



REVISTA ELETRÔNICA

# Acervo MÉDICO

ISSN 2764-0485

## Relato de caso de pré-escolar com Linfonodomegalia Generalizada e diagnóstico de Paracoccidioidomicose

Case report of a preschool with Generalized Lymph Node Enlargement and diagnosis of Paracoccidioidomycosis

Reporte de un caso preescolar con agrandamiento Generalizado de los Ganglios Linfáticos y diagnóstico de Paracoccidioidomycosis

Priscila Vitor Brum Rodrigues<sup>1</sup>, Livia Maria de Andrade Sacramento<sup>2</sup>, Taís Rhodes De Paula<sup>2</sup>.

### RESUMO

**Objetivo:** Descrever o caso de uma pré-escolar com suspeita de paracoccidioidomicose com diagnóstico de linfonodomegalia generalizada internada em um hospital escola no interior do Rio de Janeiro. **Detalhamento do caso:** Pré-escolar, 4 anos e 2 meses, iniciou quadro de febre baixa por três semanas, realizado tratamento com Ceftriaxona por febre sem foco, porém evoluiu com linfonodomegalias cervicais sendo hospitalizada para investigação do quadro. Recebeu alta hospitalar apresentando teste de mononucleose positivo e afebril. Cinco dias após, iniciou com febre alta, sendo referenciada para término de investigação diagnóstica. Com os exames disponíveis, firmaram diagnóstico em Paracoccidioidomicose, iniciando tratamento medicamentoso com Anfotericina B Deoxicolato, com regressão dos linfonodos. Recebeu alta hospitalar, sendo prescrito Itraconazol oral manipulado por nove a dezoito meses e encaminhada para acompanhamento em ambulatório de pediatria. **Considerações finais:** A paracoccidioidomicose é uma doença sistêmica, onde todos os órgãos podem ser acometidos, sendo frequente o comprometimento linfático, progredindo para linfonodomegalia generalizada. Embora seja uma doença inflamatória, com resposta satisfatória à terapêutica antifúngica, observa-se que a doença representa um importante problema de saúde pública devido ao seu alto potencial incapacitante, evoluindo para sequelas graves ou, até mesmo, ao óbito caso o diagnóstico seja retardado ou o tratamento inadequado.

**Palavras-chave:** Paracoccidioidomicose, Linfonodomegalia generalizada, Diagnóstico precoce.

### ABSTRACT

**Objective:** To describe the case of a preschool with suspected paracoccidioidomycosis diagnosed with generalized lymph node enlargement admitted to a teaching hospital in the interior of Rio de Janeiro. **Case details:** Preschooler, 4 years and 2 months old, started with low fever for three weeks, was treated with Ceftriaxone for fever without focus, but evolved with cervical lymph node enlargement and was hospitalized for investigation of the condition. The patient was discharged from the hospital with a positive mononucleosis test and afebrile. Five days later, the patient started with a high fever and was referred for the completion of the diagnostic investigation. With the available tests, they made a diagnosis of Paracoccidioidomycosis, initiating drug treatment with Amphotericin B Deoxycholate, with regression of the lymph nodes. The patient was discharged from the hospital, prescribed oral Itraconazole for nine to eighteen months, and referred for follow-up at a pediatric outpatient clinic. **Final considerations:** Paracoccidioidomycosis is a systemic disease, where all organs can be affected, with frequent lymphatic involvement, progressing to generalized lymph node enlargement. Although it is an inflammatory disease, with a satisfactory response to antifungal therapy, it is

<sup>1</sup> Centro do Universitário de Valença, Valença - RJ.

<sup>2</sup> Hospital Escola Luiz Gioseffi Jannuzzi, Valença - RJ.

SUBMETIDO EM: 7/2024

ACEITO EM: 7/2024

PUBLICADO EM: 8/2024

observed that the disease represents an important public health problem due to its high disabling potential, evolving to severe sequelae or even death if the diagnosis is delayed or the treatment is inadequate.

**Keywords:** Paracoccidioidomycosis, Generalized lymphadenopathy, Early diagnosis.

---

## RESUMEN

**Objetivo:** Describir el caso de un preescolar con sospecha de paracoccidioidomicosis, diagnosticado de agrandamiento ganglionar generalizado, internado en un hospital universitario del interior de Río de Janeiro.

