

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO REGIONAL DOS CAMPOS GERAIS

KETRIN ARIANA XAVIER VIEIRA

**MANIFESTAÇÕES BUCAIS POR PARACOCCIDIODES BRASILIENSIS EM
PACIENTE IDOSO - RELATO DE CASO**

PONTA GROSSA

2025

KETRIN ARIANA XAVIER VIEIRA

**MANIFESTAÇÕES BUCAIS POR PARACOCCIDIOIDES BRASILIENSIS EM
PACIENTE IDOSO - RELATO DE CASO**

Trabalho de Conclusão da residência em Saúde do Idoso, do Hospital Universitário Regional dos Campos Gerais, como requisito parcial para a obtenção do Título de Especialista em Saúde do Idoso.

Orientadora: Me Marcella Dias Ferreira
Coorientador: Prof.^a Dr.^a Marcela Claudino
Da Silva Nardino

PONTA GROSSA

2025

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela força e direção ao longo desta jornada.

À minha família, pelo apoio constante e incentivo em todos os momentos.

Agradeço **aos preceptores, colegas e à instituição**, que contribuíram significativamente para minha formação.

À minha orientadora, Me. Marcella Dias Ferreira, expresse meu especial agradecimento pela dedicação, disponibilidade e orientação segura ao longo do processo de construção deste trabalho. Sua experiência e apoio foram determinantes para a conclusão desta pesquisa.

Agradeço também **à Prof.^a Nara Helen Campanha Bombarda**, pela sensibilidade e competência na confecção das próteses dentárias do paciente, cuja contribuição foi valiosa para este caso.

RESUMO

A paracoccidioidomicose (PCM) é a micose sistêmica endêmica mais prevalente da América Latina que pode se manifestar inicialmente com alterações bucais. O objetivo deste trabalho é relatar o caso de um paciente idoso, sexo masculino, com manifestação bucal primária de PCM, destacando o papel do cirurgião-dentista no diagnóstico precoce. Paciente de 73 anos, residente em área rural e tabagista de longa data, apresentou lesão ulcerada de aspecto moriforme em lábio inferior, gengiva e assoalho lingual, associada a dor, sangramento ao toque e evolução progressiva. Diante da suspeita clínica de PCM, foram realizados exames laboratoriais, swab micológico (negativo) e biópsia incisional do lábio inferior, cujo exame histopatológico evidenciou granulomas associados a estruturas fúngicas coradas por PAS e Grocott, confirmando o diagnóstico de paracoccidioidomicose. A prescrição empírica de itraconazol foi iniciada antes mesmo do laudo histológico, resultando em melhora clínica significativa já nas primeiras semanas. O tratamento antifúngico foi mantido pelo infectologista, e após três meses observou-se remissão completa das lesões bucais, com regressão do edema e cicatrização adequada. O caso evidencia a relevância das manifestações bucais na identificação precoce da PCM e reforça a importância da atuação do cirurgião-dentista no diagnóstico precoce, abordagem inicial e encaminhamento para tratamento sistêmico, contribuindo para a redução de sequelas e melhora do prognóstico.

Palavras-chave: Paracoccidioidomicose; Doenças fúngicas; Diagnóstico Diferencial.

INTRODUÇÃO

A Paracoccidioidomicose (PCM), historicamente denominada doença de Lutz ou micose de Lutz-Splendore-Almeida (IKUTA et al., 2015), é uma infecção fúngica sistêmica granulomatosa crônica causada por fungos dimórficos do gênero *Paracoccidioides*, principalmente *Paracoccidioides brasiliensis* (SOUSA; SÁ; PEREIRA, 2021; OLIVEIRA et al., 2019). Embora seja uma doença de ocorrência global rara, a PCM é considerada uma micose endêmica negligenciada na América Latina, sendo a mais prevalente da região e a principal em incidência no Brasil (OLIVEIRA et al., 2023; ARRUDA et al., 2018). Estima-se que o Brasil concentre a maior parte dos casos de PCM mundiais (SOUSA; SÁ; PEREIRA, 2021).

A infecção é adquirida principalmente pela inalação de conídios ou esporos presentes em solos contaminados, atingindo inicialmente o parênquima pulmonar (SOUSA; SÁ; PEREIRA, 2021; DUTRA et al., 2018; ARRUDA et al., 2018). Após essa fase, pode ocorrer disseminação linfo-hematogênica para outros órgãos e sistemas, como mucosa bucal, pele e linfonodos (OLIVEIRA et al., 2019; DUTRA et al., 2018).

