

FUNDAÇÃO OSWALDO ARANHA
CENTRO UNIVERSITARIO DE VOLTA REDONDA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

MARCELO BARREIROS CRUZ DE OLIVEIRA CAMPOS

MIGUEL GALHANO DOS REIS

**MANIFESTAÇÃO ORAL COMO DIAGNÓSTICO DE
PARACOCCIDIOIDOMICOSE**

VOLTA REDONDA

2021

FUNDAÇÃO OSWALDO ARANHA
CENTRO UNIVERSITARIO DE VOLTA REDONDA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

**MANIFESTAÇÃO ORAL COMO DIAGNÓSTICO DE
PARACOCCIDIOIDOMICOSE**

Monografia apresentada ao Curso de Odontologia do Centro Universitário de Volta Redonda, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Odontologia.

Alunos: Marcelo B. Cruz de O. Campos

Miguel Galhano dos Reis

Orientadora: Maíra Tavares de F. Cassab

Coorientador: Marcus Vinicius R. Carvalho

VOLTA REDONDA

2021

FICHA CATALOGRÁFICA

Bibliotecária: Alice Tacão Wagner - CRB 7/RJ
4316

R375m Reis, Miguel Galhano dos
Manifestação oral como diagnóstico de Paracoccidioidomicose. /
Miguel Galhano dos Reis; Marcelo Barreiros Cruz de Oliveira Campos.
– Volta Redonda: UniFOA, 2021.

27 p. II

Orientador (a): Profa. Máira Tavares de Faria Cassab

Monografia (TCC) – UniFOA / Curso de Odontologia, 2021.

1. Odontologia - TCC. 2. Paracoccidioidomicose. 3. Boca - diagnóstico. I. Cassab, Máira Tavares de Faria. II. Centro Universitário de Volta Redonda. III. Título.

CDD 617.6



FOLHA DE APROVAÇÃO

Trabalho de Conclusão do Curso intitulado: Manifestação Oral Como Diagnóstico de Paracoccidioidomicose.

Elaborado por: Marcelo Barreiros Cruz de Oliveira Campos

Miguel Galhano dos Reis

E apresentado publicamente perante a Banca Avaliadora, como parte dos requisitos para conclusão do Curso de Odontologia.

Aprovado em 02 de Dezembro de 2021.

Banca Avaliadora:

.....
Prof.^a Doutora Máira Tavares de Faria Cassab

.....
Prof.^o Mestre Marcus Vinicius Ribeiro Carvalho

.....
Prof.^a Doutora Carolina Hartung Habibe

DEDICATÓRIA

Dedico esse trabalho de conclusão de curso, primeiramente a Deus, por ter me dado saúde e sempre ter preenchido minha fé, dedico a minha mãe Débora e meu pai Joaquim, que sempre me apoiaram em todas minhas decisões e escolhas na vida, e me ensinaram que o céu é o limite. Ao meu irmão Vinicius que sempre me apoiou com suas palavras otimistas e sempre zelando por mim, a minha Mulher Jessica que nunca me deixou desistir, e nos momentos mais difíceis, sempre esteve ali do meu lado, me mostrando que as grandes conquistas, demandam grandes esforços. A minha Professora e orientadora Maíra Tavares, por ter aceito meu convite de ser orientadora minha e do Miguel, sempre disposta a nos ajudar. Por fim agradecer ao meu amigo e dupla de TCC Miguel Galhano, por dividir tantos desafios e obstáculos juntos ao longo desses anos de faculdade.

Marcelo Barreiros Cruz de Oliveira Campos.

Dedico esse trabalho aos meus pais, que mesmo tão diferentes, me ajudaram a ser quem sou. Aos meus amigos, que entenderam a minha ausência em alguns períodos da faculdade, principalmente durante a construção do TCC, onde me ausentei inúmeros finais de semana para construção do mesmo e, ainda assim, me apoiaram. Dedico à minha futura família, que mesmo sem ainda conhecê-la, sempre foi o motivo para eu buscar ser bem-sucedido e um bom profissional em minha área. Aos colegas de faculdade pela amizade e ajuda nos momentos que precisei. Dedico também à professora Maíra, que nos orientou com sabedoria e paciência. E por último, ao Marcelo, meu amigo e dupla.

Miguel Galhano dos Reis.

AGRADECIMENTOS

Dedico esse trabalho de conclusão de curso, primeiramente a Deus, por ter me dado saúde e sempre ter preenchido minha fé, dedico a minha mãe Débora e meu pai Joaquim, que sempre me apoiaram em todas minhas decisões e escolhas na vida, e me ensinaram que o céu é o limite. Ao meu irmão Vinicius que sempre me apoiou com suas palavras otimistas e sempre zelando por mim, a minha Mulher Jessica que nunca me deixou desistir, e nos momentos mais difíceis, sempre esteve ali do meu lado, me mostrando que as grandes conquistas, demandam grandes esforços. A minha Professora e orientadora Maíra Tavares, por ter aceito meu convite de ser orientadora minha e do Miguel, sempre disposta a nos ajudar. Por fim agradecer ao meu amigo e dupla de TCC Miguel Galhano, por dividir tantos desafios e obstáculos juntos ao longo desses anos de faculdade.

Marcelo Barreiros Cruz de Oliveira Campos.

Agradeço primeiramente a Deus, por me dar saúde e abençoar, me fortalecendo sempre. Aos meus pais por toda ajuda e apoio. À professora Maíra por ter aceitado nosso convite e nos orientado, pois sabíamos do seu profissionalismo e, por ter compartilhado sua sabedoria conosco. Ao Marcelo, pela amizade. E por fim, quero agradecer a todos que passaram por minha vida e deixaram algum tipo de ensinamento, pois esses, também ajudaram a ser quem sou e contribuíram indiretamente para conclusão deste trabalho.

Miguel Galhano dos Reis.