**Detalles del caso:** Niño en edad preescolar, de 4 años y 2 meses de edad, comenzó con fiebre baja durante tres semanas, fue tratado con ceftriaxona por fiebre sin foco, pero evolucionó con agrandamiento de los ganglios linfáticos cervicales y fue hospitalizado para la investigación de la afección. El paciente fue dado de alta con mononucleosis positiva y afebril. Cinco días después, el paciente comenzó con fiebre alta y fue remitido para la realización de la investigación diagnóstica. Con las pruebas disponibles, realizaron un diagnóstico de Paracoccidioidomycosis, iniciando tratamiento farmacológico con Anfotericina B Desoxicolato, con regresión de los ganglios linfáticos. El paciente fue dado de alta del hospital, se le recetó itraconazol oral durante nueve a dieciocho meses y se le remitió para seguimiento a una clínica pediátrica ambulatoria.

**Consideraciones finales:** La paracoccidioidomicosis es una enfermedad sistémica, en la que todos los órganos pueden verse afectados, con afectación linfática frecuente, progresando a un agrandamiento generalizado de los ganglios linfáticos. A pesar de ser una enfermedad inflamatoria, con una respuesta satisfactoria a la terapia antifúngica, se observa que la enfermedad representa un importante problema de salud pública debido a su alto potencial incapacitante, evolucionando a secuelas graves o incluso a la muerte si el diagnóstico se retrasa o el tratamiento es inadecuado.

**Palabras clave:** Paracoccidioidomycosis, Agrandamiento generalizado de los ganglios linfáticos, Diagnóstico precoz.

---

## INTRODUÇÃO

A paracoccidioidomicose foi relatada pela primeira vez no ano de 1908, por Adolfo Lutz. Posteriormente, demonstrou-se a proximidade filogenética entre o *P. brasiliensis* e os fungos dos gêneros *Histoplasma*, *Emmonsia* e *Blastomyces*, os quais o ser humano é considerado hospedeiro definitivo, além do cachorro e tatu (MELO JA, et al., 2017; ROSARIO JS, et al., 2017). A paracoccidioidomicose é uma doença granulomatosa crônica originada pelo fungo dimórfico *Paracoccidioidis brasiliensis*. É uma micose sistêmica que afeta principalmente mucosas e pele, sendo mais comum em indivíduos residentes na América do Sul, onde o Brasil é a principal área afetada. Além disso, a Argentina, a Colômbia e a Venezuela também registram casos da doença (MESQUITA FILHO PMM, et al., 2016; SHIKANAI-YASUDA MA, et al., 2017; SOUSA JA, et al., 2021).

Os estados brasileiros considerados regiões endêmicas incluem Rio de Janeiro, São Paulo, Minas Gerais, Rio Grande do Sul, Paraná, Mato Grosso e Mato Grosso do Sul. Embora predominantemente rural, nos últimos anos têm sido registrados casos em áreas suburbanas e urbanas (MESQUITA FILHO PMM, et al., 2016; MILLINGTONMA et al., 2018). Apesar de não ser de notificação compulsória, pode resultar em sequelas e incapacidades se não diagnosticada e tratada adequadamente (HAHN RC, et al., 2022).

O fungo, oriundo dos solos contaminados, é capaz de atingir as vias áreas superiores por meio da inalação, tendo os pulmões como principal órgão acometido, seguidos por pele, mucosas, linfonodos, adrenais, sistema nervoso central, fígado e ossos (MESQUITA FILHO PMM, et al., 2016). Posteriormente, pode disseminar-se para órgãos como pele, membranas mucosas, região gastrointestinal, baço e sistema linfático (SOUSA JA, et al., 2021). A progressão da doença depende da virulência do agente infeccioso e da capacidade de resposta imunológica do hospedeiro (ROGÉRIO RAA, et al., 2023).

Os esporos entram no organismo através da via inalatória, alcançando os alvéolos, onde transformam-se em leveduras e se multiplicam por reprodução, do tipo brotamento múltiplo. A permanência e a multiplicação do agente provocam inflamação local, denominada de alveolite que, imediatamente, causa a migração de várias células inflamatórias, como neutrófilos, linfócitos e macrófagos, através da ativação do sistema

imunológico. Assim, atingem a corrente sanguínea por meio dos capilares e chegam aos linfonodos, onde entram em contato com os patógenos e geram inflamação local, conhecida como linfadenite. Desse modo, ocorre a formação do complexo primário paracoccidiodômico (SHIKANAI-YASUDA MA, et al., 2018; SES, 2021).

Os linfonodos afetados inicialmente apresentam-se como nódulos hipertróficos e confluentes, associados a hiperemia cutânea, ocasionalmente com aumento de temperatura e dor local. Desse modo, são capazes de evoluir com pontos de flutuação e fistulização (MARTINEZ CAR, 2017). A paracoccidiodomocose apresenta classificação clínica como aguda, subaguda e crônica, cujas características dependem da virulência da cepa do *P. brasiliensis*, da resposta imunológica do hospedeiro, dos sítios anatômicos afetados e da particularidade de cada paciente. Há uma pertinente preferência pelo gênero masculino, com idade entre 30 e 50 anos, apresentando como fator de risco a atividade laboral, que se correlaciona com o manejo de solo (SOUSA JA, et al., 2021).