O diagnóstico definitivo da PCM baseia-se na identificação direta do fungo, sendo a biópsia incisional e o exame histopatológico os métodos mais empregados (IKUTA et al., 2015; OLIVEIRA et al., 2020). O diagnóstico diferencial é desafiador, uma vez que as lesões orais da PCM podem mimetizar clinicamente o carcinoma espinocelular (CEC), exigindo avaliação criteriosa por parte do cirurgião-dentista (SOUSA; SÁ; PEREIRA, 2021; OLIVEIRA et al., 2023). A demora diagnóstica e o atraso terapêutico podem resultar em complicações graves, como fibrose pulmonar e insuficiência respiratória crônica, que acarretam incapacidade laboral e aumento da morbimortalidade (DUTRA et al., 2018; SOUSA; SÁ; PEREIRA, 2021).

Considerando que a cavidade bucal é um dos locais mais frequentes de manifestação inicial da PCM, geralmente caracterizada por ulcerações crônicas de bordas infiltradas e fundo granular, acompanhadas de pontos hemorrágicos puntiformes com aspecto moriforme, além de edema e infiltração mucosa. O cirurgião-dentista, portanto, desempenha papel no rastreamento, no diagnóstico

precoce e no encaminhamento adequado ao médico infectologista para tratamento sistêmico (TRINDADE et al., 2017; OLIVEIRA et al., 2023; OLIVEIRA et al., 2019).

Diante disso, o objetivo deste trabalho é apresentar o relato de caso um paciente idoso com manifestação bucal primária de paracoccidioidomicose, enfatizando o papel do cirurgião-dentista no diagnóstico da doença.

RELATO DE CASO

Paciente sexo masculino, 73 anos, residente em área rural, trabalhador da lavoura desde a infância e tabagista desde os 13 anos (10 palheiros/dia). Apresentava histórico de etilismo pesado (consumo diário de 3 a 4 latas de cerveja), com cessação do uso há três anos. Negava comorbidades e histórico familiar de câncer.

O paciente foi encaminhado ao Ambulatório de Odontologia Hospitalar do Hospital Universitário UEPG, para avaliação de lesão ulcerada em lábio inferior com histórico de surgimento há 3 meses, associadas a prurido e crescimento progressivo, com comprometimento de todo o lábio, presença de secreção serosa e edema local, associadas a sintomatologia dolorosa descrita como sensação de queimação. Relatava ainda que já havia realizado administração de antibioticoterapia com amoxicilina 500mg, 8/8hrs por sete dias, sem melhora clínica.

Ao exame físico, o cirurgião dentista observou-se lesão ulcerada comprometendo toda a extensão do lábio inferior, estendendo-se à mucosa labial, de aspecto moriforme, com superfície irregular e granular, edemaciada, sangrante ao toque e recoberta por crostas (Figura 1). Também foram identificadas lesões ulceradas e com aumento de volume em tecido gengival na região dos elementos 43 a 45, envolvendo gengiva marginal, inserida e fundo de vestíbulo até o rebordo edêntulo posterior aos dentes 44 e 45, além de lesões em assoalho lingual, igualmente de aspecto moriforme.

As hipóteses diagnósticas consideradas foram paracoccidioidomicose, histoplasmose e carcinoma espinocelular. Inicialmente foram solicitados exames laboratoriais complementares (hemograma completo, glicemia de jejum, ureia,

creatinina e hemoglobina glicada), todos com resultados dentro da normalidade, além de pesquisa de fungos por swab da lesão, que obteve resultado negativo.

