

**heaa**

**fbpn**

**fmc**

---

**Serviço e Disciplina de Clínica Médica**

**Sessão Clínica- 13/05/2024**

**Auditório Honor de Lemos Sobral- Hospital Escola Álvaro Alvim**

**Orientadores: Prof. Ricardo Gomes de Vasconcellos (Clínica Médica)**

**Dr<sup>a</sup> Roberta Cesário Carneiro (Dermatologia)**

**Relator: R2- Victor Cunha Ribeiro**

**Debatedor: R1- João Victor Barcelos Durce**

---

- **IDENTIFICAÇÃO:** Sexo feminino, 52 anos, parda, doméstica, casada, natural e residente em Campos dos Goytacazes (RJ).
- **QP:** “machucados na cabeça”.
- **HDA:** Há 01 ano, surgiram lesões dolorosas e pruriginosas, com saída de secreção purulenta no couro cabeludo, sendo medicada várias vezes nas unidades de emergência com antibióticos orais e antiinflamatórios. Em algumas ocasiões, foi internada para antibioticoterapia venosa, evoluindo com discreta melhora da dor, mas com persistência das alterações cutâneas. Não apresentou febre. Refere emagrecimento de mais ou menos 06 kg nesse período. Há 03 anos, observou surgimento de pequena ferida assintomática no nariz, fazendo uso de medicação tópica para micose, por conta própria e por vezes prescrita por médicos. Concomitantemente, surgiram “caroços no pescoço”, que drenavam pus. Na primeira consulta no ambulatório de Dermatologia, trouxe laudo de biópsia nasal, que descrevia estruturas com caracteres de ácaros *Demodex folliculorum*, favorecendo hipótese clínica inicial de rosácea. Não foi realizada biópsia de linfonodo. Sem obter melhora clínica após algumas semanas de acompanhamento ambulatorial, foi indicada internação hospitalar para prosseguir investigação diagnóstica.

- **HPP:** Sem co-morbidades. Não faz uso de medicação regular. Nega cirurgias prévias ou diagnóstico de câncer. Sem histórico de alergias. Catapora na infância.
- **História Fisiológica:** G3P3A0. Faz exame preventivo anualmente. Menopausa aos 48 anos.
- **História Familiar:** Sem histórico de neoplasias e doenças semelhantes.
- **História Social:** Boas condições de moradia, higiene e nutrição. Nega etilismo e tabagismo. Não desempenha atividades em ambiente rural, porém morou em sítio até os 10 anos de idade. Sem comportamento sexual de risco.

- **EXAME FÍSICO:** Paciente emagrecida, IMC: 20 kg/m<sup>2</sup>. Lúcida, orientada, interagindo adequadamente com o examinador. PA: 110X80mmhg FC: 88 bpm Tax: 36,8° C, FR:18 irm SatO<sup>2</sup>: 97%.Hipocorada 2+/4+, hidratada, acianótica, anictérica.
- **AR:** MV audível bilateralmente, sem RA
- **ACV:** RCR2T BNF sem sopros.
- **ABD:** Plano, peristalse normal, flácido, indolor a palpação, Traube maciço.
- **MMII:** Sem edemas, panturrilhas livres, pulsos periféricos palpáveis.
  
- Linfonodos palpáveis em cadeias cervical anterior, supraclaviculares, axilar esquerda e inguinais, de consistência endurecida, indolores e não aderidos aos planos profundos, sendo os maiores com aproximadamente 02 cm. Sem sinais flogísticos ou de fistulização.
  
- **Pele e fâneros:** Lesões exulceradas e ulceradas, recobertas por crostas espessas, drenando abundante secreção purulenta em praticamente todo o couro cabeludo, poupando apenas região occipital. Lesão infiltrada com base eritematosa e crosta aderida na ponta nasal.
  