O diagnóstico da paracoccidiodomocose é capaz de ser realizado através do isolamento do fungo em cultura, dos testes sorológicos, do histopatológico da pele e das mucosas, assim como da radiografia do tórax a fim de avaliar o comprometimento pulmonar. Na histologia, a coloração realizada com hematoxilina e eosina regularmente não possibilita o reconhecimento da morfologia parasitária, sendo essencial o uso da coloração de *Grocott-Gomori* e do método de ácido periódico Schiff, que possibilitam a visualização de diversos brotamentos de filhos ligados à mãe, advindo em uma aparência conforme à de “orelhas de Mickey Mouse” ou de “leme de marinheiro” (SOUSA JA, et al., 2021).

Quando o diagnóstico é tardio ou o tratamento é inadequado, pode suceder em sequelas graves e, geralmente, levar a óbito. É rara a ocorrência em crianças com idade inferior a sete anos e há uma distribuição homogênea entre os gêneros masculino e feminino. O diagnóstico definitivo é confirmado pela detecção do fungo em espécimes clínicos ou por biópsia tecidual (ARRUDA JAA, et al., 2018).

A realização deste estudo foi motivada devido a existência de pouco conhecimento sobre a Paracoccidiodomocose em pacientes pré-escolares. Por ser uma doença pouco frequente e não existirem muitos estudos atualizados devido ao seu subdiagnóstico, uma vez que não é de notificação compulsória, além dos sintomas serem bastante inespecíficos e o diagnóstico conclusivo ser por meio de biópsia das lesões ou tecido afetados. Diante disso, o tratamento é a longo prazo e, frequentemente, a cura, de fato, não é alcançada. Assim, este estudo irá contribuir na divulgação desta doença, elevando o índice de suspeição e possível identificação dela em casos subdiagnosticados, trazendo melhores desfechos aos pacientes, por aumento de índices de tratamento precoce.

Dada a emergência neurológica da doença, o presente estudo tem como objetivo descrever o caso de uma pré-escolar com suspeita de paracoccidiodomocose com diagnóstico de linfonodomegalia generalizada internada em um hospital escola no interior do Rio de Janeiro, assim como descrever e discutir a evolução clínica do caso e comparar os dados da paciente com os da literatura. O artigo propõe-se como um estudo de campo de caráter narrativo e reflexivo, com coleta de dados por revisão de prontuário.

A presente pesquisa foi realizada no hospital escola no interior do Rio de Janeiro, no período de 15 de abril de 2024 a 15 de junho de 2024. O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos sob CAAE: 78354324.2.0000.5246 e parecer número 6.736.783. A pesquisa foi realizada conforme as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde).

## DETALHAMENTO DO CASO

Pré-escolar, 4 anos e 2 meses, sexo feminino. No dia 27 de janeiro de 2023, a paciente dá entrada ao hospital em questão com relatos de febre baixa há cerca de três semanas, sendo realizado tratamento com Ceftriaxona por febre sem foco, porém evoluiu com linfonodomegalias cervicais sendo hospitalizada na cidade de Vassouras - RJ para investigação do quadro. Recebeu alta hospitalar apresentando teste de mononucleose positivo e afebril. Cinco dias após, iniciou com febre alta (até 39 °C), onde foi referenciada

para término de investigação diagnóstica e orientação terapêutica. Ainda, a mãe relata três episódios de pneumonia no ano de 2022, vários episódios de sinusite e amigdalite recorrentes.

Ao exame físico: paciente hipocorada, presença de múltiplas linfonodomegalias palpáveis em todas as cadeias cervicais, medindo cerca de 3 cm em seu maior diâmetro, de consistência firme, não dolorosos. Ausência de sinais flogísticos, pouco móveis. ACV: RCR 2T, BNF, sem sopros, pulsos amplos e simétricos, FC: 97 bpm. AR: MVUA, sem RA, eupneica em AA, SatO<sub>2</sub> 99%. Abdomo atípico, flácido, indolor à palpação superficial e profunda, peristáltico, traube ocupado, baço palpável a cerca de 2 cm. Ausência de hepatomegalia e MMII sem alterações. Em posse de alguns exames laboratoriais, onde os resultados estão demonstrados na (Tabela 1).

