

ACOMETIMENTO LINFONODAL POR PARACOCCIDIOIDOMICOSE.

Gastrointestinal

Dados do Caso

Data submissão:	09/12/2020
Data publicação:	27/01/2021
Seção :	Ensino
Tipo de Caso :	Tipo Caso 1
Autor:	Felipe Hiroshi Saito - HOSPITAL E MATERNIDADE CELSO PIERRO - PUC CAMPINAS Cassio Costa Rossi - HOSPITAL E MATERNIDADE CELSO PIERRO - PUC CAMPINAS Veruska Acioli Lopes da Gama Ferreira - HOSPITAL E MATERNIDADE CELSO PIERRO - PUC CAMPINAS Ianara Silva Cisneiros - HOSPITAL E MATERNIDADE CELSO PIERRO - PUC CAMPINAS
Autor correspondente:	-
Dados do paciente :	Feminino , 27 anos
Palavras-Chave :	Biópsia Guiada por Imagem, Imagem por Ressonância Magnética, Paracoccidiodomicose, Linfonodos
URL:	http://bradcasesold.brad.org.br/pt/Cases/CaseDetails/246
Link do Abstract no PUBMED:	
DOI :	Ahead of DOI

Resumo

A paracoccidiodomicose (PCM) é uma importante doença sistêmica com diversas manifestações de caráter granulomatoso e supurativo. Paciente do sexo feminino, 28 anos, apresentou febre, tosse, dor torácica ventilatório-dependente e hemoptise. Na ressonância magnética foram evidenciadas linfonodomegalias com centro necrótico e confluentes, nas cadeias retroperitoneais superiores. Foi realizada biópsia linfonodal e exame anatomopatológico com pesquisa para fungos positiva, consistente com PCM.

Histórico Clínico

Paciente do sexo feminino, 27 anos, cabeleireira, procedente de Campinas, previamente hígida, comparece a centro de atendimento médico queixando-se de febre não aferida, tosse, dor torácica ventilatório-dependente, hemoptise, além de episódios de diarreia e perda ponderal não mensurada há aproximadamente 40 dias, com piora dos sintomas há sete dias. O exame físico não apresentava alterações significativas. Foram solicitados diversos exames laboratoriais, destacando-se como achados positivos: leucocitose (18310/ μ L) sem desvio à esquerda, plaquetose (627mil/ μ L) e aumento de enzimas canaliculares (fosfatase alcalina 259 U/L e gama-GT 583 U/L). Foram realizadas tomografia computadorizada de tórax e ressonância magnética de abdome. Diante do conjunto dos achados clínicos, laboratoriais e radiológicos, considerou-se o espectro das doenças granulomatosas de etiologia infecciosa como principal hipótese diagnóstica, não se podendo descartar completamente a etiologia neoplásica. Para definição diagnóstica, a paciente foi submetida a biópsia incisional transduodenal com agulha fina orientada por ultrassonografia endoscópica do conglomerado linfonodal no hilo hepático, obtendo como resultados: pesquisa para fungos positiva, consistente com Paracoccidioidomicose; reação macrofágica multinucleada com raros eosinófilos e linfócitos sem atipias; e pesquisa de BAAR negativa.

Achados Radiológicos

Tomografia computadorizada de tórax sem contraste endovenoso demonstrou linfonodomegalias nas cadeias subcarinal e paraesofágica distal (Figura 1), tendo como achado adicional outras linfonodomegalias adjacentes ao tronco celíaco e junto ao hilo hepático. Realizada complementação com ressonância magnética do abdome com uso do meio de contraste endovenoso (Figuras 2, 3 e 4), na qual foram observadas linfonodomegalias com centro necrótico/liquefeito, confluentes, nas cadeias retroperitoneais superiores, mais evidentes junto ao hilo hepático, peripancreáticas e retrocavais. Também se caracterizavam múltiplas pequenas lesões nodulares hipovascularizadas e mal delimitadas esparsas pelo baço (Figura 5). A paciente foi submetida a biópsia incisional transduodenal com agulha fina orientada por ultrassonografia endoscópica do conglomerado linfonodal no hilo hepático (Figura 6).

