

Osteomielite de punho em paciente com paracoccidiodomicose disseminada: uma rara apresentação*

Osteomyelitis of the wrist in a patient with disseminated paracoccidiodomycosis: a rare presentation

Juliana Santos Bayerl¹, André Ribeiro Nogueira de Oliveira², Paulo Mendes Peçanha³, Aloísio Falqueto⁴

Resumo Paracoccidiodomicose é a micose sistêmica endêmica mais frequente no Brasil. No início, o paciente não desenvolve sintomas. Com a progressão da doença, o indivíduo pode apresentar envolvimento disseminado, sendo que o acometimento ósseo é extremamente raro. O objetivo deste artigo é avaliar as alterações ósseas encontradas em estudos de imagem em um paciente com osteomielite de punho decorrente de paracoccidiodomicose disseminada.

Unitermos: Paracoccidiodomicose; Micose endêmica; Osteomielite.

Abstract Paracoccidiodomycosis is the most frequently found endemic systemic mycosis in Brazil. No symptoms are observed in the early phases of the disease. As the disease progresses, the patient may present disseminated involvement, but bone involvement is extremely rare. The present report is aimed at evaluating bone changes found on imaging studies in a patient with osteomyelitis of the wrist as a result of disseminated paracoccidiodomycosis.

Keywords: Paracoccidiodomycosis; Endemic mycosis; Osteomyelitis.

Bayerl JS, Oliveira ARN, Peçanha PM, Falqueto A. Osteomielite de punho em paciente com paracoccidiodomicose disseminada: uma rara apresentação. *Radiol Bras.* 2012 Jul/Ago;45(4):238-240.

INTRODUÇÃO

Paracoccidiodomicose é a micose sistêmica endêmica mais frequente na América Latina^(1,2). É adquirida pela inalação de partículas infectadas que alcançam os pulmões, desenvolvendo a infecção primária. No início, o paciente não desenvolve sintomas ou estes se apresentam de forma leve e inespecífica. Com a progressão da doença, o indivíduo apresenta envolvimento grave de diversos órgãos, como pele, mucosas, pulmão e ossos. Esta infecção pode evoluir para a forma disseminada, porém ocorre em apenas 3–5% dos casos⁽³⁾.

O objetivo deste artigo é avaliar as alterações ósseas encontradas em estudos de

imagem em um paciente com osteomielite de punho secundária a paracoccidiodomicose disseminada e contribuir para o diagnóstico e tratamento precoces desta doença incapacitante.

RELATO DO CASO

Paciente do sexo masculino, com 59 anos, lavrador, tabagista de longa data, foi atendido em um pronto-socorro da cidade de Vitória, ES, com relato de dispneia progressiva há três meses, lesões ulcerativas de pele e mucosas, associadas a dor e aumento de partes moles no punho direito, com drenagem de secreção serossanguinolenta. Ao exame físico foram encontradas linfonodomegalias cervical e axilar, lesões ulcerativas na mucosa oral e região dorsal, além de importante aumento volumétrico do punho direito.

Foi realizada radiografia de tórax, que evidenciou opacidades difusas e confluentes nos terços médios dos campos pulmonares e opacidades fibrocicatríciais nas bases pulmonares. Uma radiografia de punho direito mostrou discreta redução da densidade óssea na ulna distal (Figura 1A).

Em vista dos achados radiográficos, o paciente foi tratado com antibióticos e encaminhado ao centro de doenças infecto-

parasitárias do Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes. Um mês após o tratamento, foram realizadas novas radiografias de punho direito, tomografia computadorizada de alta resolução (TCAR) do tórax, sorologia para fungos e citologia da secreção do punho. Na citologia foi observado grande número de fungos, compatíveis com *Paracoccidioides brasiliensis*.

A radiografia de punho mostrou área lítica na ulna distal (Figura 1B,C). Foi realizada ressonância magnética (RM) do punho, que demonstrou importante acometimento da medular óssea na ulna distal, formação de abscesso ósseo e trajeto fistuloso, com acometimento da musculatura e do subcutâneo adjacente e intenso realce após contraste (Figura 2). Na TCAR do tórax observaram-se múltiplas consolidações nos terços médios e inferiores dos pulmões, espessamento septal, nódulos cavitados e espessamento de paredes brônquicas (Figura 3). Cintilografias com tecnécio e gálio foram realizadas, confirmando doença em atividade nos pulmões e punho direito (Figura 4). Não havia captação em outros ossos ou no sistema nervoso central.

O paciente foi internado e tratado inicialmente com anfotericina B. Após melhora dos sintomas respiratórios e redução do componente de partes moles do punho

* Trabalho realizado no Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes – Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), Vitória, ES, Brasil.

1. Médica Residente em Radiologia e Diagnóstico por Imagem da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), Vitória, ES, Brasil.