Ainda, a paciente possuía tomografia de tórax (19/01/2023) evidenciando múltiplas linfonodomegalias mediastinais, hilares, nas regiões cervical inferior e axilares, sendo mal individualizadas e de difícil mensuração no estudo sem contraste. A tomografia de abdome (19/01/2023) evidenciara presença de múltiplas linfonodomegalias retroperitoniais, ilíacas e inguinais, notadamente nas cadeias para-aórtica e intercava-aórtica, sendo mal individualizadas e de difícil mensuração no estudo sem contraste.

**Tabela 1** - Resultados dos exames laboratoriais da paciente.

Data	Exames
18/01/2023	Rubéola IgG 10,0 (reagente > 5) / IgM 0,18 (NR) // CMV IgG 104,3 (reagente > 6,0) / IgM 0,37 (NR) // Toxo IgG 0,2 (NR) / IgM 0,09 (NR) / Monoteste reagente HSV I e II IgG 0,5 (NR) / IgM 0,92 (indeterminado).

**Legenda:** CMV: Citomegalovírus; Toxo: Toxoplasmose; HSV: Herpes-vírus simples. **Fonte:** Rodrigues PVB, et al., 2024.

Na admissão hospitalar, foi realizado exames complementares, hemograma, ureia, creatinina, sódio, potássio, creatinofosfoquinase, ácido úrico, TGO e TGP, gama glutamil transferase, fosfatase alcalina, proteínas totais e frações. Os resultados estão demonstrados na (Tabela 2). No dia seguinte, paciente realizou tomografia de tórax, evidenciando múltiplas linfonodomegalias miastinais, hilares e axilares, sendo a maior na cadeia paratraqueal inferior direita, medindo 1,8cm no seu menor eixo - considerar possibilidade de doença linfoproliferativa. Linfonodos retroperitoneais, sendo a maior na janela para-aórtica esquerda, medindo 1,1 cm no menor eixo. Fígado e baço discretamente aumentados.

**Tabela 2** - Resultados dos exames laboratoriais da paciente.

Data	Exames
26/01/2023	HT 30,9 // HB 9,8 // HCM 24,1 // VCM 76 // Leuco 20.800 // PlaQ 48 // PCR 139,6 // PTN total 8,9 // Alb 3,4 // Glob 5,5 // Relação alb/glob 0,6 // Ret 0,4 // VHS 1ª hora 120 mm, 2ª hora 140 mm // Ur 29 // Cr 0,5 // CPK 34 // Ác. úrico 4,3 // TGO 43 // TGP 47 // BT 0,46 // BD 0,2
27/01/2023	HMTC 32,5 // HB 9 // HM 4,33 // VCM 75,1 // HCM 22,9 // CHCM 30,5 // RDW 16,2 // Leuco 21.900 (0-1/0-0-0-6-57/30-0-6) // PlaQ 329.000 // VHS 120-140 // Ret 0,7 // Ur 15 // Cr 0,4 // Na 136 // K 3,7 // CPK 34 // Ác. Úrico 4,3 // TGO 49 // TGP 56 // GGT 326 // FA 494 // Proteínas totais e frações (PTN total 8,9 / Alb 3,4 / Glob 5,5 / Relação alb/glob 0,6).
30/01/2023	HT 29,3 // HB 9 // HCM 23,2 // VCM 75,5 // PlaQ 361.000 // PCR 157,1 // BT 0,7 // BD 0,4
10/02/2023	HT 27,1 // HB 8,2 // HCM 22,7 // VCM 74,9 // PTN 9,2 (Alb 3,5 / Glob 5,7 / Relação Alb/Glob 0,6) // Cr 0,6 // TGO 34 // TGP 37 // Ur 30 // BT 0,5 // BD 0,3
12/02/2023	HT 26 // HB 8,3 // HE 3,49 // HCM 23,8 // VCM 74,5 // Leuco 25.100 // PlaQ 453.000 // Ur 29 // Cr 0,3
15/02/2023	Sorologia HIV 1 e 2 não reagente

**Legenda:** HT: Hematócrito; HB: Hemoglobina; HCM: Hemoglobina Corpuscular Média; VCM: Volume Corpuscular Médio; CHCM: Concentração de Hemoglobina Corpuscular Média; Ret: Reticulócitos; Leuco: Leucócitos; PlaQ: Plaquetas; PCR: Proteína C Reativa; PTN: Proteína; Alb: Albumina; Glob: Globulina; Relação alb/glob: Relação albumina/globulina; GGT: Gama Glutamil Transferase; FA: Fosfatase alcalina; VHS: Velocidade de Hemossedimentação; Ur: Ureia, Cr: Creatinina; Na: Sódio; K: Potássio; CPK: Creatinofosfoquinase; Ác. úrico: Ácido úrico; BT: Bilirrubina total; BD: Bilirrubina direta.