Discussão

A paracoccidioidomicose (PCM) é uma importante doença sistêmica, endêmica da América Latina, causada pelas espécies de fungos dimórficos *Paracoccidioides brasiliensis* e *Paracoccidioides lutzii*. No Brasil, a PCM não contempla a lista das doenças de notificação compulsória, portanto sua real prevalência não pode ser calculada. A doença é considerada um grave problema de saúde pública devido à existência de extensas áreas endêmicas associadas às importantes repercussões econômico-produtivas dos indivíduos acometidos [1,2]. Por ser uma micose sistêmica profunda, é frequente apresentar diversas manifestações clinicopatológicas de caráter granulomatoso e supurativo. Pode-se apresentar na forma aguda/subaguda, cuja evolução é frequentemente rápida, com linfadenomegalia, alterações gastrointestinais, cutâneas/mucosas, envolvimento osteoarticular e comprometimento pulmonar. E na forma crônica, cuja instalação ocorre de maneira insidiosa e geralmente tem seu diagnóstico acidental [3,4]. As linfonodomegalias representam um dos achados abdominais mais frequentes no paciente com PCM, podendo ser identificados até 10 anos após o contato inicial com o fungo. Estudos prévios descreveram acometimento linfonodal nas cadeias peripancreática, retroperitoneal e mesentérica, com padrões de apresentação variados, desde linfonodos macroscopicamente normais, até linfonodos de volume aumentados, formando conglomerados de aspecto arredondado e centro necrótico, podendo exercer efeito compressivo sobre outros órgãos [5,6]. Os principais diagnósticos diferenciais da PCM na forma

aguda incluem linfoma, leucemia, histoplasmose e tuberculose. Para a forma crônica com comprometimento cutâneo-mucoso: leishmaniose cutânea, tuberculose e neoplasias. Na forma crônica pulmonar: tuberculose, coccidioidomicose, histoplasmose e sarcoidose. Na forma digestiva: tuberculose e doença de Crohn. No sistema nervoso central: tuberculose, criptococose e cisticercose [7,8].

Lista de Diferenciais

- Tuberculose
- Sarcoidose
- Linfoma
- Metástase

Diagnóstico

- Paracoccidioidomicose

Aprendizado

Paracoccidioidomicose é uma doença sistêmica, endêmica em alguns países da América. A forma crônica cursa de maneira insidiosa e geralmente tem seu diagnóstico acidental. As linfonodomegalias representam um dos achados abdominais mais frequentes. Os exames de imagem são um meio de investigação essencial, permitindo um adequado direcionamento para a suspeita e auxílio no diagnóstico definitivo. No Brasil, é importante considerar a PCM como hipótese diagnóstica nos casos de linfonodomegalias.

Referências

1. Lutz A. Uma mycose pseudococcidica localizada na bocca e observada no Brazil. Contribuição ao conhecimento das hypho-blastomicoses americanas. Brazil Med. 1908; 13:121-4.
2. Shikanai-Yasuda MA, Mendes RP, Colombo AL, et al. Brazilian guidelines for the clinical management of paracoccidioidomycosis. R Rev Soc Bras Med Trop. 2017; 50(5):715-740.
3. Marques SA. Paracoccidioidomicose: Atualização Epidemiológica, Clínica e Terapêutica. An bras Dermatol. 2003; 78(2):135-150.
4. Góes AM, Silva LSS, Araújo AS, et al. Paracoccidioidomicose (doença de Lutz-Splendore-Almeida): etiologia, epidemiologia e patogênese. Rev Med Minas Gerais. 2014; 24(1): 61-66.
5. Vermelho MBF, Correia AS, Michailowsky TCA. Alterações abdominais da paracoccidioidomicose disseminada: achados por tomografia computadorizada. Radiol Bras. 2015; vol.48 no.2.
6. Costa MAB, Carvalho TN, Júnior CRA, et al. Manifestações extrapulmonares da paracoccidioidomicose. Radiol Bras. 2005; 38(1):45-52.
7. Wankel B, Aidêll MA. Paracoccidioidomicose. J bras pneumol. 2009; vol.35 no.12.