EPÍGRAFE

“É imprescindível que o médico leve em conta não apenas a patologia, mas que passe a cuidar humanamente do doente que está sofrendo. A assistência à saúde deve ir além da abordagem científica no tratamento físico, psíquico e emocional de forma individualizada e holística”.

Vilgete

RESUMO

A paracoccidiodomicose é uma micose sistêmica, que atinge o indivíduo que manuseou o solo contaminado pelo fungo *Paracoccidioides brasiliensis*, tendo como maiores vítimas homens de meia idade. Apresentando-se clinicamente nas formas aguda, sub-aguda e crônica, a infecção faz um comprometimento pulmonar importante que pode levar ao óbito quando não tratada. Quando manifestada sistemicamente, seu diagnóstico na maioria das vezes se dá a partir da manifestação mucocutânea, especialmente através de lesões granulomatosas em cavidade bucal, se tornando um grande desafio para o cirurgião dentista. O objetivo desse estudo foi revisar a literatura acerca das manifestações orais da Paracoccidiodomicose, com o fim de facilitar o diagnóstico pelo cirurgião dentista.

Palavras-chave: Paracoccidiodomicose; Boca; Diagnóstico.

ABSTRACT

Paracoccidioidomycosis is a systemic mycosis that affects the individual who handled the soil contaminated by the fungus *Paracoccidioides brasiliensis*, with middle-aged men as the main victims. Clinically present in its acute, sub-acute and chronic forms, the infection causes an important pulmonary impairment that can lead to death if left untreated. When systemically manifested, its diagnosis most of the times is based on the mucocutaneous manifestation, especially through granulomatous lesions in the oral cavity, becoming a great challenge for the dental surgeon. The aim of this study was to review the literature on the oral manifestations of Paracoccidioidomycosis, in order to facilitate the diagnosis by the dentist.

Keywords: Paracoccidioidomycosis; Mouth; Diagnosis.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 Lesões de aspecto moriforme na mucosa labial inferior.....	15
Figura 2 Lesão ulcerada única com aspecto moriforme na mucosa interna do lábio inferior - (B) Lesão de PCM em assoalho oral.....	17
Figura 3 Aspecto de “amora”de lesão de PCM em rebordo gengival	18
Figura 4 Microfotografia mostrando figura levideriforme (seta fina) no interior de célula gigante multinucleada do tipo Langhans (seta grossa)	19
Figura 5 Microfotografia mostrando epitélio pavimentoso estratificado paraqueratinizado com hiperplasia (seta grossa) e presença de inflamação granulomatosa (seta fina).....	20
Figura 6 Microfotografia mostrando formação de granuloma (seta grossa) contendo células gigantes multinucleadas do tipo Langhans (seta fina)	21

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CD	cirurgião-dentista
et al.	e colaboradores
PCM	paracoccidiodomicose
PAS	Método do Ácido Periódico-Schiff

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 REVISÃO DE LITERATURA	12
2.1 Etiologia	12
2.2 Epidemiologia	13
2.3 Manifestações Clínicas	14
2.4 Manifestações Orais	15
2.5 Diagnóstico	18
2.6 Características Microscópicas	19
2.7 Tratamento e Prognóstico	21
3 DISCUSSÃO	22
4 CONCLUSÃO	24
5 REFERÊNCIAS	25

1 INTRODUÇÃO

A paracoccidioidomicose (PMC), foi descrita pela primeira vez no ano de 1908, no Brasil, por Adolfo Lutz e posteriormente, por Splendor e Almeida. Essa doença está relacionada ao manuseio do solo contaminado pelo fungo *Paracoccidioides brasiliensis* (BARROS et al., 2018). Sua infecção pode ocorrer tanto na infância quanto em adultos e sua evolução vai depender da virulência fúngica, assim como na quantidade de esporos inalados e resposta imune do hospedeiro (NASCIMENTO et al., 2012).

Trata-se de uma micose sistêmica que atinge principalmente pacientes do sexo masculino, fumantes e etilistas (TEIXEIRA, SILVA, 2020). A doença é classificada como aguda, subaguda e crônica (ALMEIDA et al., 2003). Considerada uma micose ocupacional por apresentar maior prevalência em trabalhadores rurais, a PCM em forma crônica afeta adultos entre 30 e 60 anos de idade, tendo pulmão como órgão mais afetado (GÓES et al., 2014). Jovens de até 20 anos podem ser infectados sem distinção de gênero sexual, porém, mulheres possuem o estradiol, um hormônio capaz de inibir o desenvolvimento da doença em seu organismo (CASTRO et al., 2020). Presente em todo continente latino-americano com exceção do Chile, a PCM é endêmica em várias regiões, inclusive Brasil, promovendo casos graves com potencial risco de morte aos habitantes contaminados se não tratados (SILVEIRA et al., 2014). Entretanto, turistas que visitam essas regiões e imigrantes podem ser infectados (NEVILLE et al., 2009)

O acometimento mucocutâneo é uma indicação clínica importante para a infecção fúngica, ocorrendo inicialmente na mucosa oral, mas podendo manifestar também na mucosa nasal, faringe e laringe, ou ainda combinados de lesões em todas essas áreas. Embora as lesões orais não estejam presentes em todos os casos da doença, seu aparecimento frequente torna a participação do cirurgião dentista essencial no diagnóstico e tratamento nesse tipo de micose (BISINELLI et al., 2002).

O objetivo desse estudo foi avaliar as manifestações orais da infecção do Paracoccidioidomicose, com o fim de facilitar o diagnóstico pelo cirurgião dentista.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Etiologia

O *Paracoccidioides brasiliensis* foi descrito por Adolpho Lutz, no Brasil, em 1908 pela primeira vez. Pertencente à família *moniliales*, da espécie *brasiliensis*, de gênero *paracoccidioide*, este fungo é o agente etiológico da PCM (MOREIRA, 2008).