- **Exame neurológico:** Sem alterações

- Exames Laboratoriais:
- PCR: 54 mg/L (até 06mg/L)
- VHS: 89 mm (até 10mm)
- Glicose: 85 mg/dl
- Ureia: 36 mg/dl
- Creatinina: 1,3 mg/dl
- Sódio: 139 mEq/L
- Potássio: 3,7 mEq/L
- Rx de Tórax: normal

 HEMACIAS	0 ~ 0	2,64
 HEMOGLOBINA	0 ~ 0	7,60
 HEMATOCRITO	0 ~ 0	22,20
 VCM	0 ~ 0	84,09
 HCM	0 ~ 0	28,79
 CHCM	0 ~ 0	34,23
 LEUCOCITOS	0 ~ 0	6.400
 BASOFILOS	0 ~ 0	0
 EOSINOFILOS	0 ~ 0	1
 METAMIELOCITOS	0 ~ 0	0
 BASTOES	0 ~ 0	0
 SEGMENTADOS	0 ~ 0	48
 LINFOCITOS TIPICOS	0 ~ 0	50
 MONOCITOS	0 ~ 0	1
OBS1	0 ~ 0	Obs.: Hipocromia acentuada.
OBS2	0 ~ 0	Obs.: Leucometria Global: Repetido e confirmado.



- 
- – **Discutir hipóteses diagnósticas e conduta –**
- 

# HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS

---



## **Lesão cutânea**

## **Acometimento sistêmico**

Perda de peso, anemia, linfonomegalia  
generalizada e esplenomegalia

- ✓ **Linfoma cutâneo?**
- ✓ **Tuberculose extrapulmonar?**
- ✓ **Infecção fúngica?**
- ✓ **Leishmaniose?**

# Micose fungoide

- ✓ Incidência maior em homens entre 55 e 65 anos;
- ✓ Tipo mais comum de linfoma cutâneo primário;
- ✓ Início insidioso e evolução indolente;
- ✓ Costuma acometer áreas cobertas;
- ✓ Patch → Placas → Ulceras
- ✓ Pouco acometimento linfonodal ou visceral;

# Síndrome de Sézary

- ✓ Muito rara;
- ✓ Mais comum em homens após 50 anos;
- ✓ Evolução rápida com baixa sobrevida em doença avançada;
- ✓ Células de Sézary;
- ✓ Gravidade de acordo com quantidade de células de Sézary;
- ✓ Eritrodermia, úlceras cutâneas, coceira, ectropio, linfadenopatia, hepatoesplenomegalia;

# Tuberculose extrapulmonar

- ✓ 10 a 40% dos casos de TB;
- ✓ Pode acometer gânglios linfáticos, ossos, pele, fígado, meninges, trato genitourinário, TGI e peritônio;
- ✓ TB ganglionar é a forma extrapulmonar mais comum;
  - Tumefação indolor dos linfonodos, em geral em locais supraclaviculares e cervicais. Discretos no estágio inicial da doença, mas evoluem, com o tempo, para massa indolor coalescente e podem resultar em um trajeto fistuloso drenando material caseoso.
- ✓ Escrofuloderma;

Coccidioidomycose

Histoplasmosose

Blastomycose

Esporotricose

Paracoccidioidomycose

# Leishmaniose

## → CUTANEA

- Lesão de pele no local da picada do mosquito;
- Forma papula que ulcera e cresce (onde concentram os parasitas);
- Ulceras indolores;
- Cicatrizam de forma espontânea após meses;

## → VISCERAL

- Clínica acontece meses após infestação do parasita;
- Linfonodomegalias;
- Febre irregular;
- Hepatosplenomegalia;
- Pancitopenia;
- Hipergamaglobulinemia policlonal com uma razão albumina:globulina invertida;

# Conduatas

- ✓ Sorologias de HIV, HTVL, CMV, Epstein Barr, histoplasmose, coccidiomicose, esporotricose, leishmaniose, paracoccidioidomicose
- ✓ Investigar anemia
- ✓ Solicitar plaquetas, LDH, BT e frações, transaminases, coagulograma, PTN totais e frações, eletroforese de proteínas, galactomanana (2 dosagens)
- ✓ TC de região cervical, torax, abdome e pelve