- 8. Martinez R, Moya MJ. Complexo primário da paracoccidiodomicose e hipereosinofilia. J Bras Pneumol. 2009; 35(12):1259-1262.

Imagens

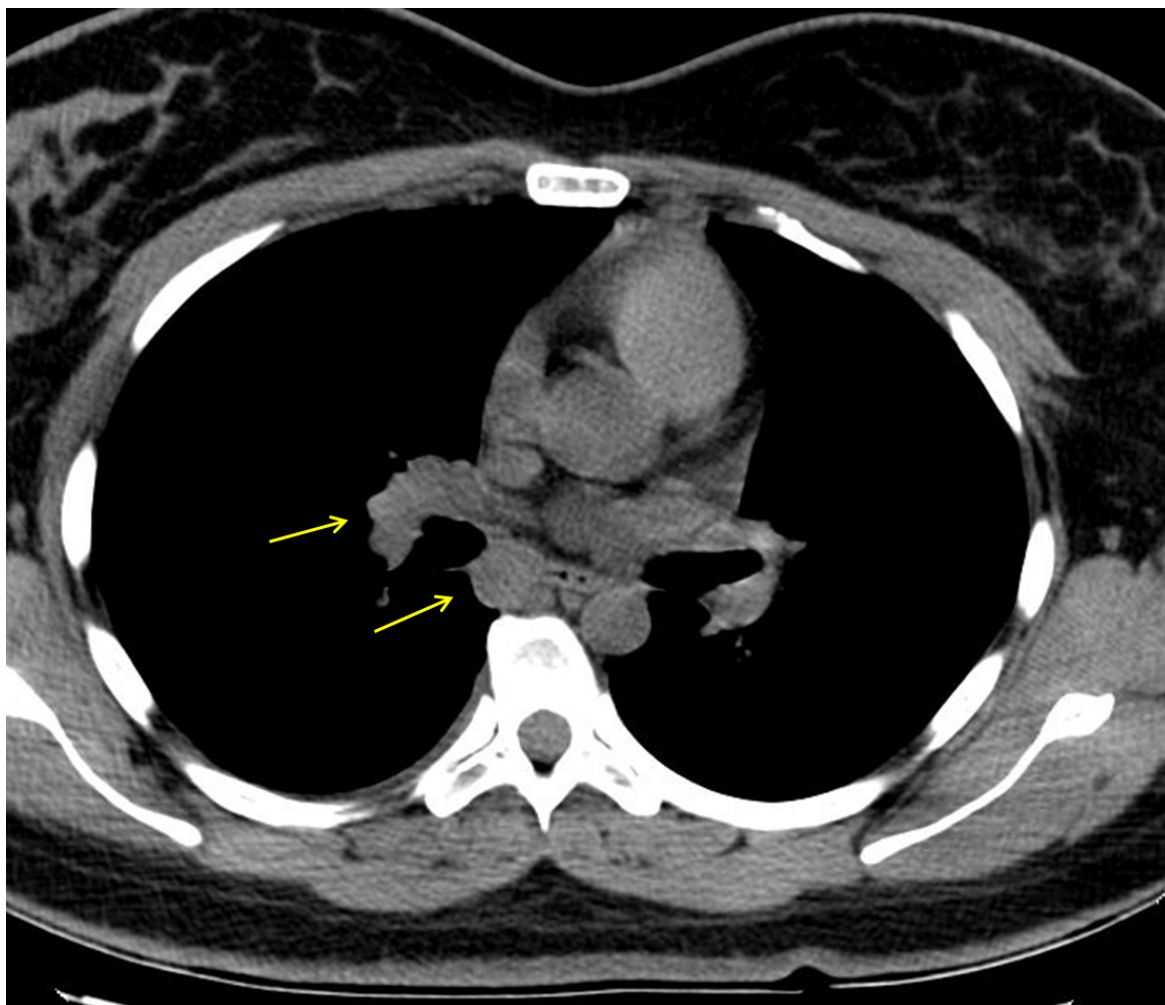


Figura 1. Reformatação axial de tomografia computadorizada de tórax sem contraste endovenoso evidenciando linfonodomegalias nas cadeias subcarinal e paraesofágica.