**Fonte:** Rodrigues PVB, et al., 2024.

Apresentou picos febris com remissão após antitérmico (3 episódios em 24 horas) (**Tabela 3**). Além disso, evoluiu com quadro de diarreia e vômito e exibiu sangramento nasal leve a esquerda após avaliação médica. Foi mantido medicamentos sintomáticos e iniciado Ondansetrona, além de hidratação venosa de manutenção de 100% necessidades hídricas diárias.

**Tabela 3** - Resultados da aferição térmica da paciente.

Data	Horário	Temperatura axilar (°C)
30/01/2023	16:00h	39,1
30/01/2023	18:00h	37,9
31/01/2023	02:00h	38,1
01/02/2023	13:28h	38,2
01/02/2023	20:30h	37,8
13/02/2023	10:40	38,6
13/02/2023	17:20	39

**Fonte:** Rodrigues PVB, et al., 2024.

Iniciou Cefepime 150 mg/kg/dia, 8/8h, como prova terapêutica seguindo o fluxograma de investigação de linfadenomegalia generalizada do UpToDate por cinco dias. Parecer do hematologista referia esfregaço de sangue periférico trazendo leucócitos maduros, com morfologia preservada e predomínio de neutrófilos afastando leucemia aguda. No dia 03/02/2023 foi realizado PPD: não reator.

Paciente começou a apresentar aumento dos linfonodos supraclaviculares direito, axilar esquerdo e retroauricular esquerdo (maior diâmetro cerca de 4,6 cm) (**Figura 1**). Foi realizado biópsia de linfonodo dia 4 de internação na região inguinal direita e retroauricular direita, sendo suspenso Cefepime por descartar malignidade.

**Figura 1** - Presença de linfadenomegalia generalizada, especialmente em região cervical.



**Fonte:** Rodrigues PVB, et al., 2024.

Após resultado da biópsia, evidenciando extensa linfadenite granulomatosa com frequentes granulomas do tipo sarcoide rico em células gigantes multinucleadas e do tipo corpo estranho contendo inúmeras estruturas fúngicas grandes, ora arredondadas, ora meia-lua, algumas delas com parede celular evidente, coexistindo leve a moderada fibrose capsular e intersticial compatível com paracoccidioidomicose ou bastomicose sul-americana, iniciou tratamento com Anfotericina B Deoxicolato na dose 0,5 mg/kg/dia, de 24/24h, em BIC 4h e Ibuprofeno 100 mg/ml, 20 ml, 30 min antes da infusão. Durante a aplicação da medicação, observou-se pico hipertensivo, sendo medicada com Captopril 0,3 mg/kg/dose, 8/8h, e retorno ao tratamento após estabilização da pressão arterial. Os sinais vitais eram aferidos a cada 30 min. Foi prescrito Hidralazina 0,25 mg/kg/dia, 6/6h, pois a paciente não aceitava a medicação via oral e orientado aos pais a

evitem oferta de alimentos industrializados. No dia 17/02/2023 foi realizado acesso profundo em veia subclávia direita, sem intercorrências. Paciente apresentava dificuldade no tratamento com Anfotericina devido a presença de efeitos adversos, sendo realizado ajuste da administração para diminuir tais efeitos. Foi realizado Anfotericina B Deoxicolato por 15 dias, suspenso Hidrocortisona e retornado com Ibuprofeno. Permaneceu hospitalizada por 31 dias e apresentou regressão dos linfonodos. Devido a permanência de 72 h sem picos febris, foi optado por alta hospitalar seguindo orientação do infectopediatra e prescrito Itraconazol oral manipulado na apresentação de 100 mg/ml, 1,5 ml/dia (dose 8,5 mg/kg/dia) por 9 a 18 meses. Assim, foi encaminhada para acompanhamento do caso em ambulatório de pediatria.

## DISCUSSÃO

O presente estudo evidencia uma suspeita de paracoccidioidomicose com diagnóstico de linfonodomegalia generalizada. Evidências ressaltam que a paracoccidioidomicose apresenta diagnóstico desafiador, pois o quadro clínico é abrangente e variado. Embora não seja uma doença de notificação compulsória, ainda é a oitava causa de óbito a nível nacional, tendo em consideração as doenças infecciosas e parasitárias (BERNARDINO PM, et al., 2021). A principal porta de entrada do fungo no organismo é a via inalatória (BERNARDINO PM, et al., 2021). O fungo, originário dos solos contaminados, é capaz de alcançar as vias áreas superiores por meio da inalação, onde os pulmões são os primeiros locais de acometimento. Depois, pode suceder a dispersão para órgãos como a pele, as mucosas, a região gastrointestinal, o baço e o sistema linfático (SOUSA JA, et al., 2021).