2. Médico Nuclear do CMEN – Centro de Medicina Nuclear, Preceptor de Radiologia e Diagnóstico por Imagem da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), Vitória, ES, Brasil.

3. Mestrando, Professor Adjunto da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), Vitória, ES, Brasil.

4. Doutor, Professor Adjunto da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), Vitória, ES, Brasil.

Endereço para correspondência: Dra. Juliana Santos Bayerl, Rua José Batista, 14, Bairro Recanto. Cachoeiro de Itapemirim, ES, Brasil, 29303-012. E-mail: jubayerl@gmail.com

Recebido para publicação em 4/1/2012. Aceito, após revisão, em 22/6/2012.

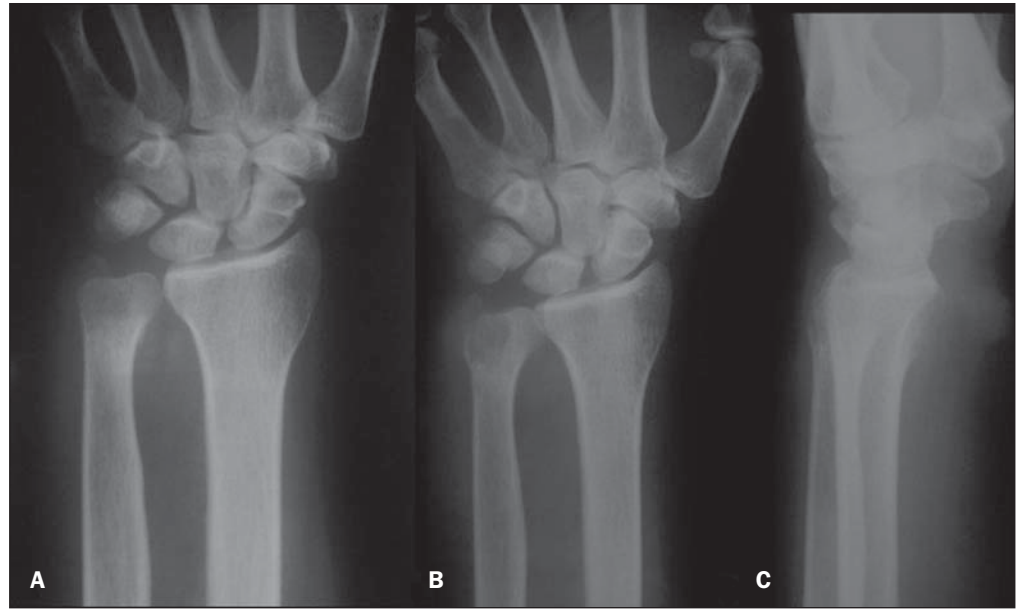


Figura 1. Radiografias simples de punho. **A:** Primeira radiografia do punho direito mostra discreta redução da densidade óssea na ulna distal e espaços articulares preservados. **B,C:** Radiografias nas incidências anteroposterior e perfil do punho obtidas um mês após identificam evidente área lítica ulnar distal.