De acordo com Murray (2006), o fungo da PCM é assexuado e termodimórfico, sendo assim, capaz de sofrer mudanças em sua estrutura sob influência da temperatura. Evolui na forma de bolor no meio ambiente e na forma de levedura em brotamento no tecido infectado. Vários botões de uma única célula são característicos da fase de levedura.

A infecção pode ocorrer na infância ou adolescência, a progressão depende da quantidade de esporos inalados, da virulência do fungo e sistema imunológico do hospedeiro. O fungo pode permanecer em latência por anos e iniciar sua manifestação diante de um desequilíbrio na relação parasita-hospedeiro (PALMEIRO; CHERUBINI; YURGEL, 2005).

Segundo dito por Lacaz et al. (2002), o maior fator de risco para contrair a infecção são os trabalhos ou atividades relacionadas ao manuseio do solo contaminado com o fungo, como atividades agrícolas, preparo de solo, terraplanagem, transporte de produtos vegetais, práticas de jardinagens, entre outros. Com isso, grande parte dos indivíduos com PCM exerceram algum tipo de atividade agrícola nas duas primeiras décadas de vida, tendo nesse período provavelmente adquirido a infecção, embora as manifestações clínicas tenham se manifestado vários anos depois.

Em algumas regiões endêmicas, o tatu de nove listras age como reservatório para PCM, assim como na hanseníase. Não há comprovação de que o tatu contamine diretamente os seres humanos, mas ele pode ser responsável por disseminar o microrganismo no ambiente (Neville et al., 2009).

2.2 Epidemiologia

Os cálculos de prevalência, incidência e morbidade da PCM baseiam-se em relatos de inquéritos epidemiológicos, séries de casos e dados de hospitalização e mortalidade (MARTINEZ, 2017). A paracoccidioidomicose é a oitava patologia infecciosa crônica mais comum na América Latina, ficando atrás da AIDS, Tuberculose, Doença de Chagas, Malária, Esquistossomose, Hanseníase e Sífilis. Entretanto, sua taxa de mortalidade está à frente da Hanseníase e de outras micoses profundas (COUTINHO et al., 2002).

Ao contrário de outras micoses como a histoplasmose disseminada, criptococose e a candidíase, a PCM não está ligada a doenças imunodepressoras. Todavia, há casos desta micose ligados à infecção pelo HIV, neoplasias e, mais raramente, ao uso de imunossupressores e transplante de órgãos (SHIKANAI-YASUDA et al., 2018).

A patologia tem predileção por homens, uma vez que para cada 15 homens, uma mulher é contaminada. Isso acontece devido a ação do hormônio 17-B- estradiol encontrado na população feminina, protegendo-as da infecção através da inibição da transformação da forma de hifas dos microrganismos para a forma patogênica de leveduras. Essa teoria é sustentada pela observação do mesmo número de mulheres e homens que apresentam anticorpos contra as leveduras (NEVILLE et al., 2009). Sabe-se que pacientes etilistas (mais de 50g/dia) e tabagistas (mais de 20cigarros/dia por mais de 20 anos), tem uma maior predisposição a ter a doença e a desenvolvê-la na fase crônica, já que o organismo fica debilitado, diminuindo as defesas imunológicas (MARTINEZ; MOYA, 1992; SANTOS et al., 2003).

Tendo como base a experiência de serviços de referência no atendimento de pessoas com PCM, é observada sua ocorrência em zonas endêmicas variando de 3 a 4 novos casos/milhão até 1 a 3 novos casos por 100 mil habitantes por ano. Cerca de 80% dos casos são registrados no Brasil, em particular nos estados de São Paulo, Paraná, Rio Grande do Sul, Goiás e Rondônia (MATATUTE et al., 2006). Já na América Latina, casos são registrados com maior frequência na Colômbia, na Argentina, no Equador, na Venezuela e no Paraguai. Estima-se que a incidência anual no Brasil varia de 0,71 caso a 3,70 casos por 100 mil habitantes. (MARTINEZ, 2017).

Segundo informações registradas no Ministério da Saúde, alegam que 3.181 casos de morte por PCM foram registrados no Brasil entre os anos de 1980 e 1995, resultando em taxa de mortalidade por PCM de 1,45 caso por milhão de habitantes, sendo a maioria na região Sul e Centro Oeste, seguida de Sudeste, Norte e em último lugar a região Nordeste (COUTINHO et al., 2002). No estado do Rio de Janeiro, foram registrados 73 óbitos por PCM entre os anos de 1998 a 2006 (COUTINHO et al., 2011).

2.3 Manifestações Clínicas

A PCM pode se manifestar nas formas aguda e crônica, unifocal ou multifocal, geralmente a partir dos 30 anos de idade. Pacientes jovens de ambos os sexos, são os mais afetados pela forma aguda, enquanto a crônica é mais prevalente em homens adultos. A infecção é menos comum em mulheres, devido a proteção conferida pelo estrogênio (PALMEIRO et al., 2005).

É uma doença muito comum em agricultores que manipulam plantas contaminadas, aspirando em seguida o fungo. Febre, fraqueza e tosse são os principais sintomas. O fungo progride lentamente, podendo ficar anos de forma silenciosa, até que seja diagnosticado. O pulmão na forma unifocal é o órgão mais atingido. Já na fase multifocal, vários sítios são acometidos, como, a faringe, laringe, ápice dos dentes, mucosa oral e pele (WANKE; AIDÊ, 2009).

As formas agudas e subagudas afetam principalmente crianças e adolescentes, e os pulmões nesta fase raramente são afetados, sendo fígado, baço e gânglios linfáticos os órgãos mais acometidos. Já os pacientes crônicos são do sexo masculino, de meia-idade, e os pulmões são os mais afetados (ALMEIDA et al., 2003).

