose: *P.brasiliensis* representado por estruturas arredondadas dispersas pelo tecido (coloração de Gomori-Grocott)



Após o diagnóstico definitivo o paciente foi encaminhado ao Serviço de Infectologia do Hospital Universitário de Santa Maria a fim de receber o tratamento sistêmico adequado, cabendo ao cirurgião-dentista tratar das condições dento/periodontais do paciente.

O tratamento odontológico deve ser caracterizado pela remoção de placa e tártaro dos dentes através de curetagem coronária e radicular, após ser feita medicação sistêmica para não ocorrer a disseminação do fungo para outras regiões do organismo (CERRI *et al*, 1986).

Quanto à realização de extrações dentárias, estas não devem ser realizadas antes do controle da doença, pois pode não ocorrer a cicatrização do alvéolo, além da disseminação do microorganismo através da ferida cirúrgica.

### **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O quadro clínico apresentado pelo paciente era

bastante sugestivo da infecção causada pelo fungo *P. brasiliensis*, permitindo seu diagnóstico. Por outro lado, a faixa etária do paciente, os hábitos de etilismo também tiveram relevância para o estabelecimento do diagnóstico clínico.

Dados clínicos e epidemiológicos, particularmente na presença de doença crônica pulmonar e/ou lesões crônicas tegumentares em pacientes com antecedentes de trabalho agropecuário, mesmo que em passado distante, devem alertar o clínico para a possibilidade de PCM.

Embora o diagnóstico clínico tenha sido estabelecido há a necessidade de um exame histopatológico para a confirmação do mesmo.

A possibilidade de envolvimento do pulmão, lesões ósseas e outros órgãos torna prudente o encaminhamento do paciente ao médico para atuação conjunta no caso. Cabe ao cirurgião dentista o tratamento e controle da saúde bucal deste paciente .

Segundo Boraks<sup>14</sup> a cura completa nem sempre é possível, porém os períodos de remissão dos sintomas podem durar anos.

### **SUMARY**

The Paracoccidioidomycosis is a deep fungal infection caused by *Paracoccidioides brasiliensis*, it is not uncommon in latin american people. This microorganism can enter in a human body through direct contact and can bring intense lymphadenopathy, ulcerations lesions in the mouth cavity and on the skin, among others. So it's very important that the dentistry professional becomes familiar with the mechanism of infectious, diagnosis tests and with the odontological treatment of this this infection. The aim of this paper is to present a case report, with a literature review, where a lesion in a oral cavity is reported in a 45 years old patient caused by a *Paracoccidioides brasiliensis*, also the correct care of this patient in a dentistry's office.

Key-words: Paracoccidioidomycosis; *paracoccidioides brasiliensis*; Endemic Mycosis.

### **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. QUEIRÓS LMG et al.: Paracoccidioidomicose: relato de um caso com manifestação em cavidade oral. Rev. ABO, v. 10, n. 2, p. 155-159, jun/jul. 2002.
2. CERRI A et al. Paracoccidioidomicose periodontal. Odontólogo Moderno, v.13, n.8, p. 13 – 18, 1986.
3. NEVILLE BW, DAMM DD, ALLEN CM, BOUQUOT. Patologia Oral & Maxilofacial. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 1998.
4. BOGLIOLO L. Patologia Geral Básica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1978
5. TELLES F. Saúde no Paraná. Boletim Epidemiológico. Disponível em: >[http://www.saude.pr.gov.br/Vigiepi/Boletim/inverno\\_2001/pcm\\_sesa.htm](http://www.saude.pr.gov.br/Vigiepi/Boletim/inverno_2001/pcm_sesa.htm)<. Acesso em 28/abr/2003.

6. PAGLIARI AV, ARCE GAT, PIAZZETTA CM. Aspectos clínicos das lesões de paracoccidiodomicose na mucosa bucal. Rev. Dens (Curitiba), v. 11, p. 41-48, jan/dez. 1995.
7. BISINELLI J et al. Manifestações estomatológicas da paracoccidiodomicose (Paracoccidiodoides brasilienses ou enfermidade de Lutz – Splendore – Almeida) considerações gerais e apresentação dos casos. Ver. FOB. V.6, n.1, p.1 – 11, 1998.
8. OLIVEIRA PT, YURGEL LS, LORANDI CS, MORAES ACS. Estudo de 54 casos de paracoccidiodomicose diagnosticados no Serviço de Estomatologia do Hospital São Lucas da PUC-RS. Rev. Méd. PUCRS, v. 7, n. 4, p. 161-6, out/dez, 1997.
9. COUTINHO ZF, SILVA D, LAZERA M, PETRI V, OLIVEIRA RM. Paracoccidiodomycosis mortality in Brazil (1980-1995). Cad. Saúde Pública, vol.18, no. 5, p.1441-1454. Sept./Oct. 2002.
10. MAEDA L, HARA MH, SABEDOTTI IF, MONTANDON C, TORRIANI M, NANNI L. Paracoccidiodomicose óssea associada à síndrome da imunodeficiência adquirida: relato de um caso. Rev. Imagem; 21(1):21-3, jan.-mar. 1999.
11. ISRAEL MS, MUGAYAR FILHO J, CUNHA MS, DIAS EP. Paracoccidiodomicose: relato de caso. Rev Bras Odontol. v. 60, n. 5, p. 335-336, Set/Out. 2003
12. HASSESIAN A, ISHIKAWA EN, ALENCAR FIARCUCCI G. Estudo da prevalência de lesões bucais em pacientes portadores de paracoccidiodomicose na região de Campo Grande – Mato Grosso do Sul..RPG rev. pos-grad; v. 7, n. 3, p. 214-218, jul/set. 2000
13. VILLA Luis A, TOBÓN Angela RESTREPO, Antonio CALLE Daniel ROSERO, David S, GÓMEZ Beatriz L, RESTREPO Angela. Central nervous system paracoccidiodomycosis: report of a case successfully treated with Itraconazol. Rev. Inst. Med. Trop. São Paulo;32(3):231-3, July-Aug. 2000.
14. BORAKS,S. Doenças infecciosas. In: \_\_\_\_\_ Diagnóstico Bucal. São Paulo: Ed. Artes Médicas, p.150-3, 1996.

Endereço para correspondência:  
Profª Márcia Oliva de Oliveira  
Rua Francisco Lameira, 75  
CEP: 97070 – 360 Santa Maria – RS  
e – mail: marciaol@terra.com.br