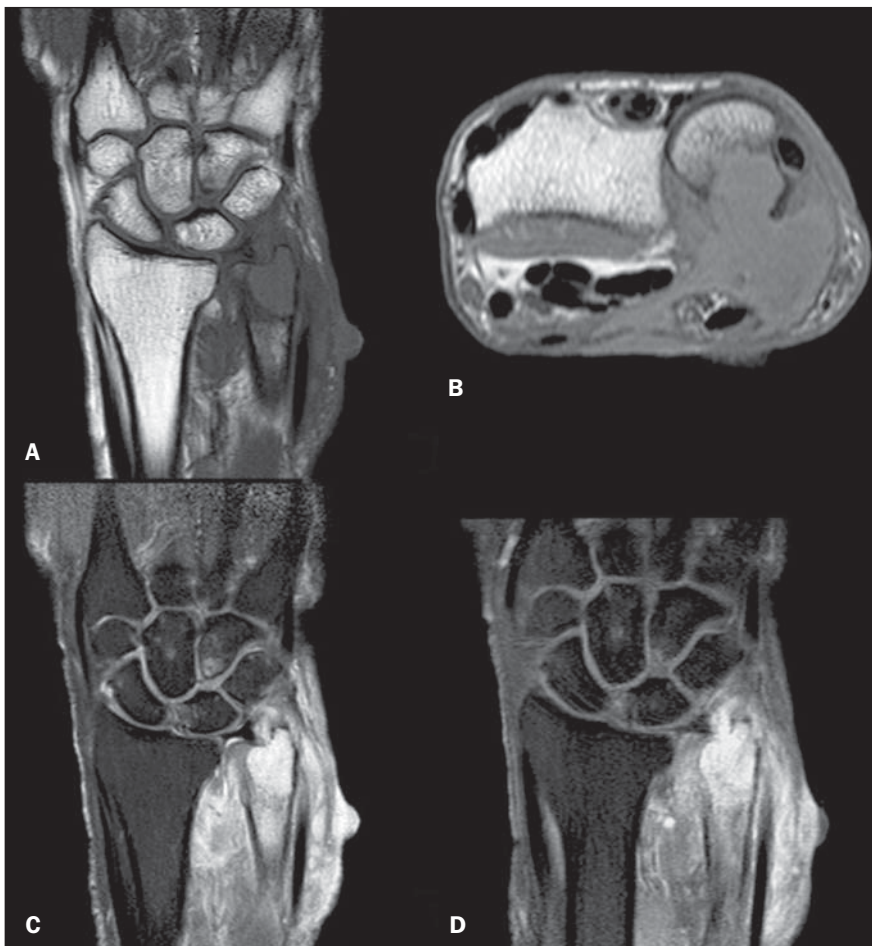


Figura 2. RM do punho direito. **A,B:** Imagens nos planos coronal e axial T1 mostram sinal intermediário na medula óssea da ulna distal, com destruição cortical e trajeto fistuloso. **C:** Imagem no plano coronal T2 revela importante edema da medula óssea e extensão do processo infeccioso às partes moles. **D:** Imagem no plano coronal T1 pós-contraste demonstra realce da medular óssea, bem como da musculatura e do subcutâneo adjacentes.

direito, recebeu alta com sulfametoxazol-trimetoprim, mantendo acompanhamento regular no ambulatório.

DISCUSSÃO

A paracoccidiodomicose acomete principalmente adultos na fase mais produtiva da vida, ocasionando grande impacto social e econômico. Mais de 90% ocorre no sexo masculino^(1,4) e configura importante problema de saúde pública, por causa do seu alto potencial incapacitante e alta mortalidade nos casos disseminados^(4,5). Não há dados epidemiológicos precisos sobre a doença no Brasil, pelo fato de a doença não ser de notificação compulsória⁽⁶⁾.

A paracoccidiodomicose pode manifestar-se em diversos órgãos, principalmente pulmões, pele, mucosas e linfonodos. O pulmão é o órgão mais acometido⁽⁷⁾, sendo observadas alterações radiográficas em 60% nos casos agudos e em até 80% nos casos crônicos⁽⁸⁾. As alterações pulmonares mais comuns são as pequenas opacidades e geralmente há distribuição bilateral e simétrica das lesões⁽⁴⁾. O acometimento ósseo é extremamente raro^(3,9-11).

Tipicamente, apresenta-se como uma área lítica bem definida, com ou sem halo de esclerose, podendo acometer qualquer osso, com ou sem envolvimento de partes moles. Geralmente é multifocal. O diagnóstico diferencial inclui outras doenças in-

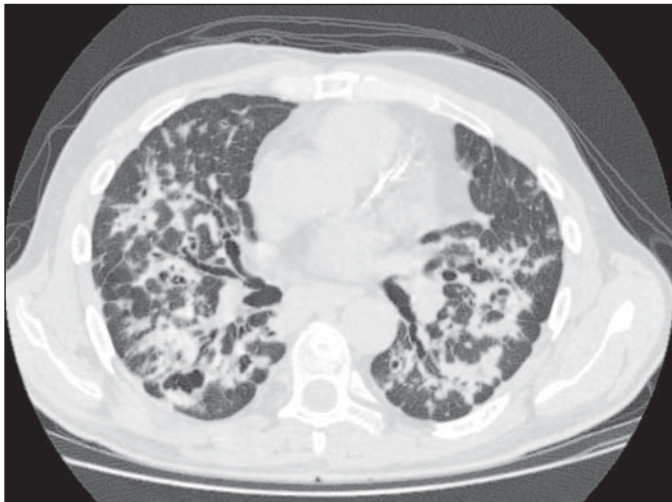


Figura 3. TCAR de tórax mostra opacidades confluentes bilaterais nos campos pulmonares, nódulos cavitados e espessamento de paredes brônquicas.

