

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA EM ENDOSCOPIA DIGESTIVA
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA

**PARACOCCIDIOIDOMICOSE INTESTINAL EM PACIENTE
COM LINFANGIECTASIA INTESTINAL PRIMÁRIA:
RELATO DE CASO**

Médica Residente: Flávia Vieira Lopes

Orientador: Alexandre Luis Klamt

Porto Alegre, 25 de fevereiro de 2023

CIP - Catalogação na Publicação

LOPES, FLÁVIA VIEIRA
PARACOCCIDIOIDOMICOSE INTESTINAL EM PACIENTE COM
LINFANGIECTASIA INTESTINAL PRIMÁRIA: RELATO DE CASO /
FLÁVIA VIEIRA LOPES. -- 2023.
6 f.
Orientador: ALEXANDRE LUIS KLAMT.

Trabalho de conclusão de curso (Especialização) --
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Hospital de
Clínicas de Porto Alegre, RESIDÊNCIA MÉDICA EM
ENDOSCOPIA DIGESTIVA, Porto Alegre, BR-RS, 2023.

1. PARACOCCIDIOIDOMICOSE. 2. LINFANGIECTASIA
INTESTINAL PRIMÁRIA. I. KLAMT, ALEXANDRE LUIS, orient.
II. Título.

RESUMO

A paracoccidiodomicose é uma infecção fúngica sistêmica considerada endêmica no Brasil. O acometimento intestinal é raro, porém é necessário considerar essa infecção entre os diagnósticos diferenciais de úlceras do trato gastrointestinal, principalmente em pacientes imunossuprimidos. Apresentamos um relato de caso de paracoccidiodomicose em um paciente com linfangiectasia intestinal primária.

Palavras-chave

Paracoccidiodomicose; linfangiectasia intestinal primária.

INTRODUÇÃO

A paracoccidiodomicose (PCM) é uma micose sistêmica considerada endêmica na América Latina, com a maioria dos casos registrados no Brasil. A maioria dos pacientes com PCM são do sexo masculino, com média de idade entre 30 e 50 anos. Os trabalhadores rurais são mais afetados.¹

A infecção afeta principalmente o trato respiratório. Mais de 80% dos casos são assintomáticos. A apresentação extrapulmonar representa menos de 1% dos casos, e é mais frequente em imunossuprimidos.²

Apresentamos um relato de caso de paracoccidiodomicose em um paciente com diagnóstico de linfangiectasia intestinal primária.

CASO CLÍNICO

Homem de 35 anos, com diagnóstico prévio de linfangiectasia intestinal primária, iniciou com episódios de distensão abdominal e dor em fossa ilíaca direita. Exames laboratoriais demonstraram piora da hipoalbuminemia crônica e proteína C reativa aumentada. Tomografia computadorizada (TC) de abdome evidenciou distensão de alças ileais a montante da válvula ileocecal.

Foi realizada colonoscopia, que evidenciou úlceras no ceco, no cólon ascendente e na válvula ileocecal, que apresentava também distorção arquitetural. A análise anatomopatológica das biópsias realizadas evidenciou granuloma mal formado, supurado; coloração para fungos (Grocott-Gomori) foi positiva, com presença de estruturas fúngicas em forma de esporos com gemulação, sugestivas de paracoccidiodomicose. Exames de imagem não demonstraram acometimento de outros órgãos.

Iniciado tratamento com itraconazol 100 mg duas vezes ao dia. Após três meses do início do tratamento, paciente apresentou oclusão intestinal, com TC de abdome demonstrando obstrução ao trânsito intestinal ao nível da válvula ileocecal. Paciente foi submetido à ileocelectomia direita. Anatomopatológico da peça cirúrgica apresentava fibrose da mucosa, submucosa e muscular própria e presença de agregados linfóides ao nível da válvula; não foi realizada cultura para fungos.

Recebeu anfotericina B durante internação por 14 dias, seguido por tratamento de manutenção com itraconazol na dose de 200 mg duas vezes ao dia, até completar um ano. Apresentou adequada evolução clínica, sem evidência de infecção ao término do tratamento.

DISCUSSÃO

A PCM gastrointestinal pode afetar qualquer parte do aparelho digestivo. Em uma revisão sistemática que incluiu 46 relatos de caso de PCM intestinal, a localização mais comum da doença foi o cólon, seguido pelo intestino delgado e pela boca. Os sintomas mais comuns são dor abdominal e diarreia.¹

Na colonoscopia, observam-se múltiplas úlceras, principalmente no íleo, ceco e cólon ascendente, intercaladas por áreas de mucosa normal. O diagnóstico é através da identificação de estruturas fúngicas com múltiplos brotamentos nas biópsias, através de coloração para fungos, como a coloração de Grocott-Gomori.¹

Para o tratamento, sugere-se itraconazol em casos leves a moderados; nas formas graves e sistêmicas, é recomendado o uso de anfotericina B até a estabilidade clínica. A intervenção cirúrgica pode ser necessária em cerca de 15% dos casos, principalmente para manejo de complicações, como estenose ou obstrução intestinal.¹

A linfangiectasia intestinal primária, comorbidade que esse paciente apresentava, cursa com enteropatia perdedora de proteínas, linfopenia e redução de imunoglobulinas, resultando em maior predisposição a infecções³. Considerando que o papel mais importante na proteção contra a PCM é desempenhado pelos macrófagos, que só são eficientes se os linfócitos T CD4+ forem competentes,² essa comorbidade pode ter predisposto o paciente desse caso clínico à PCM intestinal.

Devido à localização das lesões, o PCM deve ser considerado um diagnóstico diferencial das doenças inflamatórias intestinais, especialmente em regiões endêmicas.¹

CONCLUSÃO

A paracoccidiodomicose intestinal representa uma patologia rara, com abordagem diagnóstica desafiadora devido à sua frequência e às manifestações clínicas inespecíficas. A apresentação extrapulmonar é rara, mas deve ser considerada em regiões endêmicas.²

Uma busca foi realizada em fevereiro de 2023 na base de dados PubMed utilizando os termos “Intestinal primary lymphangiectasia” e “Paracoccidiodomycosis” e não foram encontrados resultados, o que demonstra a importância do presente relato de caso.

Potencial Conflito de Interesses

Declaro não haver conflitos de interesses pertinentes.

Fontes de Financiamento

O presente estudo não teve fontes de financiamento externas.

Siglas

PCM: paracoccidiodomicose

TC: Tomografia computadorizada

REFERÊNCIAS

1 . da Cruz ER, Forno AD, Pacheco SA, Bigarella LG, Ballotin VR, Salgado K, Freisbelen D, Michelin L, Soldera J. Intestinal Paracoccidiodomycosis: Case report and systematic review. *Braz J Infect Dis.* 2021 Jul-Aug;25(4):101605.

2 . Giron F, Vanegas M, Rodriguez LM, Hernandez-Santamaria V, Rey Chaves CE, Ortega J. Intestinal Paracoccidiodomycosis: Case report and literature review. *Int J Surg Case Rep.* 2022 Feb;91:106801.

3 . Ingle SB, Hinge Ingle CR. Primary intestinal lymphangiectasia: Minireview. *World J Clin Cases.* 2014 Oct 16;2(10):528-33.