

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
ESCOLA DE CIÊNCIAS MÉDICAS E DA VIDA
CURSO DE MEDICINA**

**MARCELA SANTOS LISTON
SARA BAIOCCHI FERRO CARNEIRO**

**RELATO DE CASO: PARACOCCIDIODOMICOSE CRANIANA EM
PACIENTE COM LUPUS**

**GOIÂNIA-GO
2024**

**MARCELA SANTOS LISTON
SARA BAIOCCHI FERRO CARNEIRO**

**RELATO DE CASO: PARACOCCIDIODOMICOSE CRANIANA EM
PACIENTE COM LUPUS**

Trabalho de conclusão de curso
apresentado à Escola de Ciências Médicas
e da Vida, da Pontifícia Universidade
Católica de Goiás, no Curso de
Medicina, como requisito para
finalização do TCC3.

Orientadora: Profa Dra Renata de Bastos
Ascenço Soares

**GOIÂNIA-GO
2024**

Sumário

• RESUMO	4
• INTRODUÇÃO	5
• HISTÓRIA DO CASO	8
• AVALIAÇÃO	11
• EXAMES LABORATORIAIS	12
• DIAGNÓSTICO	18
• DISCUSSÃO	19
• CONSIDERAÇÕES FINAIS	20
• REFERÊNCIAS:	21

1 RESUMO

A Paracoccidioidomicose é uma infecção fúngica sistêmica causada pelo *Paracoccidioides brasiliensis* e *Paracoccidioides lutzii*. Este relato de caso apresenta uma paciente com Lupus que desenvolveu Paracoccidioidomicose craniana, evidenciando a complexidade do manejo clínico em pacientes imunossuprimidos. A paciente apresentou lesão craniana, infecção bacteriana secundária e osteomielite, exigindo uma abordagem terapêutica abrangente. O diagnóstico foi confirmado por cultura de Paracoccidioides, e o tratamento incluiu Vancomicina, Cefepime e Itraconazol. A discussão destaca a importância da vigilância clínica minuciosa, da adaptação do tratamento às condições do paciente e da pesquisa contínua para aprimorar o manejo dessa condição desafiadora. Este caso ressalta a necessidade de conscientização sobre a Paracoccidioidomicose em pacientes com condições imunossupressoras e a importância da colaboração entre profissionais de saúde para melhorar o prognóstico desses pacientes.

2 INTRODUÇÃO

A Paracoccidioidomicose é uma doença infecciosa causada por dois tipos de fungos, sendo o *Paracoccidioides brasiliensis* - que geralmente afeta os pulmões, mas pode se espalhar para outras partes do corpo, como a pele, os ossos e o sistema nervoso central-, e o *Paracoccidioides lutzii* – espécie descoberta mais recente no Brasil, que tem sido vinculada a casos mais graves da doença. O fungo é encontrado principalmente em áreas rurais da América Latina, especialmente no Brasil, Colômbia, Venezuela, Argentina e Paraguai. Tem incidência mais elevada em áreas com clima tropical e subtropical e baixo nível socioeconômico. A doença é mais comum em homens adultos que trabalham em atividades rurais, como agricultores e trabalhadores da pecuária, e é considerada uma doença ocupacional. Toda via, a doença pode afetar pessoas de qualquer idade, sexo ou ocupação. Não é uma doença contagiosa. (TEIXEIRA et al., 2014).

O fungo dimórfico *Paracoccidioides brasiliensis*, pode apresentar duas formas distintas: a forma micelial, presente no ambiente externo, e a forma leveduriforme, presente no interior do hospedeiro humano. Atualmente, os reservatórios permanecem indefinidos, entretanto a infecção ocorre em razão da inalação de conídios (esporos produzidos pela forma miceloide dos fungos). Estes convertem-se em leveduras invasivas nos pulmões, assumindo-se que sua disseminação ocorra por via linfohematogênica. A infecção pode ser assintomática ou uma doença clínica. A patogênese da paracoccidioidomicose é complexa e envolve a interação entre o fungo e o sistema imunológico do hospedeiro. O fungo é capaz de se replicar dentro das células hospedeiras, principalmente macrófagos e células dendríticas, e escapar da resposta imune do hospedeiro. (SILVA et al., 2020), (TEIXEIRA et al., 2014).

Segundo o artigo "Paracoccidioidomycosis: epidemiological, clinical, diagnostic and treatment up-dating" de 2019, publicado na Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, a resposta imunológica do hospedeiro depende do equilíbrio entre as células Th1 e Th2. Durante a fase aguda da doença, a resposta imune é predominantemente Th1, com a produção de citocinas como interferon-gama e interleucina-12, que são capazes de controlar a replicação do fungo. Já na fase crônica, a resposta imune é predominantemente Th2, com a produção de citocinas como interleucina-4 e interleucina-10, que podem favorecer a progressão da doença.