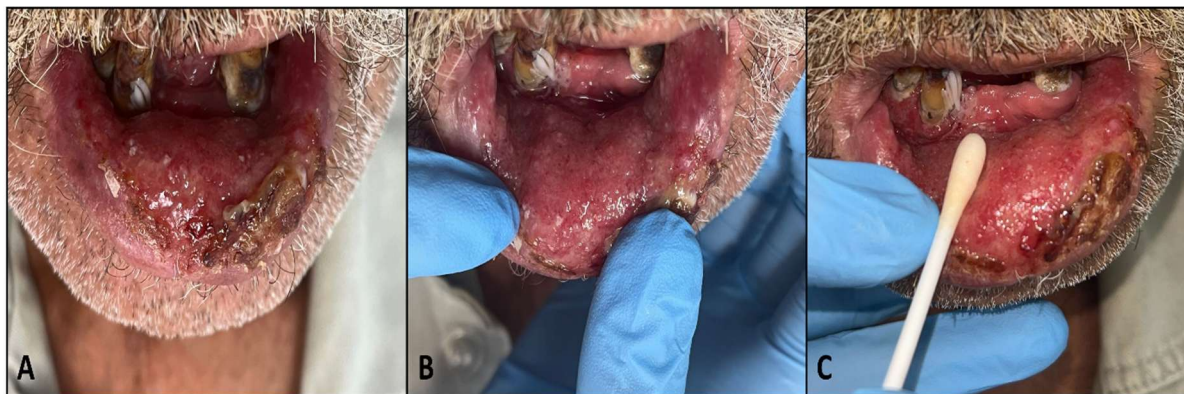


Figura 1 – Aspecto inicial da lesão bucal. **A-** Formação de crostas em lábio inferior. **B-** Ulcerações de bordas infiltradas e fundo granular, acompanhadas de pontos hemorrágicos puntiformes com aspecto moriforme em mucosa labial inferior. **C-** Coleta de swab para citologia esfoliativa.

Para confirmar diagnóstico optou-se pela realização de biópsia incisional em lábio inferior. O procedimento foi realizado sob antisepsia intra e extraoral prévia com digluconato de clorexidina 0,12%, seguida de anestesia de bloqueio do nervo alveolar inferior bilateral associada à anestesia infiltrativa local com mepivacaína 2% com epinefrina 1:100.000, 3 tubetes. As etapas do procedimento incluíram a delimitação da área de biópsia, abrangendo parte da lesão e tecido sadio adjacente; incisão com lâmina de bisturi nº 15, removendo fragmento representativo de aproximadamente 2 cm; hemostasia por compressão e sutura por planos com fio de vicryl 4-0. O fragmento foi acondicionado em frasco contendo formol a 10% e encaminhado ao laboratório de patologia. O paciente recebeu orientações pós-operatórias quanto à higiene local, prescrição de analgésico, dipirona 1g, 6/6hrs por 3 dias, além da prescrição empírica de itraconazol 250 mg/dia por 20 dias devido à forte suspeita de se tratar de uma alteração fúngica associada ao aspecto moriforme das lesões (Figura 2).

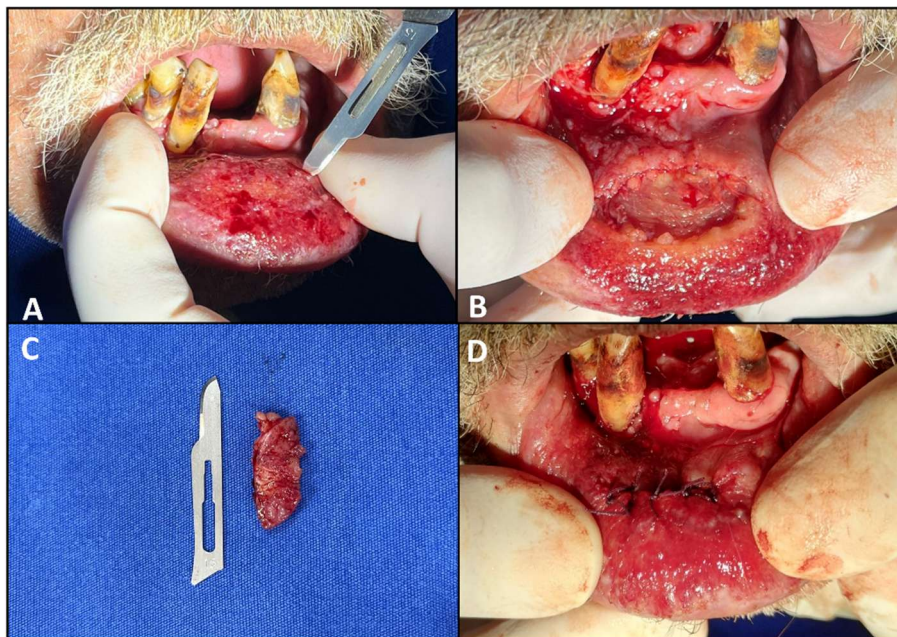


Figura 2- Procedimento cirúrgico de biópsia incisional; **A-** Incisão inicial com bisturi lâmina 15; **B-** Aspecto do tecido após remoção de fragmento em mucosa labial inferior; **C-** tamanho da peça enviada para análise anatomopatológica; **D-** Aspecto do pós-operatório imediato.