Acredita-se que a infecção ocorra devido a inalação de propágulos infectantes aéreos que passam por conversão para a fase leveduriforme nos pulmões e nos linfonodos. Assim, estimula uma resposta no hospedeiro identificada pela formação de granulomas que são capazes de permanecer estagnados ou avançar para a forma ativa da doença, disseminando para outros órgãos e tecidos, como o baço, o fígado, a pele e as mucosas (CHIYODA-RODINI FAZ, et al., 2020). Concordante com a literatura, nossa paciente apresentava linfonodomegalia generalizada mais importante em região da cervical, sendo responsável pela procura de atendimento.

O controle da paracoccidioidomicose depende da eficácia da resposta imune celular, visto que o saldo entre os padrões de resposta Th1 e Th2 definirá a resposta imune prevalente e, como consequência, ocorrerá resistência ou suscetibilidade no desenvolvimento da doença. O tipo de resposta imune Th2/Th9 é específico da paracoccidioidomicose aguda, sendo a forma clínica mais grave, já que existe depressão da imunidade mediada por células. Os pacientes com paracoccidioidomicose crônica apresentam um perfil Th1/Th17, com formação de granulomas (CHIYODA-RODINI FAZ, et al., 2020).

Ainda, verifica-se que a alteração no padrão epidemiológico da paracoccidioidomicose possui limitação pelo ecossistema e, dessa maneira, são essenciais as pesquisas geoclimáticas com o objetivo de prever novos possíveis surtos. O episódio de distintas espécies e especificações filogenéticas de *Paracoccidioides* também pode auxiliar para a mudança do perfil epidemiológico dos pacientes (SILVA MJA, et al., 2021). Em relação ao perfil epidemiológico, nota-se maior prevalência de homens com idade média de 53 anos, trabalhador de atividades laborais variadas, de origem urbana, imunocompetente e sem comorbidades, tabagista, porém não etilista (FRANZ APG, et al., 2022). Há predomínio em pacientes do sexo masculino adulto quando comparado às pacientes do sexo feminino, equivalente entre 10 a 15 homens para 1 mulher.

Todavia, cabe apontar que embora a infecção ocorra em pacientes pediátricos, com incidência de pico de idade entre 10 a 19 anos, a doença é rara em crianças e adolescentes (TOYOTANI BJS e DE SOUZA EBA, 2021). Verifica-se, em correlação com a literatura, que os órgãos frequentemente acometidos são os pulmões, seguido da pele, das mucosas, dos linfonodos, das adrenais, do sistema nervoso central, do fígado e dos ossos (BERNARDINO PM, et al., 2021). Os sintomas gastrointestinais são inespecíficos como, por exemplo, a presença de dor, diarreia e, algumas vezes, constipação. Outros sintomas inespecíficos evidenciados são fraqueza, emagrecimento, cefaleia e inapetência (RADISIC MV, et al., 2017), assim como febre e perda de peso (SHIKANAI-YASUDA MA, et al., 2017).

A rápida disseminação por órgãos se dá por meio do envolvimento do sistema fagocítico mononuclear provocando uma linfonodomegalia generalizada onde, ao longo dos dias, é capaz de supurar (SHIKANAI-YASUDA MA, et al., 2017). Contudo, a presença de anorexia e o acometimento digestivo são mais visíveis do que a febre (FRANZ APG, et al., 2022). Em contrapartida, a paciente do presente estudo apresentava febre sem foco, evoluindo com linfonodomegalias cervicais.

As manifestações clínicas são classificadas em aguda/subaguda e crônica. A forma crônica é mais frequente em pacientes adultos, correspondendo a cerca de 90% dos casos, prevalecendo o sexo masculino. Enquanto isso, a forma aguda/subaguda é a forma clínica da infância e cursa com evolução rápida acometendo igualmente ambos os sexos. A presença de linfonodomegalia superficiais e profundas, com supuração de massa ganglionar e hepatoesplenomegalia são as principais manifestações da doença, além de perda ponderal, alteração de hábitos intestinais, anemia e lesões cutâneas, com rápida deterioração do estado geral da criança (MARCHIOTTI MC, et al., 2021). Entretanto, a paciente do presente estudo apresentava somente linfonodomegalia generalizada, dificultando ainda mais o diagnóstico.