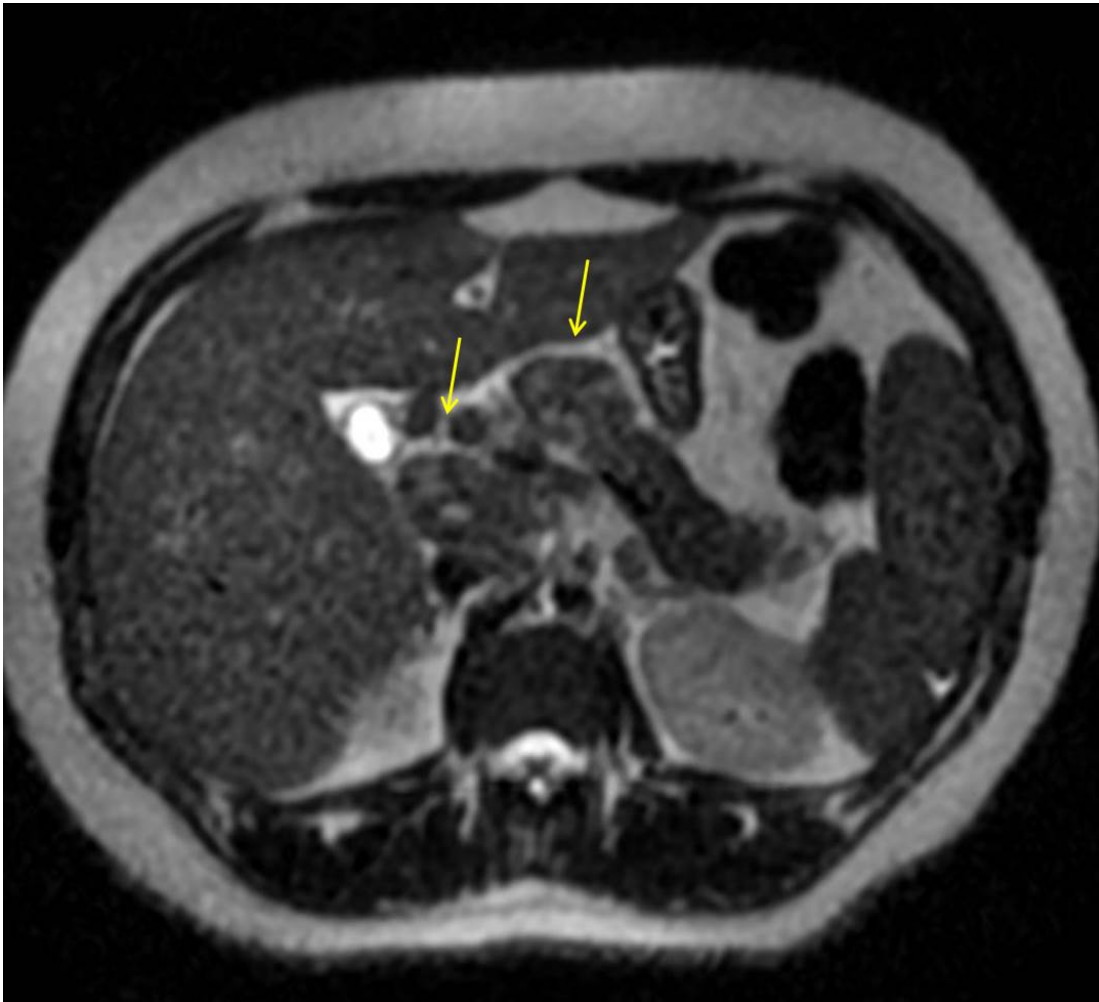


Figura 2. Reformatação axial de ressonância magnética de abdome, sequência ponderada em T2, evidenciando linfonodomegalias com centro necrótico/liquefeito no hilo hepático.

