

# Perfil clínico-epidemiológico dos pacientes portadores de paracoccidioomicose no Serviço de Estomatologia do Hospital São Lucas da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul

Clinical-epidemiologic profile of paracoccidioomycosis at the Stomatology Department of São Lucas Hospital, Pontifícia Universidade Católica of Rio Grande do Sul

Flaviana Dornela Verli<sup>1</sup>, Sandra Aparecida Marinho<sup>1</sup>, Sílvio Correa de Souza<sup>2</sup>, Maria Antonia Zancanaro de Figueiredo<sup>3</sup> e Liliane Soares Yurgel<sup>3</sup>

## RESUMO

*No presente estudo, são descritas as características clínicas e epidemiológicas de 61 casos de paracoccidioomicose, atendidos no Serviço de Estomatologia do Hospital São Lucas da PUCRS, no período de junho de 1976 a junho de 2004. O Rio Grande do Sul é considerado uma região endêmica da doença devido às condições eco-epidemiológicas para o desenvolvimento do fungo. Observou-se que a doença ocorreu em 58 (95%) homens e 3 (5%) mulheres, predominando a faixa etária de 40 a 59 anos (70,5%), e a profissão vinculada à agricultura em 27 (44,3%) pacientes. O hábito de fumar foi prevalente em 52 (85,3%) pacientes da amostra e muitos eram, também, etilistas. Todos os casos apresentavam manifestações estomatológicas, sendo que as lesões orais ocorreram predominantemente com aspecto ulcerado e moriforme, observadas em vários sítios anatômicos. As evidências radiográficas de lesões pulmonares estavam presentes em 32 (65,3%) radiografias avaliadas.*

**Palavras-chaves:** Paracoccidioomicose. Paracoccidioides brasiliensis. Epidemiologia. Lesão oral. Estomatologia.

## ABSTRACT

*The aim of the article was to describe clinical and epidemiological features of 61 oral paracoccidioomycosis cases from the Stomatology Department of São Lucas Hospital, analyzed from July 1976 to June 2004. The State of Rio Grande do Sul is an endemic region due to ecoepidemiologic conditions, that are favorable for the development of the yeast. Men are the most affected gender, with 58 (95%) affected compared to 3 (5%) women. It is most prevalent (70.5%) between 40 and 59 years of age. Agricultural labor was the most common occupation with 27/61 (44.3%) patients. Tobacco smoking was prevalent in 52 (85.3%) of the sample, and alcoholism was a frequent finding. All the patients showed stomatologic manifestations, with ulcers and mulberry-like stomatitis the most prevalent, these oral lesions were also observed in many anatomical sites. Alterations were present in 32 (65.3%) of the pulmonary radiographs.*

**Key-words:** Oral Paracoccidioomycosis. Paracoccidioides brasiliensis. Epidemiology. Oral lesion. Stomatology.

1. Curso de Pós-Graduação em Estomatologia Clínica da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS. 2. Curso de Extensão em Estomatologia Clínica da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS. 3. Serviço de Estomatologia do Hospital São Lucas da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS.

**Endereço para correspondência:** Dr<sup>a</sup> Maria Antonia Zancanaro de Figueiredo. Serviço de Estomatologia/PUCRS. Av. Ipiranga 6690/231, 90610-000 Porto Alegre, RS, Brasil.

Tel: 51 3320-3000 Ramal 2554

e-mail: mazfig@terra.com.br

Recebido em 3/6/2004

Aceito em 5/3/2005

A paracoccidiodomicose (PCM) é uma doença sistêmica de natureza granulomatosa<sup>7 12 22</sup>, causada pelo fungo dimórfico *Paracoccidioides brasiliensis*<sup>12</sup>, encontrado nas regiões tropicais e subtropicais da América Latina<sup>20</sup>.

A infecção é autóctone (natural do país em que habita e proveniente das raças que ali sempre habitaram) e restrita ao continente americano<sup>16 18</sup>. A incidência da doença no Brasil, maior detentor dos casos, é considerada endêmica<sup>8</sup>, sendo observada nos estados do Rio Grande do Sul, Paraná<sup>11 17</sup>, São Paulo, Rio de Janeiro, Minas Gerais<sup>1 23</sup>, Mato Grosso do Sul<sup>18</sup> e regiões de cerrado de Goiás e Mato Grosso<sup>4</sup>.

