



DERMATOLOGIA TROPICAL/INFECTOPARASITÁRIA

Paracoccidioomicose disseminada em paciente transplantado hepático ☆,☆☆

Flávia de Oliveira Valentim , Giuliane Minami Tsutsui ,
Luciana Patrícia Fernandes Abbade  e Silvio Alencar Marques *



Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Medicina, Botucatu, SP, Brasil

Recebido em 23 de maio de 2020; aceito em 30 de julho de 2020

PALAVRAS-CHAVE

Dermatologia;
Fígado;
Paracoccidioomicose;
Transplante

Resumo A paracoccidioomicose é micose sistêmica endêmica, causada por fungos termodimórficos do complexo *Paracoccidioides brasiliensis* e *P. lutzii*. É considerada enfermidade rara em imunossuprimidos não HIV-induzidos. Em transplantados de órgãos sólidos, a paracoccidioomicose é mais observada em associação com a imunossupressão pós-transplante renal. Em paciente transplantado hepático, há descrição de apenas um caso publicado na literatura até o presente. Relatamos o caso de paciente do sexo feminino, 47 anos de idade, com lesões cutâneas disseminadas associadas a sinais e sintomas de comprometimento sistêmico da paracoccidioomicose e manifestas um ano após o transplante hepático e sob regime de imunossupressão com tacrolimus e micofenolato mofetil.

© 2021 Sociedade Brasileira de Dermatologia. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este é um artigo Open Access sob uma licença CC BY (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

A paracoccidioomicose é micose sistêmica causada por espécies de fungos termodimórficos do complexo *Paracoccidioides brasiliensis* ou por *P. lutzii*.^{1,2} Apresenta-se clinicamente sob a forma aguda/subaguda juvenil, forma crônica do adulto e a relacionada à imunossupressão. O diagnóstico é feito através da detecção do fungo no exame

micológico direto, exame histopatológico ou isolamento em cultura.

Em imunossuprimidos, a paracoccidioomicose é mais frequente associada à infecção pelo HIV, seguido por neoplasias sólidas, hematológicas e, por fim, pós-transplantes de órgãos sólidos, particularmente transplante renal sob imunossupressão induzida por prednisona, azatioprina ou ciclosporina. Até o momento, na literatura pesquisada (PubMed, SciELO, LILACS), há apenas um caso pós-transplante hepático descrito e, nesse caso, em uso de tacrolimus.^{3–7}

Relatamos o caso de paciente do sexo feminino, 47 anos de idade, ex-residente na zona rural do estado de São Paulo, pós-transplantada hepática havia um ano em decorrência de cirrose de etiologia alcoólica associada a hepatite B, em uso específico de tacrolimus 1 mg/dia e micofenolato mofetil 720 mg/dia. Encaminhada ao Serviço de Derma-

DOI referente ao artigo:

<https://doi.org/10.1016/j.abd.2020.07.011>

☆ Como citar este artigo: Valentim FO, Tsutsui GM, Abbade LPF, Marques SA. Disseminated paracoccidioomycosis in a liver transplant patient. An Bras Dermatol. 2021;96:346–8.

☆☆ Trabalho realizado na Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, SP, Brasil.

* Autor para correspondência.

E-mail: silvio.marques@unesp.br (S.A. Marques).



Figura 1 Paracoccidioidomicose e transplante hepático. Lesões acneiformes e pápulas eritematosas, algumas com centro exulcerado, disseminadas na face.

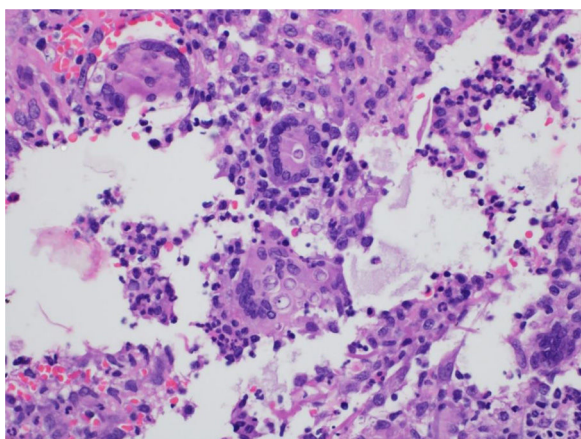


Figura 2 Paracoccidioidomicose e transplante hepático: detalhe do processo inflamatório onde se evidenciam células fúngicas no citoplasma de células gigantes (Hematoxilina & eosina, 100×).