Na forma aguda, pode-se observar acometimento dos linfonodos, icterícia obstrutiva com hepatoesplenomegalia, sintomas relacionados ao sistema adrenal (astenia, emagrecimento, dores abdominais e hipotensão arterial), lesões osteoarticulares (SANCHES; FARIA, 2014), envolvimento das glândulas adrenais resultando em hipoadrenocorticismismo (doença de Addison), além de lesões mucocutâneas (NEVILLE et al., 2009).

Os sintomas pulmonares são inespecíficos, apresentando como expectoração e tosse. Vários sítios anatômicos podem ser acometidos com lesões granulomatosas, como: os lábios, língua, bochecha, faringe e assoalho de boca, podendo afetar também cartilagens nasais e as cordas vocais. Outras características sistêmicas podem ser encontradas nos pacientes infectados, como insônia, perda de peso, febre, dispnéia, disfagia, edema, palidez facial, ardor e prurido (TRABULSI, 2008).

2.4 Manifestações Orais

Lesões bucais são encontradas em 80% dos pacientes com PCM e costuma ser o motivo pelo qual os pacientes procuram avaliação profissional. Devido a isso, é importante a participação da odontologia no diagnóstico dessa patologia (TEIXEIRA; SILVA, 2020).

As lesões em mucosa bucal são normalmente precedidas ou acompanhadas por lesões nos pulmões (BISINELLI et al., 2002) e apresentam-se como úlceras moriformes, de evolução lenta, com fundo de aspecto de finas granulações vermelhas (Figura 1), localizadas especialmente em mucosa alveolar, nas gengivas e o palato, causando dor, sangramento, mobilidade dos dentes e sialorréia. Na maioria dos pacientes com lesões orais, mais de uma área da cavidade oral é afetada (BISINELLI et al., 2002; PIRES, 2009; NEVILLE et al., 2016).



Figura 1 - Lesões de aspecto moriforme na mucosa labial inferior.

Fonte: BARROS et al, 2018.

Barros et al. (2018) apresentaram um caso de PCM em um paciente de 42 anos, sexo masculino, feoderma, lavrador, que procurou a Clínica de Estomatologia da Faculdade de Patos de Minas (FPM) com colorosas úlceras irregulares associada a placas brancas, mostrando aspecto granular com pontos hemorrágicos em mucosa labial com 4 meses de evolução, combinada com dificuldade em higienizar os dentes e de se alimentar.

Devido ao seu curto tempo de evolução e por apresentar características tumorais em seu aspecto clínico, as lesões orais da PCM podem ser confundidas com o carcinoma de células escamosas, além de leishmaniose, tuberculose e sífilis (CABRAL et al., 2005).

Melhado et al. (2002) apresentaram o caso de uma mulher, 55 anos, fumante e etilista que procurou o Curso de Odontologia da UNIPAR apresentando múltiplas lesões doloridas hiperplásicas e ulceradas, moriformes e, localizadas em rebordo alveolar inferior anterior e vermelhão do lábio inferior. As lesões foram diagnosticadas como PCM nos exames laboratoriais.

Souza et al. (2018) relataram um caso de PCM em homem, 59 anos, fumante e etilista, com dispnéia e lesões orais ulceradas com aspecto moriforme, presente na

mucosa interna do lábio inferior e assoalho bucal, com infiltração na gengiva inserida que levou a mobilidade dentária (Figura 2).

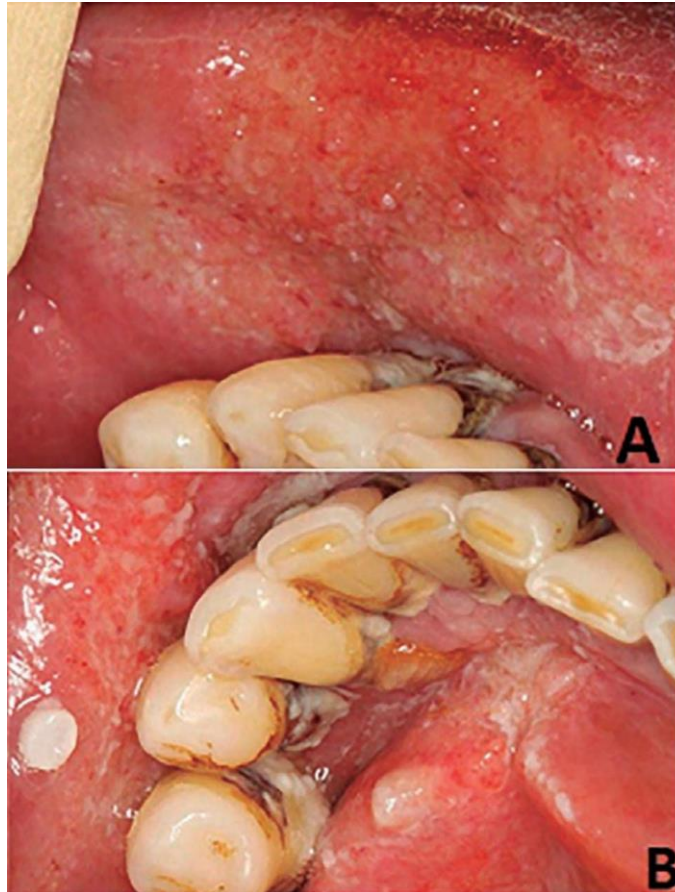


Figura 2 - (A) Lesão ulcerada única com aspecto moriforme na mucosa interna do lábio inferior - (B) Lesão de PCM em assoalho oral.

Fonte: SOUZA et al., 2018.

No caso de PCM apresentado por Tolentino et al. (2010) um homem de 54 anos, trabalhador rural que procurou atendimento devido a dor e sangramento na bochecha esquerda. No exame intraoral foram vistas úlceras granulomatosas com textura irregular, contendo pontos hemorrágicos do tipo estomatite moriforme na mucosa jugal esquerda, próxima à comissura labial inferior direita e gengiva inserida do lado direito.