A PCM crônica é a forma clínica clássica, afetando preferencialmente trabalhadores rurais<sup>14</sup> do gênero masculino, entre 30 e 50 anos de idade<sup>9</sup>. Tem progressão lenta, com perda de peso, febre, e sintomas respiratórios inespecíficos como tosse e expectoração<sup>21</sup>.

A doença é contraída pela inalação do fungo<sup>7 10</sup>, sendo que lesões da mucosa oral são consideradas secundárias à disseminação do agente a partir dos pulmões<sup>10 15</sup>. Embora as manifestações estomatológicas sejam o principal motivo da consulta para tratamento, a teoria da porta de entrada através de traumatismos envolvendo a mucosa, atualmente está descartada<sup>24</sup>. No entanto, é possível, que em alguns casos, haja penetração do fungo pela mucosa ou mesmo por ulcerações orais. Contudo, experimentos em animais não sustentam essa hipótese, quer pela dificuldade de se obter doença generalizada, com inoculação através da mucosa, ou pelo surgimento de lesões em focinho e região anorretal de cobaios inoculados por via intracardiaca<sup>13</sup>.

As lesões estomatológicas apresentam-se exulceradas e ulceradas, de contornos e bordas irregulares, com superfície granulomatosa, de fundo amarelado, entremeadas por pontos hemorrágicos que lhe conferem aspecto moriforme<sup>13 23</sup>. Estas são espontaneamente dolorosas durante a mastigação, prejudicando a higiene oral e contribuindo efetivamente para a depleção do quadro nutricional do paciente<sup>4 12</sup>. A cicatrização das lesões provoca microstomia de intensidade variável como seqüela da PCM<sup>12</sup>.

O conhecimento dessa doença é de grande interesse odontológico, uma vez que, entre suas manifestações, as lesões orais concorrem para sua caracterização clínica e condicionam a necessidade de participação do cirurgião-dentista no diagnóstico e na terapêutica desta micose<sup>6</sup>.

Diante do exposto, a realização desse trabalho foi baseada principalmente na elevada incidência de PCM em determinadas regiões do Rio Grande do Sul e o fato da maioria dos casos da doença apresentarem comprometimento estomatológico.

## MATERIAL E MÉTODOS

Este trabalho é um estudo retrospectivo, consistindo de 61 prontuários de pacientes examinados e acompanhados no Serviço de Estomatologia e Prevenção do Câncer Buco Maxilo Facial do Hospital São Lucas da PUCRS, em Porto

Alegre, RS, no período entre junho de 1976 a junho de 2004. Em todos os casos, os pacientes apresentaram lesões mucosas de PCM, onde as manifestações estomatológicas foram o motivo da primeira consulta. O diagnóstico dos casos foi obtido a partir de exame clínico associado à biópsia incisiva e, em alguns casos, também ao esfregaço citológico da lesão. Analisaram-se os dados relacionados à idade, sexo, procedência de origem, atividade profissional, tempo de evolução das lesões, presença de tosse e emagrecimento, hábitos, tipo de lesão oral, sítios anatômicos, presença de linfadenopatia e de lesão pulmonar.

Para a classificação das cidades de procedência dos pacientes, foi traçada uma linha imaginária unindo as cidades de Porto Alegre a Uruguaiana, que dividiu o estado do Rio Grande do Sul em duas regiões, norte e sul.

A análise dos dados obtidos foi realizada por meio de estatística descritiva.

## RESULTADOS

Dos 61 pacientes examinados, 35 (57,4%) foram referenciados ao Serviço de Estomatologia por médicos, 18 (29,5%) encaminhados por cirurgiões-dentistas, e 8 (13,1%) apresentaram-se ao serviço sem qualquer encaminhamento.

A faixa etária variou de 29 a 75 anos, com 43 (70,5%) portadores de PCM apresentando entre 40 e 59 anos de idade. A amostra possuía 58 (95%) homens e 3 (5%) mulheres.

A procedência de 45 (73,7%) pacientes era da região norte do estado do Rio Grande do Sul, área tipicamente agrícola. Dos 61 pacientes, 27 (44,3%) realizavam ou já haviam exercido em algum momento de suas vidas, atividades ocupacionais ligadas a terra. Outras atividades foram referidas pelos pacientes, sendo as mais prevalentes: pedreiro (6 pacientes), operador de máquina (4 pacientes), carpinteiro (3 pacientes), serviços gerais (3 pacientes), servente (2 pacientes), funcionário público (2 pacientes).