- ✓ IGRA e PPD
- ✓ Hemoculturas (com pesquisa para fungos)
- ✓ Biopsia de pele
- ✓ Biopsia de linfonodo
- ✓ Imunohistoquímica

# REFERÊNCIAS

---

- ✓ JAMESON, J. L. et al. Medicina interna de Harrison. 20. ed. Porto Alegre: AMGH, 2020. 2 v.
- ✓ Goldman, Lee e Andrew I. Schafer. *Goldman-Cecil Medicina*. Disponível em: Minha Biblioteca, (26<sup>a</sup> edição). Grupo GEN, 2022.

## # HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS\*\*

- DOENÇA LINFOPROLIFERATIVA (LINFOMA)
- DOENÇA INFECCIOSA CRÔNICA ( TUBERCULOSE CUTÂNEA E GANGLIONAR, ESPOROTRICOSE, PARACOCCIDIOIDOMICOSE MISTA)
- SIDA + INFECÇÃO OPORTUNISTA

## # AMBULATÓRIO DE DERMATOLOGIA\*

- **Swab da secreção do couro cabeludo para exame micológico direto e cultura fúngica, bacteriana + antibiograma.**
- **Revisão de lâmina da biópsia de lesão nasal, uma vez que o diagnóstico de rosácea não era compatível com a clínica da paciente. Medicada com vaselina salicilada a 20% nas crostas do couro cabeludo e shampoo de clorexidine 2% após a coleta do material, além de analgésico e anti-histamínico devido aos sintomas apresentados.**
- **Solicitado laboratório e sorologias**

## # AMBULATÓRIO DE DERMATOLOGIA\*

- O exame micológico direto e cultura fúngica foram negativos, porém houve crescimento de *Pseudomonas* sp sensível a ciprofloxacina.
- Anti-HIV não reagente. HT: 24,8%, Eosinofilia 12%, TGO:46, GAMA GT: 65 E PCR:1,47. Baseado nos exames, foi introduzido antibiótico e mantidas orientações.
- Após 15 dias, retornou ao ambulatório sem melhora, mesmo com antibioticoterapia. Foi indicada internação hospitalar, para prosseguir investigação diagnóstica.

#ValeLembrar

## REGRA MNEMÔNICA PARA O DIFERENCIAL DE MICOSES PROFUNDAS

O diagnóstico diferencial se faz com o carcinoma  
espinocefalar e a síndrome varicelosa **PLECT**

<b>P</b>	=	<b>Paracoccidioidomicose</b>
<b>L</b>	=	<b>Leishmaniose</b>
<b>E</b>	=	<b>Esporotricose</b>
<b>C</b>	=	<b>Cromomicose</b>
<b>T</b>	=	<b>Tuberculose</b>

## # ENFERMARIA DE CLÍNICA MÉDICA\*\*

- **Atualização dos exames laboratoriais**
- **TC de Tórax e Abdome:** Múltiplas linfonodomegalias ovaladas, com centro necrótico, nas regiões supraclaviculares e regiões axilares, destacando-se a maior medindo 2,1 cm de menor eixo em região axilar esquerda. Linfonodomegalia pré-carinal, medindo 1,2 cm de menor eixo. Linfonodo limítrofe em região peri-hilar direita, medindo 1,0 cm de menor eixo. Múltiplas linfonodomegalias com centro necrótico em cadeia para-aórtica esquerda e nas cadeias ilíacas comuns e externas bilateralmente. Destaca-se a maior delas em cadeia ilíaca externa esquerda, medindo 2,5 cm de menor eixo. Observam-se também múltiplas linfonodomegalias de aspecto semelhante nas regiões inguinais, a maior medindo 2,3 cm de menor eixo à direita. Baço de volume discretamente aumentado e densidade preservada, medindo 13,5 cm em maior eixo longitudinal.
- **Biópsia excisional de linfonodo cervical esquerdo**