Foi realizado acompanhamento pós-operatório em 7, 14 e 21 dias, com evolução satisfatória e evidente início de remissão das lesões bucais. O paciente apresentou boa recuperação tecidual, compatível com o processo cicatricial esperado após a biópsia. A melhora progressiva do quadro clínico, observada ainda antes da disponibilidade do resultado histopatológico, sugeria que a prescrição empírica de itraconazol havia sido eficaz no manejo de uma lesão de natureza fúngica.

O resultado do exame anatomopatológico revelou processo inflamatório crônico granulomatoso com hiperplasia epitelial pseudoepiteliomatosa.

As colorações especiais de PAS e Grocott foram positivas para fungos, enquanto as pesquisas de BARR (Fite-Faraco e Ziehl-Neelsen) foram negativas. O conjunto dos achados histopatológicos foi compatível com paracoccidioidomicose (Figura 3).

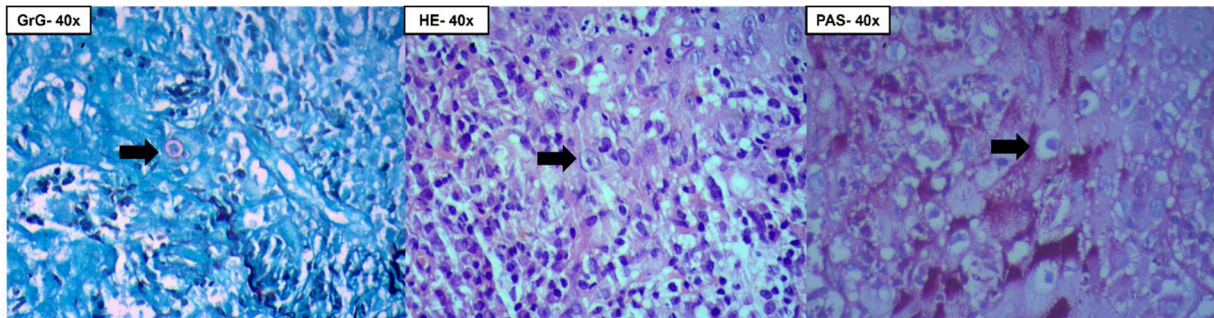


Figura 3 - Lâminas histológicas de Paracoccidioidomicose; **A-** ampliação 40x Grocott-Gomori/ brotamento de leveduras (seta) que caracteriza aspecto de “orelhas de Mickey Mouse” ou “roda de leme”; **B-** ampliação 40x HE/ Levedura de *Paracoccidioides brasiliensis*(seta) e inflamação crônica granulomatosa; **C-** ampliação 40x PAS/ Levedura de *Paracoccidioides brasiliensis*, a coloração de PAS cora o protoplasma, parte viva da célula, e deixa a parede celular com aspecto incolor.

Paciente foi então encaminhado para acompanhamento com infectologista. Nessa ocasião, foram solicitadas sorologias complementares e radiografia de tórax, e o tratamento antifúngico foi mantido com itraconazol 200 mg/dia (2 cápsulas de 100 mg, 12 meses). As sorologias foram não reagentes, possivelmente devido à resposta imune humoral limitada ou à baixa carga antigênica da lesão localizada. O raio X de tórax revelou opacidades heterogêneas nos terços médio e inferior dos pulmões, sugestivas de consolidações, compatíveis com acometimento pulmonar da paracoccidioidomicose crônica (Figura 4).