Teixeira e Silva (2020) apresentaram lesões orais dolorosas, difusas, eritematosas que sangravam e com aspecto de "Amoras" no rebordo alveolar inferior posterior direito e gengiva na região dos pré-molares, diagnosticada como PCM em homem de 57 anos (Figura 3).



Figura 3 - Aspecto de “amora” de lesão de PCM em rebordo gengival.

Fonte: TEIXEIRA e SILVA, 2020.

2.5 Diagnóstico

O diagnóstico da PCM é feito através do exame clínico complementado pelo laboratorial. (SANCHES; FARIA, 2014), devendo encontrar elementos fúngicos no esfregaço para pesquisa direta do fungo que pode ser coletado de raspado de lesão, escarro, secreções ou aspirado ganglionar (SVIDZINSKI et al., 1995; WANKE; AIDÊ, 2009).

A via primária de contaminação da paracoccidiodomicose é pulmonar, mas, é frequentemente diagnosticada por apresentar manifestações orais. As biópsias de lesões orais de PCM são pouco comuns na rotina de um CD, o que leva a casos com diagnósticos tardios, causando sérios problemas ao paciente (Tolentino et al., 2010).

O exame padrão ouro para diagnóstico das lesões de PCM com manifestação oral é a biópsia incisional e análise anatomopatológica do material obtido (Teixeira, Macedo; 2020). A coloração pela técnica de Gomori/Grocott é apropriada para visualização do fungo em cortes histológicos, corando a parede fúngica de marrom. O método do Ácido Periódico-Schiff (PAS) também é muito utilizado (SOARES et al., 2012).

No caso clínico apresentado por Barros et al. (2018), foi realizada biópsia incisional e o material colido foi encaminhado para o Laboratório de Patologia Bucal

do Departamento de Odontologia da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC Minas).

2.6 Características Microscópicas

Microscopicamente o fungo se apresenta como áreas arredondadas, de dupla parede (Figura 4), multiplicando-se por gemulação, lembrando o personagem Mickey Mouse, de Walt Disney. Já em forma unicelular, assemelha-se a uma “roda de leme” (Silveira et al., 2014; Neville et al., 2016).

Leveduras dispersas e grandes são imediatamente identificadas depois da coloração do tecido pela utilização das colorações de PAS e Gomori/Grocott. Os microorganismos mostram múltiplos brotamentos filhos unidos à célula mãe, descrita por parecer com "raios de leme de um navio" ou "orelhas de Mickey Mouse" ou "leme de marinheiro" (Vieira et al., 2013).

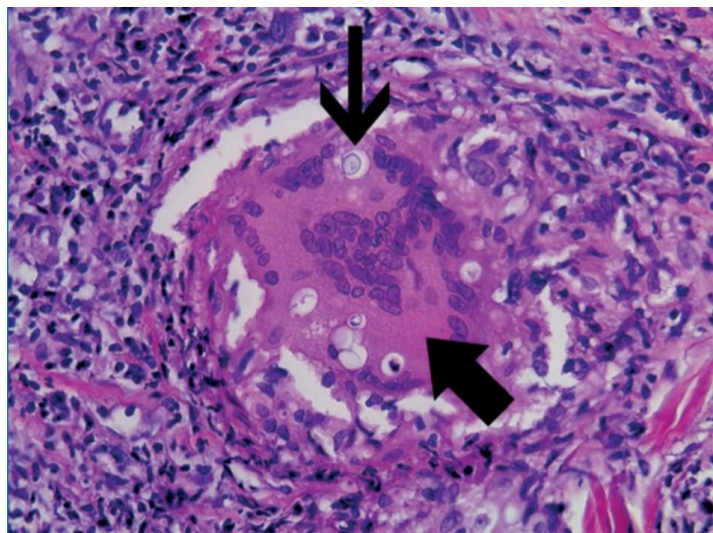


Figura 4 - Microfotografia mostrando figura levideriforme (seta fina) no interior de célula gigante multinucleada do tipo Langhans (seta grossa).

Fonte: BARROS et al., 2018.

De acordo com Neville et al. (2009), quando o tecido obtido de uma lesão oral de PCM é avaliado microscopicamente, pode revelar hiperplasia pseudoepiteliomatosa (Figura 5), além de ulceração do epitélio de superfície. O *paracoccidioides brasiliensis* causa uma resposta inflamatória no hospedeiro,

caracterizada por coleções de macrófagos epitelíóides e células gigantes multinucleadas (Figura 6).

Barros et al. (2018) observaram microscopicamente em biópsia de mucosa labial, epitélio estratificado pavimentoso paraqueratinizado com hiperplasia, tecido conjuntivo fibroso celularizado contendo numerosos granulomas com células gigantes multinucleadas do tipo Langhans contendo em seu interior estruturas redondas de dupla parede, características do fungo *Paracoccidioides brasiliensis* fagocitado.