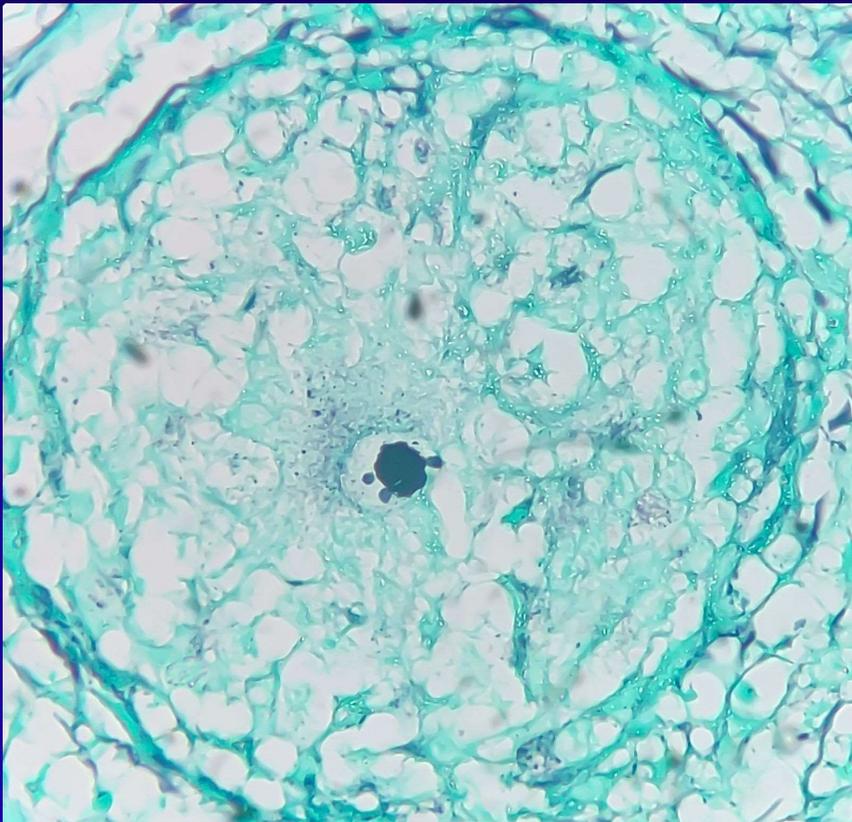
## # ENFERMARIA DE CLÍNICA MÉDICA\*\*

### Plano Terapêutico:

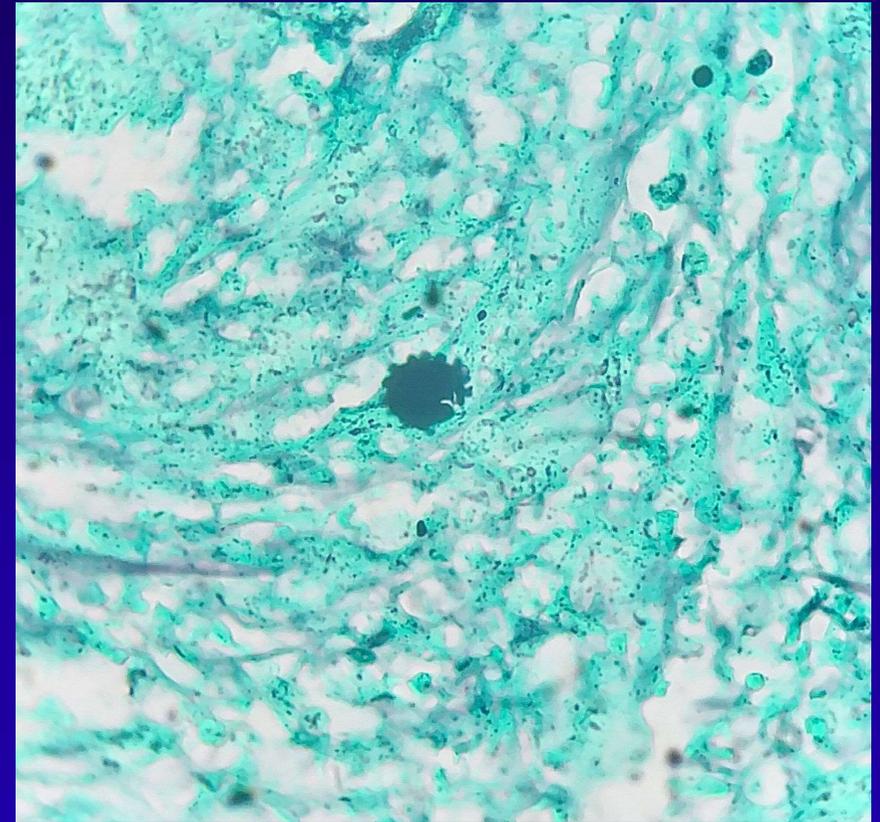
- Iniciado Itraconazol 200mg/dia ( aguardando resultados dos exames específicos)
- Antibioticoterapia com Meropenem (infecção secundária de couro cabeludo)
- Manutenção do tratamento tópico das lesões de couro cabeludo
- Touca de proteção - prevenção de infecções por ectoparasitas
- Apoio psicoterápico

## # ENFERMARIA DE CLÍNICA MÉDICA / DERMATOLOGIA\*

- Resultado da revisão do histopatológico de lesão nasal



40 X



100 X

COLORAÇÃO PELO GROCOTT - ASPECTO EM RODA DE LEME