tologia por lesões múltiplas, com acentuação do quadro havia 15 dias, associado a febre alta aferida, mal-estar e fraqueza. Referia, também, perda ponderal, inapetência, tosse seca e dispnéia havia cerca de três meses. Ao exame, apresentava inúmeras pápulas acneiformes e pápulas eritemato-normocrômicas, sólidas, de centro exulcerado ou recoberto de crostas, disseminadas pelo tegumento, incluindo a face (fig. 1).

As hipóteses diagnósticas foram de histoplasmose, criptococose e paracoccidioidomicose. O exame histopatológico de biópsia da lesão cutânea evidenciou hiperplasia da epiderme e infiltrado inflamatório granulomatoso e supurativo dérmico, com presença de elementos fúngicos no interior de células gigantes (fig. 2). A coloração de Grocott-Gomori evidenciou células fúngicas multibrotantes características do gênero *Paracoccidioides* spp. (fig. 3).

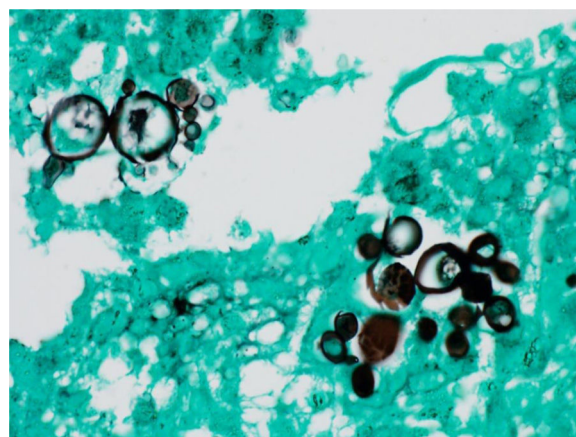


Figura 3 Paracoccidioidomicose e transplante hepático: células fúngicas multibrotantes características do gênero *Paracoccidioides* (Grocott-Gomori, imersão).



Figura 4 Paracoccidioidomicose e transplante hepático: corte tomográfico mostrando consolidações parenquimatosas peribrônquicas e perivasculares.

A cultura de fragmento de biópsia, exames bioquímicos gerais, hemoculturas e sorologias, incluindo anti-HIV, e anti-*Paracoccidioides*, foram normais ou negativas. A tomografia computadorizada de tórax (fig. 4) evidenciou consolidações pulmonares coalescentes, espessamento de septos e imagem escavada nas porções inferiores e linfonodomegalias, compatíveis com o diagnóstico de paracoccidioidomicose por provável reativação de foco pulmonar quiescente.⁸

O tratamento foi realizado com anfotericina B lipossomal 3 mg/kg/dia por quatro semanas em regime intra-hospitalar, com necessidade de transferência para UTI em decorrência de instabilidade hemodinâmica associada às infusões da anfotericina B e ao precário estado geral. A paciente recebeu alta após estabilização e recuperação clínica, remissão da paracoccidioidomicose e com itraconazol 200 mg/dia como manutenção pós-tratamento.

Em pacientes imunossuprimidos, a clínica de histoplasmose, criptococose, paracoccidioidomicose e mesmo esporotricose disseminada converge para manifestações semelhantes: história relativamente curta de quadro febril, inapetência, perda ponderal e astenia, seguida ou coinci-

dente com o aparecimento de lesões cutâneas de padrão acneiforme, papulonodular ulcerado ou ulceronecrotico, disseminado, comprometimento frequente da face, associados a sinais e sintomas de comprometimento sistêmico.^{3,9} O prognóstico da paracoccidiodomicose é reservado nos casos pós-transplante, conseqüente ao uso e manutenção de imunossupressores, disseminação da enfermidade e possíveis complicações associadas à terapêutica. As opções itraconazol, sulfametoxazol-trimetropina, anfotericina B desoxicolato ou lipossomal são definidas pelo conjunto do quadro e disponibilidade.¹⁰ O presente relato de paracoccidiodomicose em paciente sob medicação imunossupressora realça a dificuldade de tratamento observada, mas o bom resultado final.