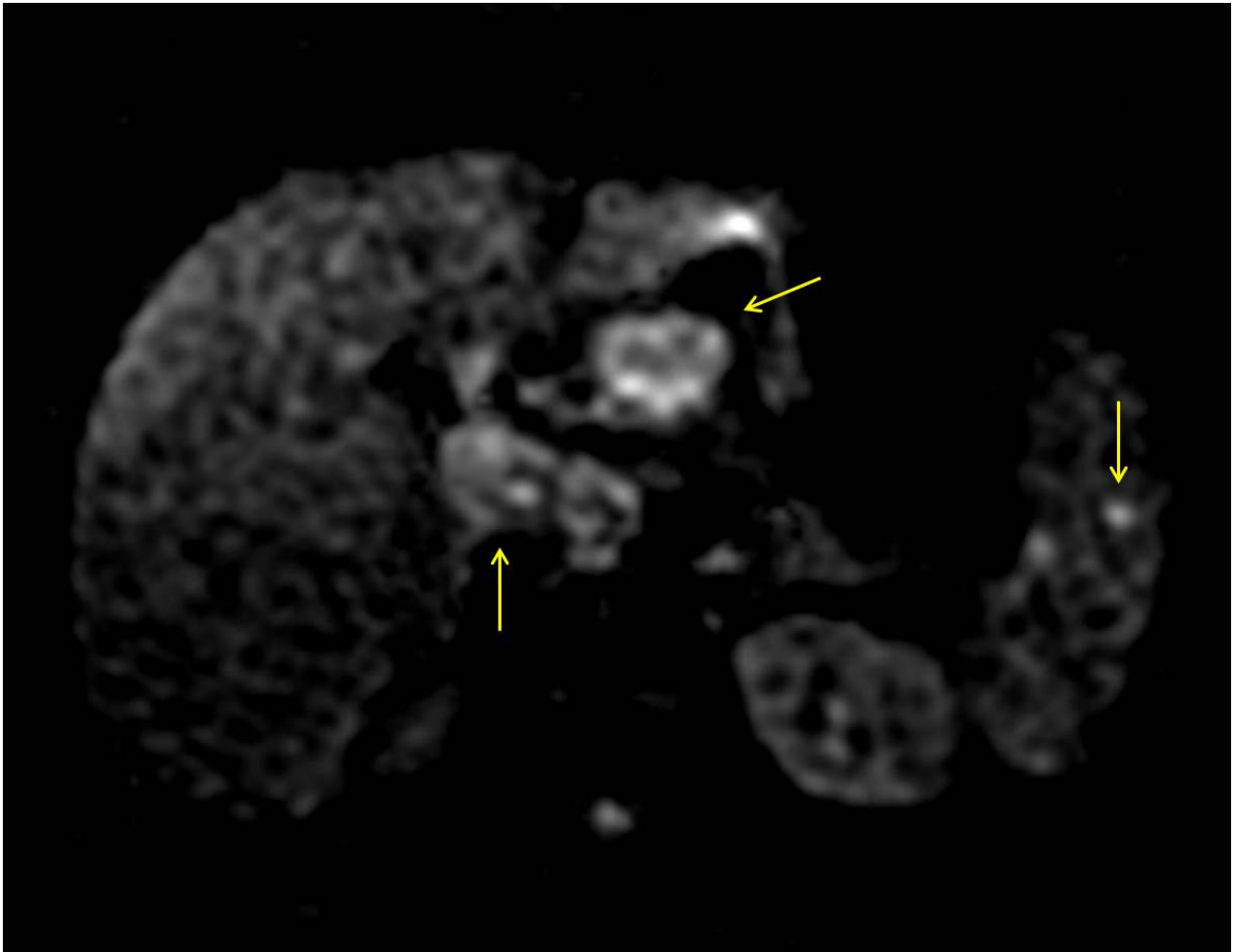


Figura 3. Reformatação axial de ressonância magnética do abdome, sequência DWI, com discreta restrição à difusão das linfonodomegalias no hilo hepático.