No estudo de Souza CM, et al. (2021), os autores evidenciaram que diante da suspeita dessa infecção, é necessário a realização de uma anamnese dirigida esclarecendo os sinais e sintomas, acompanhado com as informações específicas do paciente e, diante disso, realizar o encaminhamento para a análise dessa suspeita, a partir da realização de uma radiografia de tórax, exames laboratoriais e sorológico para paracoccidiodomicose, além da biópsia tecidual (incisional). Dentro deste contexto, os dados encontrados no presente estudo são compatíveis com os autores onde, na admissão hospitalar, a paciente foi submetida a essa conduta. No estudo de Toyotani BJS e De Souza EBA (2021), os autores evidenciaram que na forma aguda, recomenda-se realização de exames laboratoriais e de imagem, como radiografia simples de tórax, ultrassonografia abdominal, hemograma completo, velocidade de hemossedimentação, provas bioquímicas hepáticas, fosfatase alcalina, eletroforese de proteínas e avaliação renal e metabólica.

A realização de exames mais complexos é realizada na suspeita clínica ou alterações dos exames laboratoriais, assim como acometimento gastrointestinal, formas abdominais, disfunção adrenal, insuficiência respiratória crônica ou lesões ósteo-articulares (TOYOTANI BJS e DE SOUZA EBA, 2021). Diante à tomografia de tórax realizada no presente estudo, foi possível evidenciar múltiplas linfonodomegalias miastinais, hilares e axilares, sendo a maior na cadeia paratraqueal inferior direita, porém fígado e baço estavam discretamente aumentados. Para o correto diagnóstico de paracoccidiodomicose, realiza-se a detecção de elementos fúngicos de *P. brasiliensis* através do histopatológico de espécimes corados com hematoxilina-eosina. A coloração com ácido periódico-schiff (PAS) e Grocott-Gomori também são técnicas pertinentes (SOUZA CM, et al., 2021).

Diante do histopatológico das estruturas fúngicas patognomônicas em amostras de biópsia, observa-se aspirado linfonodal e escarro o método mais utilizado para a confirmação da suspeita clínica (FRANZ APG, et al., 2022). Dessa forma, observa-se que a paciente foi submetida à biópsia, com resultado de extensa linfadenite granulomatosa com frequentes granulomas do tipo sarcoide rico em células gigantes multinucleadas e do tipo corpo estranho contendo inúmeras estruturas fúngicas grandes, ora arredondadas, ora meia-lua, algumas delas com parede celular evidente, coexistindo leve a moderada fibrose capsular e intersticial compatível com paracoccidiodomicose ou bastomicose sul-americana.

Atualmente, devido a evolução da neuroimagem, verifica-se que o acometimento do sistema nervoso central é mais frequente do que se imaginava, podendo atingir cerca de 36% dos pacientes. Há duas formas relevantes de neuroparacoccidiodomicose, tais como a forma meníngea e a forma pseudotumoral. Dessas, a forma pseudotumoral é a mais habitual (CASTRO JDV, 2023). Para a realização do tratamento, dependerá da imunidade do hospedeiro, da dimensão do inóculo de *Paracoccidioides sp* e do composto antifúngico empregue. A duração da abordagem é, de preferência, preservada até a recuperação da imunidade mediada por células, prejudicando a reativação das células fúngicas que são capazes de persistir como focos latentes. Além disso, observa-se reduzida adesão dos pacientes, onde o período com maior perda de seguimento corresponde aos primeiros quatro meses (SILVA GK, et al., 2020).

Entretanto, não foi possível rastrear se a paciente estava realizando seguimento do tratamento, uma vez que foi encaminhada para acompanhamento ambulatorial. O tratamento para a paracoccidiodomicose é dependente da forma clínica que o paciente apresenta, onde os antifúngicos são a classe de medicamentos de primeira escolha. Desde 2008, o plano de estratégia do Ministério da Saúde oferta dois fármacos, destacando o complexo lipídico de Anfotericina B e o Itraconazol.

Entretanto, para que consiga a solicitação destes medicamentos, é essencial o anexo de uma ficha de declaração que comprove que o paciente é afetado por micose sistêmica endêmica (ZANCANARO V e ALMEIDA AA, 2022). Desse modo, como primeira opção de tratamento, prescreve-se o Itraconazol, seguido de Anfotericina B (FRANZ APG, et al., 2022). A realização deste estudo revelou que a paracoccidiodomicose é uma doença sistêmica, onde todos os órgãos podem ser acometidos, sendo frequente o comprometimento linfático, progredindo para linfonodomegalia generalizada.

Embora seja uma doença inflamatória, com resposta satisfatória à terapêutica antifúngica, observa-se que a doença representa um importante problema de saúde pública devido ao seu alto potencial incapacitante, evoluindo para sequelas graves ou, até mesmo, ao óbito caso o diagnóstico seja retardado ou o tratamento inadequado. Dessa forma, o diagnóstico e tratamento deve ser iniciado o mais precoce possível, a fim de obter melhor prognóstico e amenizar as sequelas.