O tempo de evolução da queixa principal de 52 (85,3%) portadores de PCM variou de 1 mês a 12 meses, com maior incidência aos 2 meses (11 pacientes) e 3 meses (8 pacientes).

Como sintoma referido pelos pacientes, 21 (34,4%) relataram emagrecimento e 24 (39,3%) apresentaram tosse. Do total, 46 (75,4%) pacientes apresentaram linfadenopatia inflamatória nas cadeias ganglionares regionais.

O tabagismo como único vício foi mencionado em 24 (39,4%) casos, enquanto 28 (45,9%) pacientes relataram ser etilistas e tabagistas, simultaneamente, e 9 (14,7%) não referiram hábito nocivo.

As manifestações estomatológicas estavam presentes em toda a amostra, sendo que 23 (41,4%) lesões apresentavam aspecto moriforme e 34 (59,6%) na forma predominantemente ulcerada. A macroqueilia foi identificada em 21 (34,4%) pacientes. Quarenta (65,6%) pacientes apresentaram lesões múltiplas, com média de 3,9 lesões por paciente. Vinte e um pacientes (34,4%) possuíam uma única manifestação estomatológica.

Contatou-se neste estudo que alguns pacientes apresentaram lesões únicas acometendo mais de um sítio anatômico, e outros apresentavam lesões múltiplas, acometendo vários sítios anatômicos (Tabela 1).

**Tabela 1 - Distribuição de portadores de paracoccidiodomicose em relação ao sítio anatômico das lesões.**

Sítio Anatômico	Lesão única		Lesões múltiplas	
	nº	%	nº	%
Gengiva/rebordo	12	33,3	27	20,6
Palato (duro e mole)	11	30,5	27	20,6
Mucosa jugal	2	5,6	23	17,6
Língua	2	5,6	20	15,3
Assoalho bucal	2	5,6	14	10,7
Orofaringe	5	13,8	10	7,6
Mucosa labial	2	5,6	8	6,1
Fundo de sulco	-	-	2	1,5
<b>Total</b>	<b>36</b>	<b>100,0</b>	<b>131</b>	<b>100,0</b>

n=167.

Fonte: Serviço de Estomatologia do Hospital São Lucas da PUCRS, Porto Alegre, 2004

Quanto às localizações anatômicas das lesões, 39 (63,9%) pacientes apresentaram lesões em gengiva e rebordo alveolar; 38 (62,3%) pacientes em palato duro e mole; 25 (41%) pacientes em mucosa jugal; 22 (36%) pacientes em língua; 16 (26,2%) pacientes em assoalho bucal; 15 (24,6%) pacientes em orofaringe; 10 (16,4%) pacientes em mucosa labial; e 2 (3,3%) em fundo de sulco vestibular (Tabela 2).

**Tabela 2 - Distribuição de portadores de paracoccidiodomicose em relação ao sítio anatômico das lesões.**

	Localização	
	nº	%
Gengiva/rebordo	39	63,9
Palato (duro e mole)	38	62,3
Mucosa jugal	25	41
Língua	22	36
Assoalho bucal	16	26,2
Orofaringe	15	24,6
Mucosa labial	10	16,4
Fundo de sulco	2	3,3

n=61.

Fonte: Serviço de Estomatologia do Hospital São Lucas da PUCRS, Porto Alegre, 2004

A presença de lesões pulmonares, evidenciadas por meio de radiografias do tórax, foi um achado em 32 (65,3%) de 49 radiografias avaliadas.

Dos 61 pacientes, 47 (77%) foram tratados no Serviço de Estomatologia, onde em 27 (57,5%) utilizou-se especificamente a sulfadiazina, 12 (25,5%) o cetoconazol e 3 (6,4%) o itraconazol. Para 5 (10,6%) pacientes, iniciou-se o tratamento com cetoconazol, sendo posteriormente substituído pela sulfadiazina.

## DISCUSSÃO

A maioria dos casos diagnosticados de PCM, em nossa casuística, ocorreu em indivíduos adultos do gênero masculino, com proporção homem-mulher de 19:1, estando esses dados de acordo com a literatura<sup>1 2 3 10 18</sup>.

O envolvimento dos indivíduos com atividades agrícolas ocorreu em 44,3% dos casos em nossa amostra, concordando com outros autores<sup>1 3 5 18</sup>. As atividades desvinculadas de risco para PCM não excluem o seu diagnóstico, sendo impossível afirmar que o lazer em parques, terrenos baldios e prática de jardinagem nas áreas urbanas de regiões endêmicas estejam isentas de risco<sup>12</sup>.