Suporte financeiro

Nenhum.

Contribuição dos autores

Flávia de Oliveira Valentim: Aprovação da versão final do manuscrito; concepção e planejamento do estudo; elaboração e redação do manuscrito; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica do caso estudado; revisão crítica da literatura.

Giuliane Minami Tsutsui: Aprovação da versão final do manuscrito; revisão crítica do manuscrito.

Luciana Patrícia Fernandes Abbade: Aprovação da versão final do manuscrito; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica do caso estudado; revisão crítica do manuscrito.

Silvio Alencar Marques: Aprovação da versão final do manuscrito; elaboração e redação do manuscrito; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica do caso estudado; revisão crítica da literatura; revisão crítica do manuscrito.

Conflito de interesses

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

Agradecimentos

A Mariangela Esther Alencar Marques, médica patologista, pelo auxílio diagnóstico e documentação do caso.

A Eliete Correa Soares, fotógrafa da disciplina de Dermatologia, pelo auxílio na documentação do caso relatado.

Referências

1. Hrycyk MF, Garces HG, Bosco SMG, Oliveira SL, Marques SA, Bagagli E. Ecology of *Paracoccidioides brasiliensis*, *P. lutzii* and related species: infection in armadillos, soil occurrence and mycological aspects. *Med Mycol*. 2018;56:950–62.
2. Turissini DA, Gomez OM, Teixeira MM, McEwen JG, Matute DR. Species boundaries in the human pathogen *Paracoccidioides*. *Fungal Genetics Biol*. 2017;106:9–25.
3. Almeida Junior JN, Peçanha-Pietrobon PM, Colombo AL. *Paracoccidioidomycosis* in immunocompromised patients: A Literature Review. *J Fungi (Basel)*. 2018;5:2.
4. Radisic MV, Linares L, Afeltra J, Pujato N, Vitale RG, Bravo M, et al. Acute pulmonary involvement by *paracoccidioidomycosis* disease immediately after kidney transplantation: case report and literature review. *Transpl Infect Dis*. 2017;19:e12655.
5. Pontes AM, Borborema J, Correia CRM, de Almeida WL, Maciel RF. A rare *paracoccidioidomycosis* diagnosis in a kidney transplant recipient: case report. *Transplant Proc*. 2015;47:1048–50.
6. Zavascki AP, Bienardt JC, Severo LC. *Paracoccidioidomycosis* in organ transplant recipient: case report. *Rev Inst Med Trop São Paulo*. 2004;46:279–81.
7. Lima TC, Bezerra ROF, Siqueira LTB, Menezes MR, Leite CC, Porta G, et al. *Paracoccidioidomycosis* in a liver transplant recipient. *Rev Soc Bras Med Trop*. 2017;50:138–40.
8. Barreto MM, Marchiori E, Amorim VB, Zanetti G, Takayasu TC, Escuissato DL, et al. Thoracic *Paracoccidioidomycosis*: Radiographic and CT Findings. *Radio Graphics*. 2012;32:71–84.
9. Marques SA, Camargo RPM, Abbade LPF, Fortaleza CMCB, Marques MEA. *Paracoccidioidomycosis*: an unusual presentation in a young girl disclosing an unnoted HIV-infection. *Med Mycol*. 2010;48:182–7.
10. Shikanai-Yasuda MA, Mendes RP, Colombo AL, Queiroz-Telles F, Kono ASG, Paniago AMM, et al. Brazilian guidelines for the clinical management of *paracoccidioidomycosis*. *Rev Soc Bras Med Trop*. 2017;50:1–26.