## # ENFERMARIA DE CLÍNICA MÉDICA / DERMATOLOGIA\*

### Resultado de revisão do histopatológico da lesão de asa nasal esquerda 21/03/2024:

- Dermatite perivascular e perifolicular granulomatosa com ectasia vascular. Presença de raras estruturas arredondadas com borda birrefringente com os caracteres do paracoccidioidis.

## # ENFERMARIA DE CLÍNICA MÉDICA / DERMATOLOGIA\*

### Resultado de histopatológico de linfonodo cervical esquerdo 13/03/24:

- Não há sinais de malignidade. Exibe processo inflamatório crônico granulomatoso com necrose. Presença de estruturas fúngicas compatíveis com *Paracoccidioides brasiliensis*, positivas para Grocott e PAS com diastase.

## # ENFERMARIA DE CLÍNICA MÉDICA / DERMATOLOGIA\*

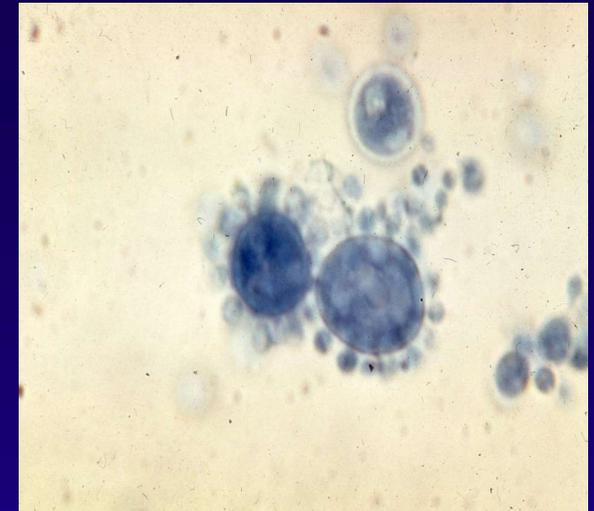
### # Diagnóstico: Paracoccidioidomicose mista