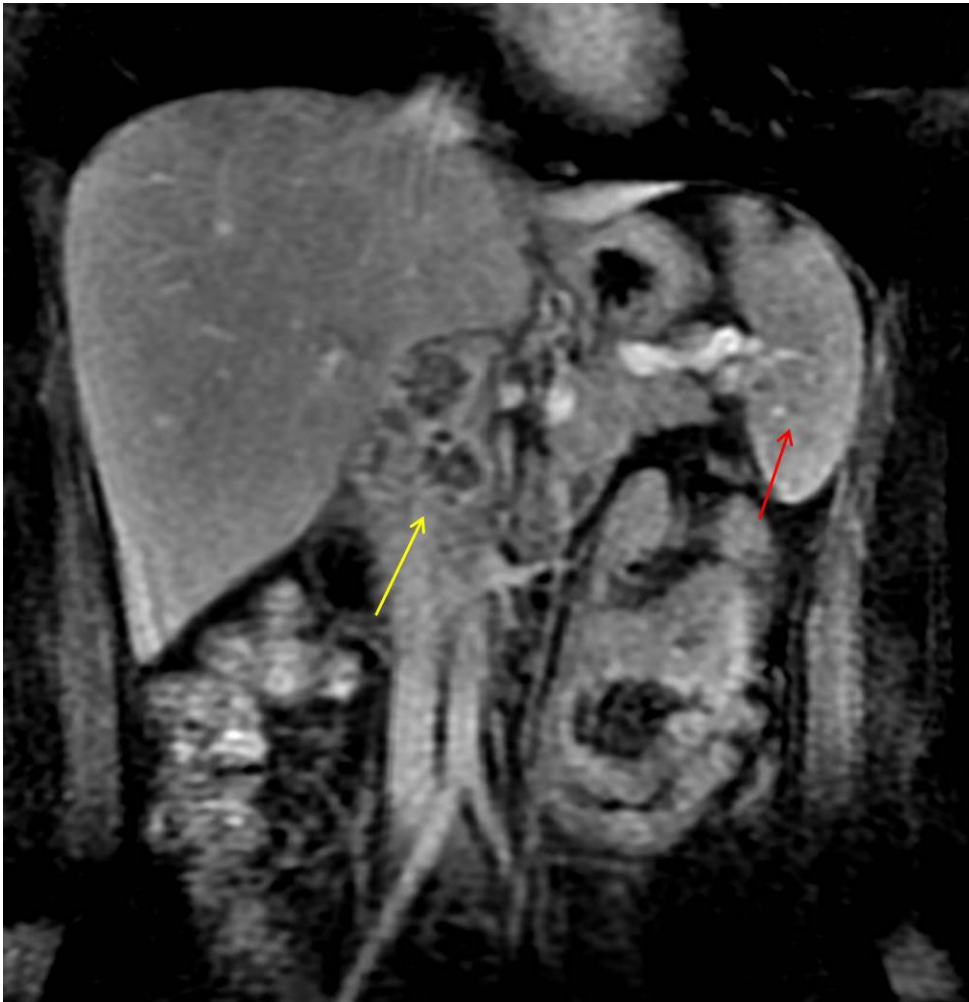


Figura 4. Reformatação coronal de ressonância magnética do abdome, sequência ponderada em T1 após contraste endovenoso, evidencia linfonodomegalias necróticas no hilo hepático (seta amarela). Também se notam múltiplas pequenas lesões esplênicas hipovascularizadas (seta vermelha).