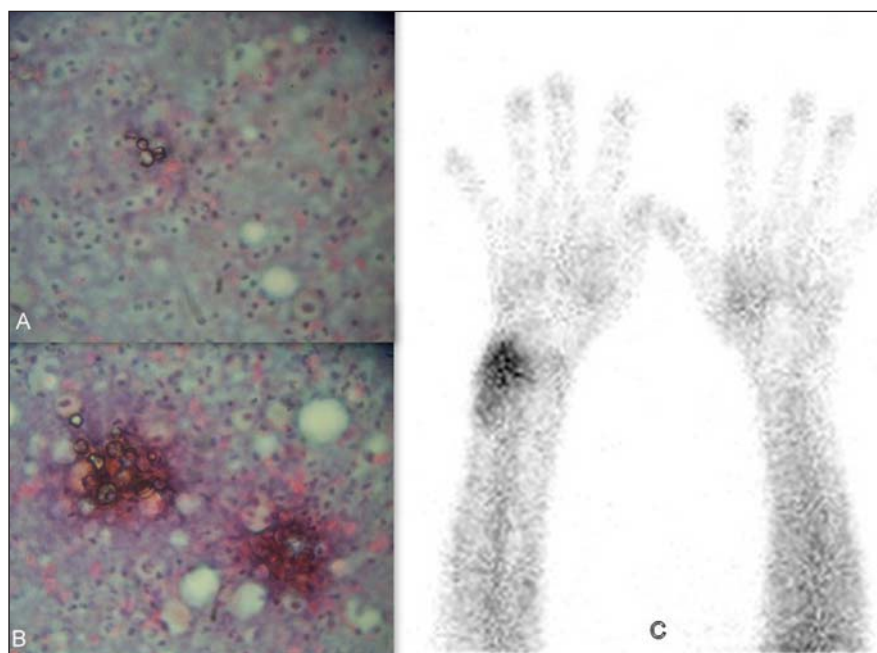


Figura 4. Cintilografia e citologia do punho direito. **A, B:** Citologia da secreção do punho direito mostra grande número de fungos, compatíveis com *Paracoccidiooides brasiliensis*. **C:** Captação significativa do radiofármaco no punho distal, indicando doença em atividade.

fecciosas, como osteomielite bacteriana crônica e tuberculose, e tumores primários ou metastáticos, como linfoma e osteossarcoma.

A localização da doença é consequência da disseminação hematogênica. Foi descrita inicialmente por Pereira e Vianna

em 1911, em um caso com múltiplas lesões ósseas, incluindo esterno, costelas, crânio, fíbula, articulação esternoclavicular e ombro. Há poucos casos de comprometimento ósseo único descritos na literatura.

Em muitos casos, a osteomielite decorrente da paracoccidioomicose é um diag-

nóstico tardio, resultando em alta morbidade e mortalidade.

Estudos de imagem são úteis para avaliação da extensão da doença. Áreas suspeitas devem ser investigadas radiologicamente, e cintilografias ósseas podem estudar o corpo inteiro. Cintilografia com gálio pode detectar atividade inflamatória.

Portanto, a identificação de alterações de imagem na osteomielite pela paracoccidioomicose é de grande importância para o diagnóstico e tratamento precoces, reduzindo a morbidade.

REFERÊNCIAS

1. Shikanai-Yasuda MA, Telles Filho FQ, Mendes RP, et al. Consenso em paracoccidioomicose. Rev Soc Bras Med Trop. 2006;39:297-310.
2. Souza AS Jr, Gasparetto EL, Davaus T, et al. High-resolution CT findings of the 77 patients with untreated pulmonary paracoccidioomicose. AJR Am J Roentgenol. 2006;187:1248-52.
3. Pereira GH, Santos AQ, Park M, et al. Bone marrow involvement in a patient with paracoccidioomicose: a rare presentation of juvenile form. Mycopathologia. 2010;170:259-61.
4. Moraes CS, Queiroz-Telles F, Marchiori E, et al. Análise das alterações radiográficas pulmonares durante a terapêutica da paracoccidioomicose. Radiol Bras. 2011;44:20-8.
5. Coutinho ZF, Silva D, Lazera M, et al. Paracoccidioomicose mortality in Brazil (1980-1995). Cad Saúde Pública. 2002;18:1441-54.
6. Martinez R. Paracoccidioomicose: the dimension of the problem of a neglected disease. Rev Soc Bras Med Trop. 2010;43:480.
7. Muniz MAS, Marchiori E, Magnago M, et al. Paracoccidioomicose pulmonar - aspectos na tomografia computadorizada de alta resolução. Radiol Bras. 2002;35:147-54.
8. Tobón AM, Agudelo CA, Osorio ML, et al. Residual pulmonary abnormalities in adult patients with chronic paracoccidioomicose: prolonged follow-up after itraconazole therapy. Clin Infect Dis. 2003;37:898-904.
9. Fulciniti F, Troncone G, Fazioli F, et al. Osteomyelitis by *Paracoccidiooides brasiliensis* (South American blastomycosis): cytologic diagnosis on fine-needle aspiration biopsy smears: a case report. Diagn Cytopathol. 1996;15:442-6.
10. Krivoy S, Belfort EA, Mondolfi A, et al. Paracoccidioomicose of the skull. Case report. J Neurosurg. 1978;49:429-33.
11. Nogueira SA, Guedes AL, Wanke B, et al. Osteomyelitis caused by *Paracoccidiooides brasiliensis* in a child from the metropolitan area of Rio de Janeiro. J Trop Pediatr. 2001;47:311-5.