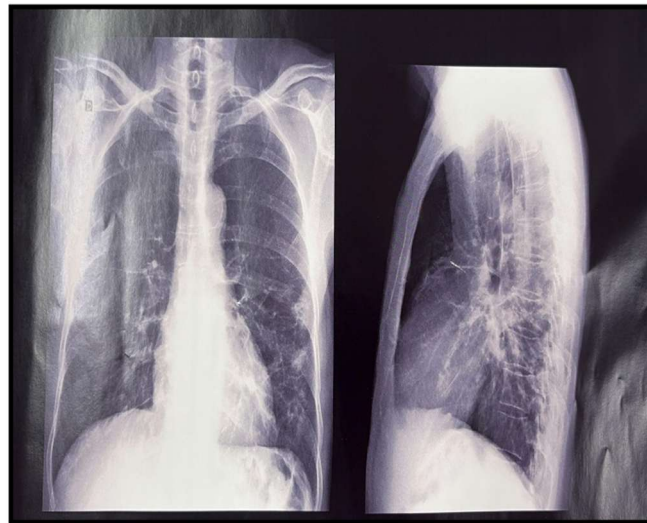


Figura 4- Radiografia de tórax: Observado opacidades heterogêneas nos terços medioinferiores dos pulmões tendendo a consolidações à esquerda- aspecto característico de acometimento por infecção por *Paracoccidioides brasiliensis*.

O paciente apresentou boa resposta terapêutica à medicação e, 1 mês após a biópsia, foi submetido a exodontias dos elementos 33, 43, 44 e 45, devido a doença periodontal avançada (Estágio IV, Grau C), caracterizada por grande perda óssea, mobilidade grau III e acúmulo significativo de cálculo dental, além da exodontia de raiz residual em palato, todas realizadas sem intercorrências. No controle pós-operatório de sete dias, observou-se boa cicatrização, ausência de sinais flogísticos e de queixas álgicas (Figura 5).



Figura 5- Procedimento cirúrgico de exodontia. **A-** Aspecto clínico da mucosa labial inferior 30 dias após realização de biópsia incisional e após uso de itraconazol 250 mg/dia por 20 dias; **B-** Elementos dentários extraídos. **C-** Aspecto pós-operatório imediato.

Após 3 meses da biópsia incisional, o paciente já apresentava remissão completa das lesões bucais, sem sinais de recidiva. Com a estabilidade do quadro clínico, foi possível realizar o planejamento e confecção de próteses dentárias totais em arco superior e inferior, incluindo moldagem, registro de relação maxilomandibular e prova estética e funcional, garantindo adaptação adequada, conforto, estética e reabilitação funcional da mastigação e fala ao paciente (Figura 6).

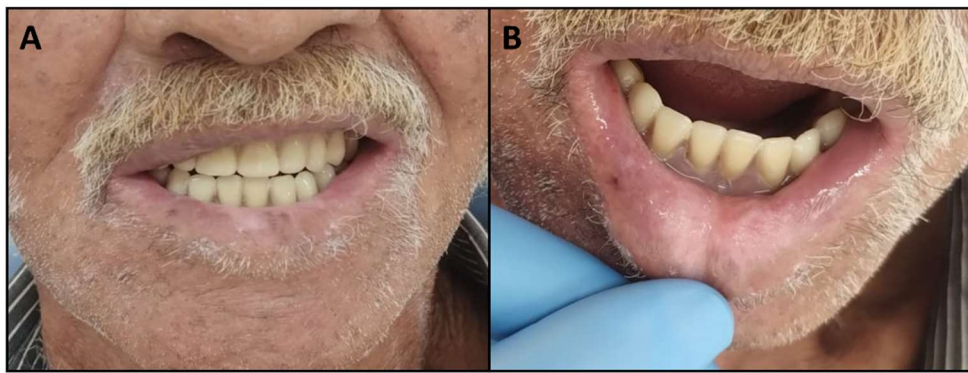


Figura 6- A- Aspecto final do tratamento após reabilitação protética com Prótese Total Superior e Inferior; **B-** Aspecto da mucosa labial inferior em acompanhamento após 10 meses de terapia antifúngica.

DISCUSSÃO

A paracoccidioidomicose (PCM) é considerada a micose sistêmica endêmica mais prevalente da América Latina, com o Brasil concentrando a maioria dos casos registrados. O agente etiológico pertence ao gênero *Paracoccidioides* spp., sendo *P. brasiliensis* o principal responsável pela infecção. A via de entrada mais comum é a inalação de conídios presentes em solos contaminados, o que explica o predomínio de casos em populações rurais, frequentemente expostas à poeira e matéria orgânica do solo.