Há de considerar-se que o homem se expõe mais a reinfecções de PCM e apresenta taxas maiores de etilismo e tabagismo, fatores capazes de interferir na relação agente-hospedeiro<sup>12</sup>. O tabagismo e o etilismo também foram considerados fatores de risco para o desenvolvimento da PCM<sup>8</sup>. De acordo com nossos resultados, o tabagismo exclusivo foi verificado em 39,4% dos pacientes, e esse hábito associado ao etilismo, estava presente em 45,9% dos casos. Há um indicativo que o tabagismo apresenta alta prevalência (90,3%) entre os portadores de PCM<sup>18</sup>.

Em nossa casuística, observou-se linfadenopatia regional em 75,4% dos pacientes, e lesões pulmonares presentes em 65,3% das 49 radiografias avaliadas, assim como os índices obtidos por Araújo e Sousa<sup>1</sup>, que verificaram alterações pulmonares em 50,6% dos casos. Tosse também foi constatada em 39,3% dos pacientes do presente estudo, sendo esses sintomas frequentemente menosprezados e costumeiramente atribuídos ao tabagismo<sup>12</sup>. A radiografia de tórax e avaliação pelo pneumologista torna-se imprescindível, estando assim de acordo com o protocolo do nosso Serviço.

As lesões orais estavam presentes em todos os pacientes da amostra, sendo a maioria observada em mais de um sítio anatômico (40 pacientes). As localizações mais frequentes foram gengiva e rebordo alveolar, seguidas do palato duro e mole, mucosa jugal e língua. A presença de macroqueilia foi verificada em 34,4% dos casos. O aspecto clínico característico de estomatite moriforme, foi uma freqüente manifestação estomatológica da doença na nossa amostra, assim como em outros estudos<sup>7 23</sup>. Em nosso Serviço, por ser especializado em Estomatologia, 100% dos casos apresentaram lesões orais, que ocorreram na forma crônica da doença<sup>18</sup>. Em outra casuística, os sítios anatômicos observados em 70% dos prontuários de pacientes foram o processo alveolar e gengiva, seguido do palato; e em 30% desses verificou-se a presença de lesões múltiplas. Esses dados estariam subestimados, de acordo com os autores<sup>2</sup>, devido à anotação restrita ao local da biópsia no prontuário, não relatando os demais sítios anatômicos envolvidos.

A incidência de manifestações orais da PCM é consideravelmente alta e o tratamento é multidisciplinar<sup>19</sup>. Dos 47 pacientes tratados pelo Serviço de Estomatologia, a maioria (57,5%) desses utilizou a sulfadiazina. Atualmente, o itraconazol, apesar de demonstrar altas taxas de cura com poucas recidivas e reações adversas<sup>13</sup>, devido ao seu alto custo, é prescrito de forma restrita aos pacientes. O acesso do paciente à obtenção da droga foi considerado na escolha terapêutica, uma vez que a terapia medicamentosa é prolongada e geralmente os pacientes acometidos pertencem a classes sócio-econômicas baixas.

O diagnóstico precoce da PCM é importante, a fim de serem evitadas, pela instituição de uma terapêutica precoce, as formas