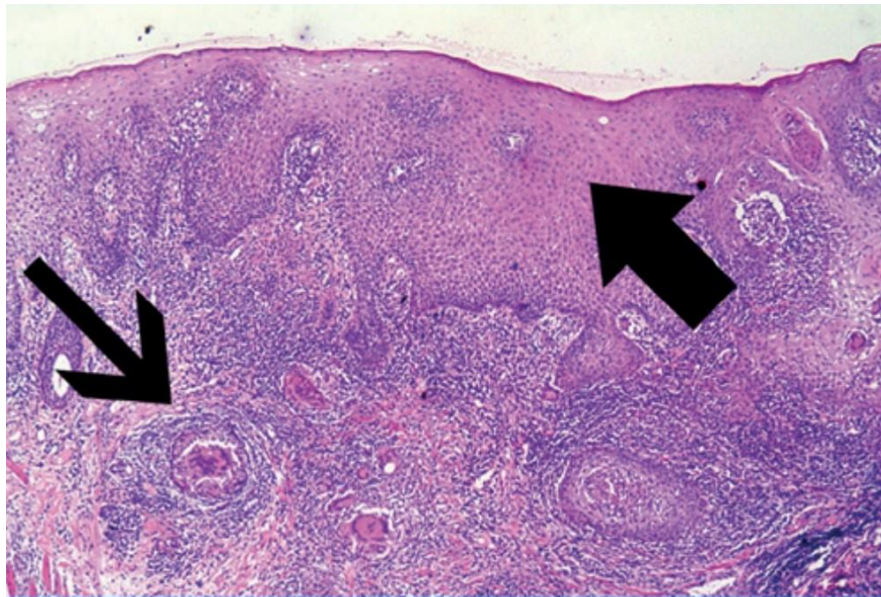


Figura 5 - Microfotografia mostrando epitélio pavimentoso estratificado paraqueratinizado com hiperplasia (seta grossa) e presença de inflamação granulomatosa (seta fina).

Fonte: BARROS et al., 2018.

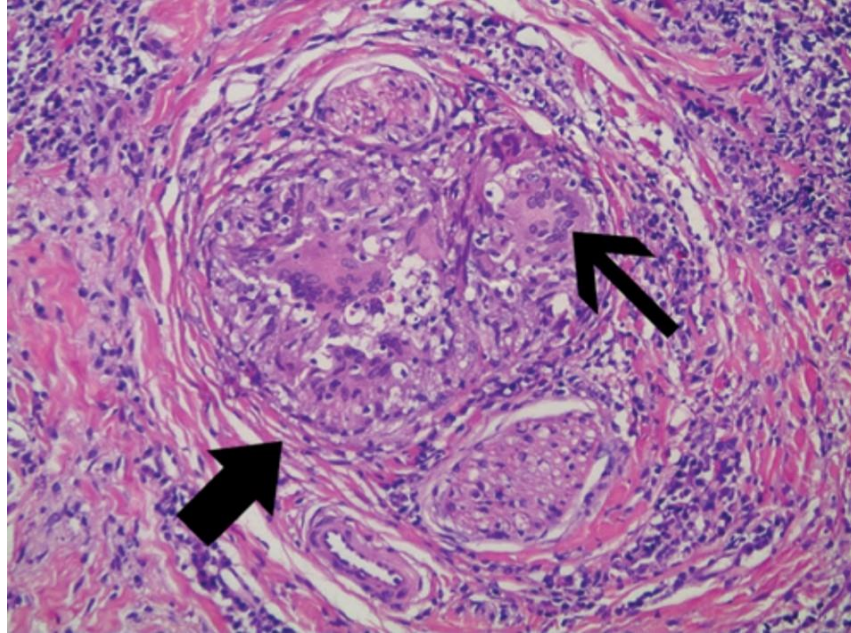


Figura 6 - Microfotografia mostrando formação de granuloma (seta grossa) contendo células gigantes multinucleadas do tipo Langhans (seta fina).

Fonte: BARROS et al., 2018.

2.7 Tratamento e Prognóstico

Inúmeros antifúngicos podem ser utilizados para tratamento de PCM, como por exemplo, Anfotericina B, sulfamídicos (Sulfadiazina, associação Sulfametoxazol/Trimetoprim) (SILVA et al., 2007) e também derivados azólicos (Cetoconazol, Fluconazol, Itraconazol) (SHIKANAI-YASUDA et al., 2006).

A administração dos azólicos na prática clínica melhorou o prognóstico e facilitou a terapia de tratamento dos pacientes. O Cetoconazol, administrado por via oral, foi empregado pela primeira vez para o tratamento da PCM na década de 70 e mostrou eficácia com mais de 90% de resposta, com administração de 200 a 400 mg/dia, por 12 meses ou menos, tendo uma regressão nas lesões mucocutâneas 3 a 6 meses após o início da terapia (SILVA et al., 2007).

O Itraconazol se mostrou superior ao Cetoconazol, sua atividade é mais elevada: com curtos períodos de tratamentos (6 meses), com dosagens menores (100 mg/dia), mostraram menor interferência no metabolismo endócrino, tornando o

Itraconazol a droga de atual escolha para tratamento da PCM, particularmente, nas formas mais severas (SHIKANAI-YASUSA et al., 2006).

3 DISCUSSÃO

Descrita pela primeira vez no Brasil, em 1908 por Adolfo Lutz, a paracoccidioidomicose está relacionada ao manuseio do solo contaminado pelo fungo *paracoccidioides brasiliensis* (BARROS et al., 2018). Segundo Neville et al. (2009), o tatu de 9 listras age como reservatório para PCM, podendo disseminar o microorganismo no ambiente.

De acordo com Almeida et al. (2003), a PCM é classificada como aguda, subaguda e crônica. Atinge, em grande maioria, pacientes do sexo masculino, fumantes e etilistas (TEIXEIRA; SILVA, 2020), como relatado por Souza et al. (2018). Apresenta maior prevalência em trabalhadores rurais entre 30 e 60 anos de idade (GÓES et al., 2014), assim como no caso clínico clássico apresentado por Tolentino et al. (2010) de um paciente homem, trabalhador rural de 54 anos.

Apesar de a maior parte estar relacionado a idades mais avançadas, há casos agudos incomuns da PCM, como apresentado por Machado et al. (2019), onde um paciente de 16 anos, masculino, apresentou quadro infeccioso pulmonar grave.

Segundo Castro et al. (2020) essa patologia pode atingir pessoas de qualquer idade e sexo, porém, é mais raro em mulheres devido à presença do estradiol, hormônio capaz de inibir o desenvolvimento da doença em seu organismo. Pacientes etilistas e tabagistas têm uma maior predisposição a ter a doença e desenvolvê-la na fase crônica, já que o organismo fica debilitado, diminuindo as defesas imunológicas (MARTINEZ; MOYA; SANTOS et al., 2003). Montes et al. (2019) relatou o caso de PCM com características diferentes do encontrado na literatura uma vez que a paciente era uma mulher e com idade avançada, entretanto a mesma era tabagista e etilista, mostrando que o alcoolismo e tabagismo são importantes fatores de risco para desenvolver a forma crônica da doença.