---

## REFERÊNCIAS

1. ARRUDA JAA, et al. A multicentre study of oral paracoccidiodomycosis: Analysis of 320 cases and literature review. *Oral Diseases*, 2018; 24(8): 1492-1502.
2. BERNARDINO PM, et al. Paracoccidiodomicose juvenil: um relato de caso. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 2021; 13(2): 5953.
3. CASTRO JDVD. Um novo sinal na neuroimagem da paracoccidiodomicose. *Radiologia Brasileira*, 2023; 56: 11-12.
4. CHIYODA-RODINI FAS, et al. Aspectos imunológicos da paracoccidiodomicose. *Biosaúde*, 2020; 22(1): 34-47.
5. FRANZ APG, et al. Paracoccidiodomicose: perfil clínico e epidemiológico de pacientes internados em Passo Fundo-RS. *Revista de Medicina*, 2022; 101(2).
6. HAHN RC, et al. Paracoccidiodomycosis: Current status and future trends. *Clinical Microbiology Reviews*, 2022; 5(4): 00233-21.
7. MARCHIOTTI MC, et al. Paracoccidiodomicose subaguda septicêmica levando a infarto esplênico e trombose de veia porta no indivíduo imunocompetente: a propósito de um caso. *The Brazilian Journal of Infectious Diseases*, 2021; 25: 101443.
8. MARTINEZ CAR, et al. Avaliação do acometimento de linfonodos pélvicos laterais no adenocarcinoma de reto distal. *Journal of Coloproctology*, 2017; 37(13).
9. MELO JA, et al. Paracoccidiodomicose: descrição das espécies e a morbidade da doença. *Journal of medicine and Health Promotion*, 2017; 2(4): 801-809.
10. MESQUITA FILHO PMM, et al. Paracoccidiodomicose brasiliensis em Sistema Nervoso Central. 2016. Disponível em: [https://web.archive.org/web/20200710150711id\\_/https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/pdf/10.1055/s-0036-1594303.pdf](https://web.archive.org/web/20200710150711id_/https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/pdf/10.1055/s-0036-1594303.pdf). Acessado em: 2 de junho de 2024.
11. MILLINGTON MA, et al. Paracoccidiodomicose: abordagem histórica e perspectivas de implantação da vigilância e controle. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 2018; 27: 0500002.
12. RADISIC MV, et al. Acute pulmonary involvement by paracoccidiodomycosis disease immediately after kidney transplantation: case report and literature review. *Transplant Infectious Disease*, 2017; 19(2).
13. ROGÉRIO RAA, et al. Estudo da paracoccidiodomicose juvenil: relato de caso. *Revista Científica Multidisciplinar*, 2023; 4(11): 4114409.
14. ROSARIO JS, et al. Diagnóstico e tratamento de paracoccidiodomicose: relato de caso clínico. *Rev Univap*, 2017; 22(40): 641.

15. SES. SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL. Nota técnica Paracoccidiodomicose. 2021. Disponível em: <https://www.vs.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/2021/08/Nota-tecnica-paracoccidiodomicose.pdf>. Acessado em: 16 de fevereiro de 2024.
16. SHIKANAI-YASUDA MA, et al. Brazilian guidelines for the clinical management of paracoccidiodomycosis. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, 2017; 50: 715-740.
17. SILVA GK, et al. Paracoccidiodomicose: uma revisão clínico-epidemiológica de casos com lesões orais em 24 anos. *Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial*, 2020; 61: 122-127.
18. SILVA MJA, et al. Ecoepidemiologia da paracoccidiodomicose: Uma revisão narrativa da literatura. *Research, Society and Development*, 2021; 10(9): 31810918182.
19. SOUSA JA, et al. Consequências do diagnóstico tardio de paracoccidiodomicose: relato de caso. *Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial*, 2021; 57: 2372021.
20. SOUZA CM, et al. Manifestações clínicas bucais da paracoccidiodomicose: um relato de caso. *Revista Eletrônica Acervo Odontológico*, 2021; 3: 5893.
21. TOYOTANI BJS e DE SOUZA EBA. Incidência da paracoccidiodomicose no estado de Rondônia-2011 a 2014. *Saber Científico*, 2021; 8(2): 104-113.
22. ZANCANARO V e ALMEIDA AA. Manifestações clínicas, diagnóstico laboratorial e tratamento da paracoccidiodomicose: uma revisão narrativa da literatura. *Revista Saúde e Meio Ambiente*, 2022; 14(1): 46-58.