mais avançadas e mutilantes dessa doença. Portanto, é fundamental o papel do cirurgião-dentista no diagnóstico e tratamento da paracoccidiodomicose, uma vez que os pacientes buscam o atendimento devido às manifestações estomatológicas dessa doença.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Araújo MS, Sousa SCOM. Análise epidemiológica de pacientes acometidos com paracoccidiodomicose em região endêmica do estado de Minas Gerais. *Revista da Pós Graduação* 7:22-26, 2000.
2. Bicalho RN, Espírito Santo MF, Ferreira de Aguiar MC, Santos VR. Oral paracoccidiodomycosis: a retrospective study of 62 Brazilian patients. *Oral Diseases* 7:56-60, 2001.
3. Blotta MHSL, Mamoni RL, Oliveira SJ, Nouér SA, Papaiordanou PMO, Gouveia A, Camargo ZP. Endemic regions of paracoccidiodomycosis in Brazil: a clinical and epidemiologic study of 584 cases in the southeast region. *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene* 61: 390-394, 1999.
4. Cerri A, Silva CEXSR, Pacca FO. Paracoccidiodomicose: aspectos de interesse para o cirurgião-dentista. *Revista Paulista de Odontologia* 20: 19-24, 1998.
5. Coutinho ZE, Silva D, Lazéra M, Petri V, Oliveira RM, Sabroza PC, Wanke B. Paracoccidiodomycosis mortality in Brazil (1980-1995). *Cadernos de Saúde Pública* 18: 1441-1454, 2002.
6. Fonseca JB. Considerações sobre três casos de blastomicose sul-americana com lesões ósseas. *Revista Paulista de Medicina* 12:161, 1989.
7. Franco M, Lacaz CS, Restrepo-Moreno A, Del Negro G. *Paracoccidiodomycosis*. Boca Raton, CRC Press, 1994.
8. Lacaz CS. Passado, presente e futuro da paracoccidiodomicose. *Revista de Patologia Tropical* 12: 37-52, 1983.
9. Londero AT. *Epidemiologia da blastomicose Sul-Americana*. São Paulo, Sarvier-EDUSP, 1982.
10. Londero AT, Del Negro G. Paracoccidiodomicose - patogenia, formas clínicas, manifestações pulmonares, diagnóstico e tratamento. *Jornal de Pneumologia* 12:41-60, 1986.
11. Maluf ML, Pereira SR, Takahachi G, Svidzinski TI. Prevalence of paracoccidiodomycosis infection determined by sorologic test in donors' blood in the Northwest of Parana, Brazil. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical* 36:11-16, 2003.
12. Marques SA, Camargo RMP. Paracoccidiodomicose. *In: Zaitz C, Marques SAA, Ruiz LRB, Souza VM (eds) Compêndio de Micologia Médica*, Rio de Janeiro, Medsi, p. 231-263, 1998.
13. Martinez R. Paracoccidiodomicose. *In: Sidrim JJC, Rocha MFG (eds) Micologia médica à luz de autores contemporâneos*, Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, p. 204-221, 2004.
14. Martinez R, Moya MJ. Associação entre paracoccidiodomicose e alcoolismo. *Revista de Saúde Pública* 26:12-16, 1992.
15. McEwen JG, Bedoya V, Patino MM, Salazar ME, Restrepo A. Experimental murine paracoccidiodomycosis and induced by inhalation of conidia. *Journal of Medical and Veterinary Mycology* 25:165-175, 1987.
16. Negroni R. Paracoccidiodomycosis. *International Journal of Dermatology* 32: 847-859, 1993.
17. Pagliari AV, Arce GAT, Piazzetta CM. Aspectos clínicos das lesões de paracoccidiodomicose na mucosa bucal. *Dens (Curitiba)* 11: 41-48, 1995.
18. Paniago AM, Aguiar JI, Aguiar ES, da Cunha RV, Pereira GROL, Londero AT, Wanke B. Paracoccidiodomycosis: a clinical and epidemiological study of 422 cases observed in Mato Grosso do Sul. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical* 36: 455-459, 2003.
19. Pontes FSC, Pontes HAR, Moreira CR, Danin GA, Pereira EM. Paracoccidiodomicose - aspectos gerais e relatos de caso. *Revista Brasileira de Cirurgia e Implantodontia* 7: 73-77, 2000.
20. Restrepo AM. Ecology of *Paracoccidioides brasiliensis*. *In: Franco M, Lacaz CS, Restrepo-Moreno A, Del Negro G (eds) Paracoccidiodomycosis*, Boca Raton, CRC Press, p.121-130, 1994.
21. Severo LC. Paracoccidiodomicose. *In: Severo LC (eds) Compêndio de Pneumologia*, São Paulo, BYK, 2 edição, p.601-606, 1991.
22. Sposto MR, Giannini MLM, Moraes RA, Branco FC, Scully C. Paracoccidiodomycosis manifesting oral lesions: a clinical, cytological and serological investigation. *Journal of Oral Pathology and Medicine* 23: 85-87, 1994.
23. Sposto MR, Scully C, Almeida OP, Jorge Junior J, Graner E, Bozzo L. Oral paracoccidiodomycosis: a study of 36 South American patients. *Oral Surgery Oral Medicine Oral Pathology* 75: 461-465, 1993.
24. Svidzinski TIE, Martins ACM, Caçador NP. Um caso clínico de paracoccidiodomicose: importância da biópsia em seu diagnóstico. *Revista da Universidade de Marília* 19: 611-624, 1997.