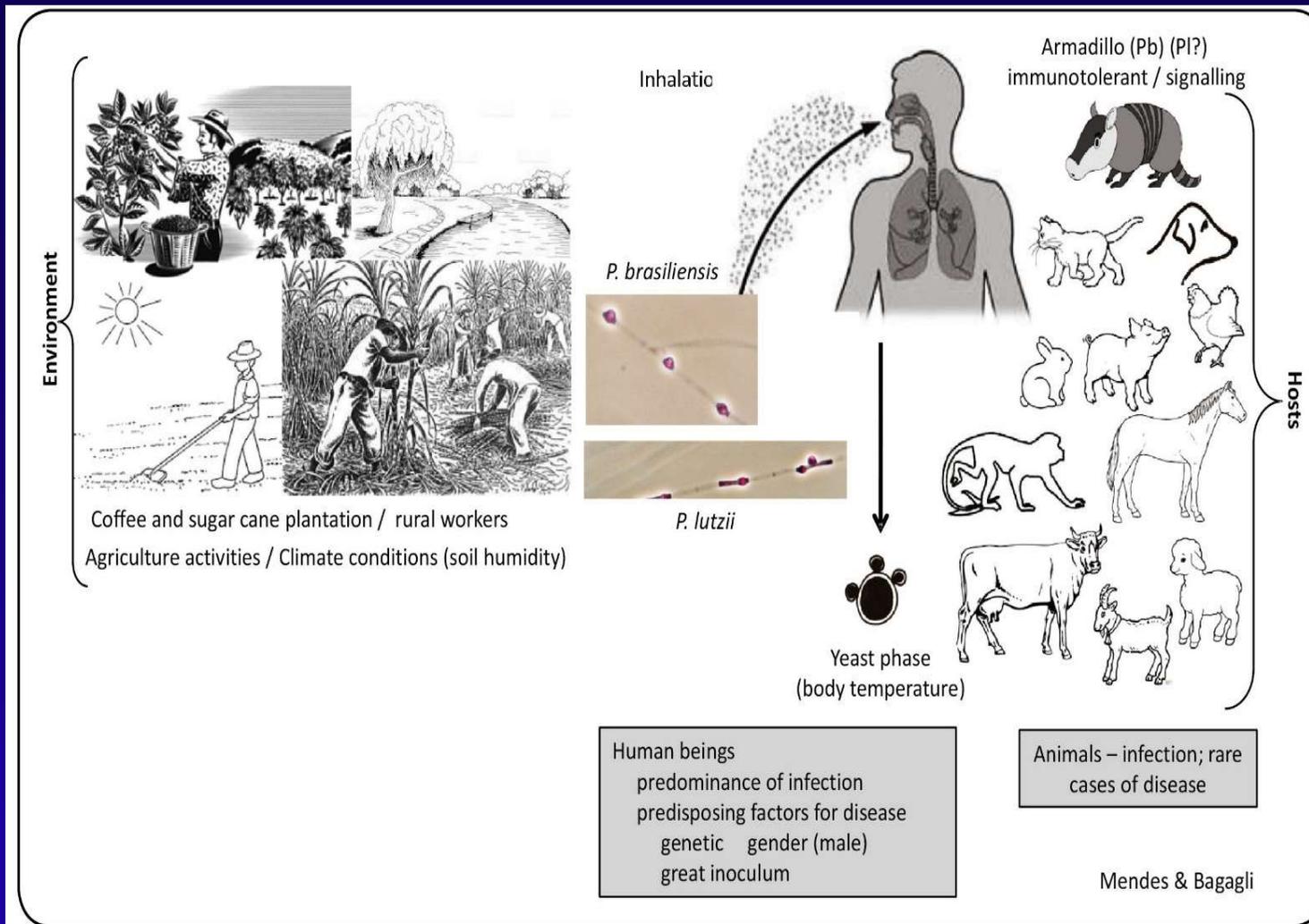
- Iniciada Anfotericina B 0,9mg/kg/dia por 15 dias
- Melhora Clínica expressiva (estado geral e lesões de couro cabeludo)
- Diminuição das linfonodomegalias intra-cavitárias ( TC de tórax e abdome – controle)
- Alta hospitalar para seguimento ambulatorial (Dermatologia e Clínica Médica), com prescrição de Itraconazol 200mg/dia + manutenção dos cuidados e tratamento tópico das lesões de couro cabeludo.