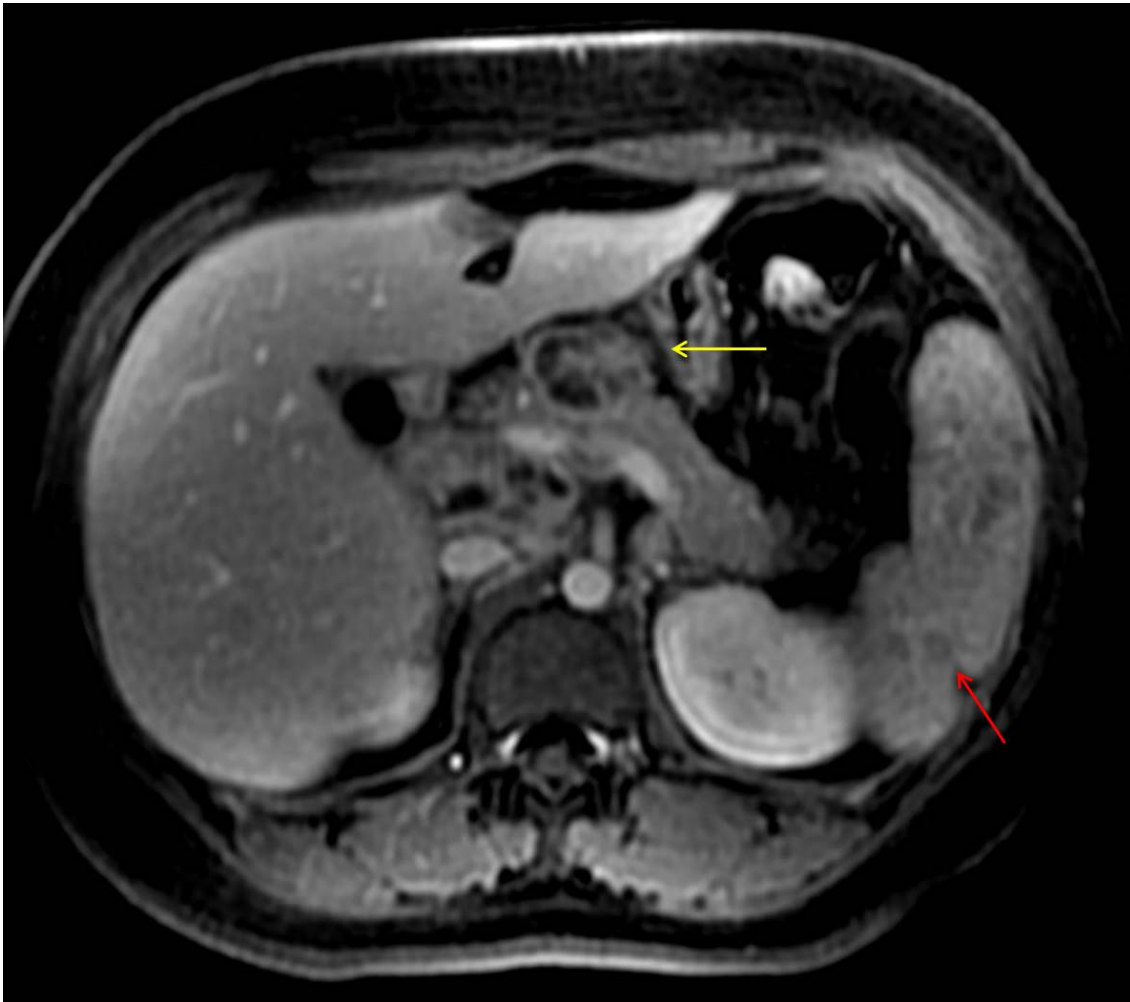


Figura 5. Reformatação axial de ressonância magnética do abdome, sequência ponderada em T1, após contraste endovenoso, evidencia linfonodomegalias necróticas no hilo hepático (seta amarela). Também se notam múltiplas pequenas lesões esplênicas hipovascularizadas (seta vermelha).



Figura 6. Ultrassonografia endoscópica mostrando, na imagem à esquerda, linfonodomegalia no hilo hepático, e na imagem à direita, a punção diagnóstica.

Vídeos

Nenhum resultado encontrado