Lesões bucais são encontradas em 80% dos pacientes e costuma ser o motivo pelo qual estes pacientes procuram avaliação profissional (TEIXEIRA; SILVA, 2020). Melhado et al. (2002) apresentaram dois outros casos clínicos contendo lesões bucais. Granulomas moriformes em mucosa alveolar superior do lado esquerdo, no primeiro caso e, lesão hiperplásica moriforme em mucosa labial inferior e rebordo alveolar, com evolução de 2 meses, no segundo.

No caso relatado por Montes et al. (2019), apesar de a paciente não apresentar lesões orais, seu quadro inicial foi a partir de lesão inespecífica em face que evoluiu para sintomas sistêmicos. Por isso é importante que o cirurgião dentista faça avaliação extraoral dos pacientes, podendo levar ao diagnóstico assim como no caso detalhado por estes autores.

De acordo com Sanches e Faria (2014), a hipótese diagnóstica deve ser traçada a partir do exame clínico, indicando o exame laboratorial correto para a conclusão. O exame padrão ouro para diagnóstico de PCM é a biópsia (Teixeira, Macedo; 2020). Tolentino et al. (2010) realizaram biópsia incisional em úlceras granulomatosas, com textura irregular em diversas regiões da boca de um homem de 54 anos. Também foi feita uma citologia esfoliativa na região onde se encontrava a maior lesão. No exame microscópico da peça removida na biópsia, foi observada inflamação granulomatosa caracterizada por coleções de macrófagos epitelióides e células gigantes multinucleadas.

Segundo Martinez; Moya (1992), Neville et al. (2009), Silveira et al. (2014) e Barros et al. (2018), o fungo causa uma reação granulomatosa que contém células gigantes e células epitelióides, e apresentam microscopicamente como figuras arredondadas, de dupla parede e se multiplicam por gemulação, dando um aspecto de “Mickey Mouse” ou “roda de leme”.

Pode-se utilizar inúmeros antifúngicos para tratar pacientes de PCM. Atualmente, de acordo com Shokanai-Yasusa et al. (2006), o Itraconazol é a droga de escolha, em particular, nas formas mais severas, pois se mostrou superior ao Cetoconazol. Souza et al. (2008) relataram o caso de um homem, 59 anos, fumante e etilista com lesões ulceradas de aspecto moriforme em múltiplas áreas da cavidade oral e tratado com Itraconazol por um ano, com dose diária de 200mg, apresentando

melhora clínica e sintomatológica da infecção, mesmo após um ano de acompanhamento.

5 CONCLUSÃO

Lesões bucais são encontradas em 80% dos pacientes com PCM, essas lesões se apresentam normalmente como úlceras moriformes, de lenta evolução, com finas granulações vermelhas ao fundo e encontradas especialmente em gengivas, palato e mucosa alveolar causando dor, mobilidade nos dentes, sialorréia e sangramento. Quase sempre mais de uma área na cavidade bucal é acometida. O cirurgião-dentista tem papel fundamental na identificação das lesões e deve estar atento às suas manifestações orais para que haja o correto diagnóstico, encaminhamento e tratamento.

6 REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, O.P.; JORGE JUNIOR, J.; SCULLY, C. Paracoccidioidomycosis of the mouth: an emerging deep mycosis, **Critical Reviews in Oral Biology & Medicine**, v.14, n.4, p.268-74, 2003.
- BARROS, ASSIS, GOMES, SOUZA, HORTA, Paracoccidioidomicose na mucosa oral: Relato de caso, **Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial**, Patos de Minas, p. 174-79, 2018.
- BISINELLI, J.C.; TELLES, F.Q.; SOBRINHO, J.A.; RAPOPORT, A. Manifestações estomatológicas da paracoccidioidomicose, **Revista Brasileira de Otorrinolaringologia**, Rio de Janeiro, vol.67, n.5, p.683-87, 2002.
- CABRAL, Carolina Gama et al. Paracoccidioidomicose pulmonar: manifestações clínicas, diagnóstico e tratamento. **Rev. méd. Minas Gerais**, v. 15, n. 1, p. 53-58, 2005.
- COUTINHO ZF, SILVA D, LAZÉRA M, PETRI V, OLIVEIRA RM, SABROZA PC, et al. Paracoccidioidomycosis mortality in Brazil (1980-1995). **Cad Saúde Pública**.;vol.18, nº5, p.1441-54, 2002.
- COUTINHO, Ziadir Francisco et al. **Morbimortalidade por paracoccidioidomicose no Brasil: 1998-2006**. 2011. Tese de Doutorado.
- DE SOUZA TOLENTINO, Elen et al. Manifestações bucais da paracoccidioidomicose—considerações gerais e relato de caso. *Revista da Faculdade de Odontologia-UPF*, v. 15, n. 1, 2010.
- LACAZ CS, PORTO E, MARTINS JEC, HEINS-VACCARI EM, MELO NT. Paracoccidioidomicose. **Tratado de micologia médica lacaz**. São Paulo: Sarvier Editora de Livros Médicos Ltda; p. 639-729, 2002.
- MACHADO, Letícia Araújo et al. PARACOCCIDIOIDOMICOSE AGUDA INFANTIL: ASPECTOS CLÍNICOS E PATOLÓGICOS. **Anais do Seminário Científico do UNIFACIG**, n. 5, 2019.
- MARTINEZ R. **New trends in paracoccidioidomycosis epidemiology**. *J Fungi*. 2017.
- MARTINEZ R.; MOYA J M.; Associação Entre Paracoccidioidomicose e Alcoolismo. **Revista de Saúde Pública**. VOL.26, nº1,1992.