## PARACOCCIDIOIDOMICOSE

- **Micose sistêmica, relacionada às atividades agrícolas**
- **Evolução insidiosa, não é usualmente relacionada a imunodepressão.**
- **Paracoccidioides brasiliensis (P. brasiliensis) e nova espécie, Paracoccidioides lutzii (P. lutzii), em Rondônia**
- **Solos e aerossóis, tocas de animais ou de locais com teores de umidade média a alta, protegidos por coberturas vegetais**
- **Atividade agrícola nas duas primeiras décadas de vida, tendo nessa época provavelmente adquirido a infecção, embora as manifestações clínicas tenham surgido muitos anos depois.**





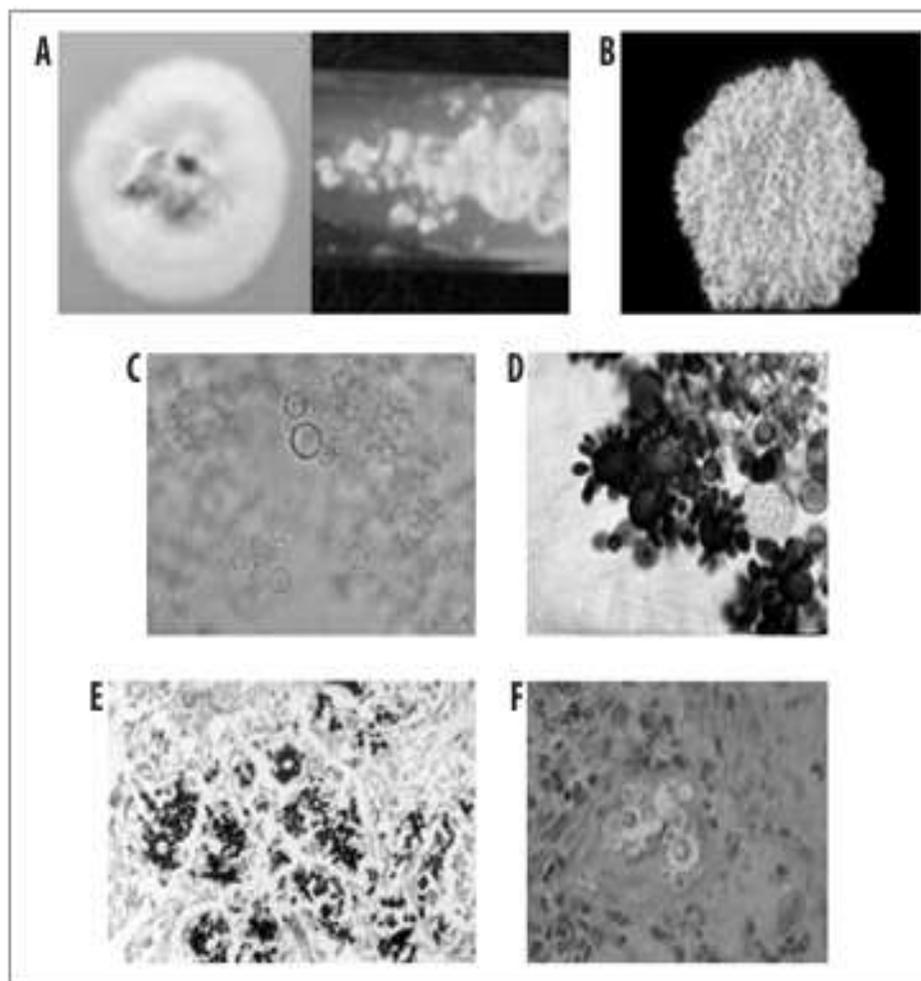
## FORMAS AGUDA\SUBAGUDA E CRÔNICA

Tabela 1 – Órgãos envolvidos em pacientes com paracoccidiodomicose

Órgãos	Aspectos clínicos				Necropsias	
	Belissimo-Rodrigues <i>et al.</i> <sup>33*</sup>		Franco <i>et al.</i> <sup>34**</sup>		Franco <i>et al.</i> <sup>34**</sup>	
	N	%	N	%	N	%
Pulmão	778	63,8	128	74,0	24	96,0
Brônquio/traqueia	5	0,4	–	–	–	–
Linfonomegalia	618					
Generalizada	342	28,1				
Localizada	276	22,6				
Boca, faringe, laringe			83	48,0	15	60,0
Mucosa oral	610	50,0				
Laringe	196	16,1				
Mucosa nasal	19	1,6	–	–	–	–
Glândulas adrenais	26	2,1	6	3,5	11	44,0
Sistema nervoso central	42	3,4	1	0,6	9	36,0
Fígado	–	–	0	0,0	8	32,0
Baço	57	4,7	0	0,0	7	28,0
Pele	361	29,6	22	12,7	6	24,0
Rins	–	–	0	0,0	4	16,0
Medula óssea	–	–	0	0,0	3	12,0
Coração	–	–	0	0,0	3	12,0
Trato digestivo	92	7,5	6	6,5	2	8,0
Testículos	9	0,7	1	0,6	2	8,0
Próstata	–	–	1	0,6	2	8,0
Olhos	–	–	2	1,2	0	0,0
Mamas	–	–	1	0,6	0	0,0
Osteoarticular	27	2,2	–	–	–	–