O paciente analisado neste relato, um homem, 73 anos, residente em área rural e trabalhador da lavoura desde a infância, enquadra-se no perfil epidemiológico

clássico da forma crônica da PCM. Essa forma, também denominada tipo adulto, representa entre 80% e 90% dos casos e acomete predominantemente indivíduos do sexo masculino entre 30 e 60 anos. A maior incidência em homens é amplamente documentada, com uma razão M:F variando de 9,5:1 a 15:1, podendo atingir até 30:1 em algumas séries (BATISTA, 2024; CARVALHO, 2024). Tal discrepância está relacionada tanto à exposição ocupacional quanto ao efeito protetor do estrogênio, que inibe a transição do fungo para sua forma leveduriforme patogênica (MAREGA et al., 2024).

O paciente apresentava histórico de tabagismo por quatro décadas e etilismo pesado, cessado há três anos. O tabagismo é reconhecido como fator de risco para a PCM crônica, elevando em até 14 vezes a probabilidade de desenvolvimento da doença (CARVALHO, 2024). O etilismo, por sua vez, atua como cofator, contribuindo para a imunossupressão e piora da resposta inflamatória.

As manifestações orais da PCM são de grande relevância clínica, uma vez que as lesões bucais estão presentes em 50% a 80% dos pacientes e frequentemente constituem o primeiro sinal clínico da doença (ROMITTI; BARBOSA; FURLANETTO, 2024). O paciente apresentava ulceração em lábio inferior, gengiva e assoalho lingual, com aspecto moriforme e sangramento fácil, padrão clássico descrito na literatura como “estomatite moriforme”. Essa morfologia, comparada a uma amora devido à aparência granular e pontos hemorrágicos, é típica da PCM bucal (MAREGA et al., 2024). A apresentação clínica típica permitiu ao cirurgião dentista estabelecer uma forte hipótese diagnóstica e iniciar a terapia antifúngica empírica, o que resultou em regressão progressiva das lesões antes mesmo da confirmação anatomopatológica.

A sintomatologia dolorosa também é um achado frequente nas lesões por PCM (Trindade et al., 2017). Quanto à topografia das lesões, os locais acometidos neste caso: gengiva/rebordo alveolar, lábios e assoalho lingual, estão entre os mais descritos na literatura. Arruda et al. (2018) relataram prevalência de 23,2% para gengiva/rebordo alveolar e 21,7% para lábios, reforçando o padrão encontrado.

Devido à semelhança clínica com outras patologias ulceradas crônicas, o diagnóstico diferencial deve incluir carcinoma espinocelular (CEC) e histoplasmose. O CEC, em particular, é frequentemente confundido com PCM oral devido ao

aspecto infiltrativo e ulcerado das lesões (SOUSA; SÁ; PEREIRA, 2021). Assim, a biópsia incisional permanece o método diagnóstico de escolha, considerada o padrão-ouro.

No presente caso, o exame histopatológico evidenciou processo inflamatório crônico granulomatoso com hiperplasia epitelial pseudoepiteliomatosa, compatível com PCM. As colorações especiais PAS e Grocott-Gomori foram positivas, demonstrando leveduras com brotamentos múltiplos em 'roda de leme', padrão característico de *P. brasiliensis* (AMORIM PELLICOLI et al., 2015). Apesar das sorologias não reagentes, o comprometimento pulmonar foi confirmado por radiografia de tórax, que revelou opacidades compatíveis com a forma crônica, achado frequente segundo Dutra et al. (2018). A discrepância entre o swab negativo e a biópsia positiva deve-se à localização profunda do fungo, não acessada pela coleta superficial, o que favorece resultados falso-negativos (BATISTA, 2024; MAREGA et al., 2024). Além disso, o crescimento lento do fungo pode ser suprimido pela flora oral durante o processamento. Dessa forma, a biópsia com colorações PAS e GMS permanece o método mais sensível para diagnosticar PCM tegumentar reforçando sua importância em lesões crônicas de etiologia incerta (CARVALHO, 2024).

O tratamento instituído com itraconazol (250 mg/dia, mantido em 200 mg/dia) foi eficaz, resultando em remissão completa das lesões bucais após três meses. O itraconazol é o antifúngico de primeira escolha para formas leves e moderadas da PCM, devendo ser mantido por tempo prolongado (CARVALHO, 2024). Casos graves ou disseminados requerem anfotericina B, mas o uso precoce do itraconazol neste relato evitou a progressão da doença.

