



PARACOCCIDIOIDOMICOSE: ACOMETIMENTO PERIUNGUEAL

Instituto de Dermatologia Prof. Rubem D. Azulay

Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro

Chefia: Dr. David Rubem Azulay

Centro de estudos da Unha (CEU) - Chefia: Dra. Robertha Nakamura

BICHARA, RM; SCHECHTMAN, RC; SOARES, DB; NAKAMURA, RC; LEVERONE, AP.

INTRODUÇÃO

A Paracoccidiodomicose é uma doença infecciosa, causada por um fungo dimórfico, o *Paracoccidioides brasiliensis*. É endêmica na América Latina com alta prevalência em grande parte do território brasileiro.

Sua principal fonte de infecção é inalatória, geralmente adquirida nas duas primeiras décadas de vida, com subsequente desenvolvimento de foco e complexo primário pulmonar.

O acometimento cutâneo da doença pode ser secundário a disseminação hematogênica do fungo ou a contiguidade de lesão preexistente. Ainda é controversa a possibilidade de inoculação do fungo diretamente na pele, caracterizando uma primoinfecção cutânea.

RELATO DO CASO

Paciente masculino, 55 anos, pardo, vendedor ambulante, natural de Água de Campo-MG, morador do Rio de Janeiro há 40 anos. Referia surgimento há 4 meses de lesão vegetante subungueal, no 1º pododáctilo esquerdo, levando a descolamento completo da lâmina e invasão das bordas adjacentes.

Negava sintomas respiratórios, ausculta pulmonar sem alterações, não apresentava lesões na cavidade oral e adenopatias.

Exame dermatológico: lesão úlcero-vegetante com bordas bem delimitadas, encoberta por exsudato purulento e pontilhado hemorrágico fino, no dorso da falange distal do hálux esquerdo (Fig.1 e 2).



HD: Carcinoma espinocelular, Melanoma amelanótico, Paracoccidiodomicose e Esporotricose.

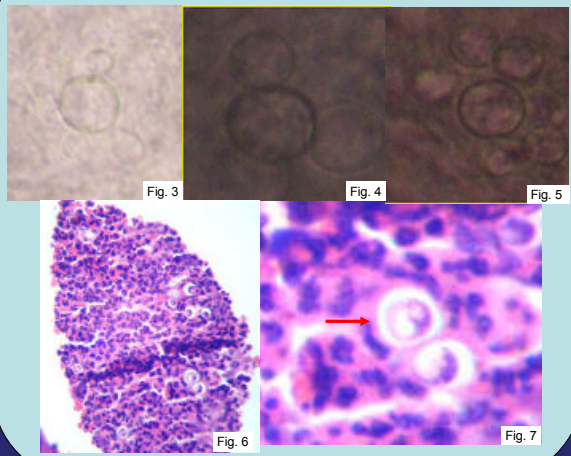
Ex. laboratoriais e EAS sem alterações;

Radiografia do pé esquerdo: aumento de partes moles, sem acometimento de estruturas ósseas;

Radiografia de tórax: sem alterações.

Ex. Micológico Direto: células arredondadas birrefringentes com gemulação (Fig. 3, 4 e 5).

Histopatologia: processo inflamatório granulomatoso com inclusões citoplasmáticas compatíveis com gemulação (Fig. 6 e 7).



DISCUSSÃO:

Entre a classificação das formas clínicas acreditamos que nosso caso se encaixe em uma forma crônica unifocal do adulto, por reativação de um foco endógeno latente e disseminação hematogênica do fungo.

Destacamos que as lesões localizadas nas regiões distais dos membros inferiores não são raras mas, particularmente nos pés, podem passar despercebidas ou até mesmo ser confundidas com lesões neoplásicas ou infecciosas de diferentes etiologias e que as lesões cutâneas não são patognomônicas, mas apresentam conjunto de características úteis para o diagnóstico.

Referências bibliográficas:

1. Marques SA. Paracoccidiodomicose: atualização epidemiológica, clínica e terapêutica. An Bras Dermatol. 2003;78(2):135-50.
2. Gonçalves AP. Paracoccidiodomicose: quadro clínico como expressão da imunopatologia. An Bras Dermatol. 71(5):437-440.
3. Marques SA. Paracoccidiodomicose. An Bras Dermatol. 1998; 73(5):455-469.
4. Dermatologia. Rubem David Azulay e David Rubem Azulay. 4ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.
5. Marques SA, Cortez DB, Lastória JC, Camargo RMP, Marques MEA. Paracoccidiodomicose: frequência, morfologia e patogênese de lesões tegumentares. An Bras Dermatol. 2007;82(5):411-7.
6. Dermatologia Tropical. Sinésio Talhari e René Garrido Neves. Paracoccidiodomicose. 1997; 11:147-65.
7. Valle ACF et al. Tratamento da paracoccidiodomicose: estudo retrospectivo de 500 casos. An Bras Dermatol. 1992; 67(5) 251-4.
8. Yasuda MAS et al. Consenso em Paracoccidiodomicose. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical. 2006; 39(3):297-310.
9. Doenças infecciosas com manifestações dermatológicas. Jackson Machado-Pinto. Paracoccidiodomicose. 1994; 32: 411-37.