## DIAGNÓSTICO

- **Padrão ouro:** encontro de elementos fúngicos sugestivos de *Paracoccidioides* spp em exame a fresco de escarro ou raspado de lesão, aspirado de linfonodos ou fragmento de biópsia de órgãos supostamente acometidos.
- **Sorologias específicas:** auxílio diagnóstico mas também, particularmente, avaliação da resposta do hospedeiro ao tratamento específico. Sendo o título relacionado a gravidade das formas clínicas.



Fonte: Adaptado de Shikanai-Yasuda MA, Telles Filho F de Q, Mendes RP, Colombo AL, Moretti ML, 2006.<sup>11</sup>

A = cultivo de *P. brasiliensis* em fase micelial; B = cultivo de *P. brasiliensis* em fase leveduriforme; C = Exame a fresco em KOH (hidróxido de potássio); D = corado pelo lactofenol mostrando células leveduriformes com múltiplos brotamentos; E = corte histológico corado pelo método de Grocott; F = corte histológico corado pelo PAS (periodic acid-schiff).

## TRATAMENTO

- Não há evidências sólidas de resistência primária ou secundária às drogas utilizadas no tratamento da doença
- Vários antifúngicos mostraram-se eficazes no tratamento de diferentes formas.

Medicamento	Dose	Duração média
Itraconazol*	200mg diários **Crianças com <30 kg e >5 anos – 5 a 10mg/kg/dia; ajustar dose sem abrir a cápsula	9-18 meses
Cotrimoxazol*	Trimetoprim, 160mg + Sulfametoxazol, 800mg (VO 8/8 h ou 12/12h)  Crianças – trimetoprim, 8 a 10mg/kg Sulfametoxazol, 40 a 50mg/kg, VO 12/12 h	18-24 meses****
Anfotericina B	Desoxicolato, 0,5 a 0,7 mg/kg/dia Formulações lipídicas, 3 a 5 mg/kg/dia	2-4 semanas***** (até melhora)

- 
- Shikanai-Yasuda MA, Mendes RP, Colombo AL, Telles F de Q, Kono A, Paniago AMM, et al.. II Consenso Brasileiro em Paracoccidioidomicose - 2017