Um ponto adicional relevante foi a presença de doença periodontal avançada (Estágio IV, Grau C), que exigiu múltiplas exodontias. A literatura sugere que processos inflamatórios periodontais podem facilitar a instalação ou exacerbação local da micose, devido à ruptura de barreiras epiteliais e à maior vascularização tecidual (BATISTA, 2024). Após a resolução das lesões, o paciente foi reabilitado proteticamente, o que favoreceu a recuperação funcional e estética.

O presente caso reforça o papel do cirurgião-dentista no diagnóstico precoce da PCM. As manifestações bucais primárias podem ser determinantes para o

reconhecimento da infecção sistêmica. A correta interpretação do padrão moriforme e a indicação oportuna de biópsia são cruciais para um prognóstico favorável. Assim como destacado por Sousa, Sá e Pereira (2021) e De Albuquerque Araújo et al. (2020), a educação em saúde e a capacitação dos profissionais da odontologia auxiliam o diagnóstico precoce, o encaminhamento adequado e a redução das complicações associadas à PCM.

CONCLUSÃO

O caso apresentado evidencia que o diagnóstico precoce da paracoccidioidomicose é determinante para a prevenção de complicações sistêmicas e para a obtenção de um prognóstico favorável, sobretudo quando as manifestações iniciais se localizam na cavidade bucal. A atuação do cirurgião-dentista assume papel de relevância, uma vez que o reconhecimento criterioso das características clínicas e a indicação oportuna da biópsia possibilitam a confirmação ágil da doença. Ademais, o tratamento antifúngico instituído em fase inicial demonstra elevada eficácia terapêutica, promovendo a regressão completa das lesões e reduzindo o risco de sequelas. Assim, reforça-se a importância da capacitação profissional no âmbito da odontologia para o adequado enfrentamento da PCM.

REFERÊNCIAS:

- AMORIM PELLICOLI, A. C. et al. Synchronous oral paracoccidioidomycosis and pulmonary tuberculosis in an immunocompetent patient. *Mycopathologia*, v. 179, n. 5-6, p. 459–464, 2015.
- ARRUDA, J. A. A. et al. A multicentre study of oral paracoccidioidomycosis: Analysis of 320 cases and literature review. *Oral Diseases*, v. 24, p. 1492–1502, 2018.
- BATISTA, B. A. B. Paracoccidioidomicose tegumentar cutaneomucosa: a importância da odontologia no diagnóstico e cuidado integral do paciente. 2024.
- CARVALHO, J. P. Avaliação clínica e laboratorial na paracoccidioidomicose: uma revisão atualizada. 2024.

DE ALBUQUERQUE ARAÚJO, I. B. et al. Oral paracoccidioidomycosis in elderly patients: clinical and epidemiological aspects. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*, v. 86, n. 5, p. 595–601, 2020.

DE OLIVEIRA, L. L. C. et al. Oral paracoccidioidomycosis: a retrospective study of 95 cases from a Brazilian institution. *Mycoses*, v. 62, p. 1020–1027, 2019.

DE OLIVEIRA, R. R. et al. Paracoccidioidomycosis review: An update on epidemiology, clinical features, diagnosis and treatment. *Journal of Fungi*, v. 9, p. 1–20, 2023.

DUTRA, G. S. et al. Oral paracoccidioidomycosis: a retrospective study of 22 cases. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*, v. 84, n. 4, p. 451–457, 2018.

IKUTA, N. et al. Paracoccidioidomycosis: A historical and clinical overview. *Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo*, v. 57, p. 1–10, 2015.

MAREGA, A. F. S. et al. Oral paracoccidioidomycosis: A clinicopathological review of 45 cases. *Journal of Oral Pathology & Medicine*, v. 53, n. 2, p. 123–130, 2024.

ROMITTI, J. P.; BARBOSA, A. B.; FURLANETTO, R. C. Paracoccidioidomicose: manifestações bucais. *Revista Mato-grossense de Odontologia e Saúde*, v. 2, n. 1, p. 43–61, 2024.

SOUSA, M.; SÁ, A.; PEREIRA, L. Clinical aspects and diagnosis of paracoccidioidomycosis: a practical review. *International Journal of Medical Microbiology*, v. 311, p. 1–8, 2021.

TRINDADE, M. O. et al. Oral paracoccidioidomycosis: a retrospective cohort and literature review. *Journal of Oral Sciences*, v. 59, p. 1–8, 2017.