MONTES, Giulia Sgarbi. Paracoccidioidomicose em uma mulher: Relato de caso. **BWS Journal** , v. 2, p. 1-10, 2019.

MOREIRA V, P, A. Paracoccidioidomicose: histórico, etiologia, epidemiologia, patogênese, formas clínicas, diagnóstico laboratorial e antígenos. **Boletim Epidemiológico Paulista**. Vol 5, nº51, 2008.

MOREJÓN KM, MACHADO AA, MARTINEZ R. Paracoccidioidomycosis in patients infected with and not infected with human immunodeficiency virus: a case control study. **Am J Trop Med Hyg.**; vol. 80, nº3, p.359-66, 2009.

MURRAY, P.R. e cols. Microbiologia Médica. 5ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006.

MATUTE DR, MCEWEN JG, PUCCIA R, MONTES BA, SAN-BLAS G, BAGAGLI E, et al. **Cryptic speciation and recombination in the fungus Paracoccidioides brasiliensis as revealed by gene genealogies**. p.65-73, 2006.

MELHADO, Ronaldo Maia et al. Paracoccidioidomicose bucal: apresentação de casos clínicos. Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR, v. 6, n. 2, 2002.

NASCIMENTO, C.R.; DELANINA, W.F.B.; SOARES, C.T. Paracoccidioidomycosis: sarcoid-like form in childhood, **Imaging In Tropical Dermatology**, Rio de Janeiro, v. 87, n. 3, p. 486-87, June 2012.

NEVILLE et al, **Patologia Oral & Maxilofacial**, 3º ed, Rio de Janeiro, Ed, Elsevier, p. 229-30, 2009

NEVILLE BW, et al, **Patologia Oral & Maxilofacial**, 4º ed, Rio de Janeiro, Ed. Elsevier; p. 1810, 2016.

PALMEIRO, M.; CHERUBINI, K.; YURGEL L. S. Paracoccidioidomicose – **revisão da literatura**. **Scientia medica**, Porto Alegre: PUCRS, v. 15, n. 4, p. 274 -78, dez. 2005.

PALMEIRO M, CHERUBINI K, YURGEL L,S. **Paracoccidioidomicose: Revisão de Literatura**. vol 15, nº4, 2005.

PEREIRA et al. PARACOCCIDIOIDOMICOSE TIPO JUVENIL NA GESTAÇÃO: UM RELATO DE CASO. **Medtrop: Congresso da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, João Pessoa, vol. 54, 2018.

PEREIRA MACEDO, Mauricio et al. PARACOCCIDIOIDOMICOSE NA CAVIDADE BUCAL-RELATO DE CASO. **Odontologia Clínico-Científica (Online)**, v. 15, n. 1, p. 1-4, 2016.

PIRES. Infecções Fúngicas e Protozoárias. **Patologia Oral e Maxilofacial**, 3 ed., Barueri – SP, p. 229-30, 2009.

SANCHES C L.; FARIA I G M.; **A Importância do diagnóstico diferencial entre a Paracoccidioidomicose e a Tuberculose**. Revista Uningá. Vol. 20, n. 1, p. 76-80, 2014.

- SANTOS WA, SILVA BM, PASSOS ED, ZANDONADE E, FALQUETO A. Associação entre tabagismo e paracoccidiodomicose: um estudo de caso-controle no Estado do Espírito Santo, **Brasil. Cad Saúde Pública**. v.19, n. 1, p. 245-53, 2003.
- SHIKANAI-YASUDA, M.A.; TELLES FILHO, F.Q.; MENDES, R.P.; COLOMBO, A.L.; MORETTI, M.L, Consenso em paracoccidiodomicose, **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 39, n. 3, p.297-310, jun. 2006.
- SHIKANAI-YASUDA, MARIA APARECIDA ET AL. II consenso brasileiro em paracoccidiodomicose-2017. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 27, p. e0500001, 2018.
- SILVA, PESSOA, ARAUJO, CARVALHO, OLIVEIRA, LEITE, Paracoccidiodomicose e a Odontologia: Uma Revisão de Literatura, **Revista Diálogos Acadêmicos**, Fortaleza, v. 8, n. 2, p. 12-17, 2019.
- SILVEIRA, MARCUCCI, WEINFELD, SUGAYA. Lesões Erosivas e Ulcerativas da Mucosa Bucal. **Fundamentos da Odontologia Estomatologia**, 2 ed., São Paulo, p. 127-28, Editora Santuário, 2014.
- SOARES, F M L J. et al. Métodos Diagnósticos Ed. Artmed, 2º edição, 2012.
- SOUZA, Ana Flávia Barros et al. Paracoccidiodomicose com repercussão oral: relato de caso em zona urbana. *Revista da Faculdade de Odontologia-UPF*, v. 23, n. 2, 2018.
- SVIDZINSKI, T.I.E., DIAS-SIQUEIRA, V.L., OLIVEIRA, T.C.R.M. Importância da imunodifusão radial dupla no diagnóstico e acompanhamento de pacientes com paracoccidiodomicose. *News Lab.*, 3(2):66-70, 1995.
- TEIXEIRA, SILVA, **MANIFESTAÇÕES BUCAIS DA PARACOCCIDIOIDOMICOSE: RELATO DE CASO**, Uberaba – MG, 2020.
- TRABULSI et al. *Microbiologia*. 8 ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2008.
- VIEIRA GD, ALVES TC, LIMA SMD, CAMARGO LMA, SOUSA CM. Paracoccidiodomycosis in a western Brazilian Amazon State: clinical-epidemiologic profile and spatial distribution of the disease. **Rev Soc Bras Med Trop**; vol.47, nº 1, p.63-8, 2014.
- WANKE. B.; AIDÊ A. M.; Capítulo 6 Paracoccidiodomicose. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**. vol35, nº 12,2009.