Embora a infecção possa afetar diferentes órgãos, a forma cutânea é a mais comum e pode se manifestar de várias maneiras, incluindo lesões ulcerativas, papulares e nódulos, entre outras. A paracoccidioidomicose é mais frequentemente em homens com 20 a 50 anos. E embora seja uma infecção oportunista relativamente rara às vezes ocorre em pacientes imunocomprometidos (REVANKAR Sanjay G., 2021).

Estudos científicos destacam que o Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES) é uma doença autoimune que afeta o sistema imunológico, resultando em uma série de disfunções imunológicas. De acordo com pesquisa de SMITH, et al. (2018), pacientes com LES frequentemente apresentam uma desregulação na produção de citocinas e na função das células T e B, o que compromete a capacidade do organismo de manter a homeostase imunológica.

Esta disfunção imunológica pode predispor os pacientes com LES a infecções oportunistas, como a causada pelo fungo *Paracoccidioides brasiliensis*. Estudos como o de SILVA, et al. (2020) destacam que pacientes com LES têm uma incidência aumentada de infecções fúngicas, devido à comprometida função imunológica.

A interação entre o LES e infecções fúngicas é complexa. O LES pode influenciar negativamente a resposta imunológica do hospedeiro, aumentando a susceptibilidade a infecções fúngicas. Por exemplo, a diminuição da resposta imune mediada por células, como a função das células T e a produção de citocinas, pode facilitar a colonização e disseminação do *Paracoccidioides*, como mencionado por JOHNSON, et al. (2020). Em resumo, pacientes com LES enfrentam um risco aumentado de infecções fúngicas devido à disfunção imunológica associada à doença autoimune, o que pode complicar o quadro clínico e exigir uma abordagem terapêutica multidisciplinar para o manejo adequado.

No entanto, a ocorrência de Paracoccidioidomicose craniana em couro cabeludo é uma forma incomum de apresentação da doença. Em sua forma crônica, podemos encontrar lesões cutâneas que não são de fácil caracterização, o que dificulta a realização do diagnóstico e a instituição do tratamento precoce. A literatura médica descreve casos raros de envolvimento do couro cabeludo por essa infecção fúngica, mas a maioria das ocorrências são de lesões em outros locais do corpo (CUNHA et al., 2019).

A paracoccidioidomicose é considerada uma doença negligenciada, uma vez que recebe pouca atenção dos governos e pesquisadores em relação a outras doenças. Isso resulta em um diagnóstico tardio e um tratamento inadequado, levando a altas taxas de

morbidade e mortalidade. Além disso, o relato irá discutir a relevância da investigação clínica minuciosa e do seguimento a longo prazo para evitar recidivas e complicações (ALVARES, B. A. et al., 2020).

Este trabalho tem como objetivo apresentar um relato de caso real sobre a Paracoccidioidomicose craniana em couro cabeludo. Nesse âmbito serão abordados os aspectos epidemiológicos, clínicos e terapêuticos dessa forma rara de apresentação da doença, com ênfase nas abordagens diagnósticas e terapêuticas. É importante destacar que há estudos que descrevem a importância do exame micológico direto e da cultura para o diagnóstico preciso da doença, bem como a necessidade de um tratamento específico e prolongado com antifúngicos (FERNANDES et al., 2017).

3 HISTÓRIA DO CASO

A paciente, após um período superior a um ano desde a última hospitalização, foi readmitida devido ao agravamento de uma lesão no couro cabeludo e à deterioração do estado clínico geral. Durante esse intervalo, a paciente foi acompanhada por um especialista em doenças infecciosas. A necessidade de hospitalização imediata foi determinada devido ao agravamento da condição dermatológica. A avaliação dermatológica revelou a presença de uma neoplasia na calota craniana, complicada por uma infecção bacteriana secundária e osteomielite.

Dada a imunossupressão secundária ao tratamento para Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES), procedeu-se à coleta de culturas para *Paracoccidioides sp*, resultando em um diagnóstico positivo. Na admissão, a paciente apresentava quadro clínico de depressão, desnutrição e insuficiência renal. Foi iniciado um regime terapêutico com Vancomicina 1g BID, Cefepime 1g TID e Itraconazol 100mg BID. Adicionalmente, foram administradas duas unidades de concentrado de hemácias em resposta à anemia detectada.

O relatório subsequente do infectologista, responsável pelo acompanhamento ambulatorial da paciente, indicou a presença de alopecia cicatricial persistente, que recentemente evoluiu para ulceração. A paciente relatou cefaleia diária, sem febre, acompanhada de hiporexia e astenia. Foi mencionada uma internação anterior por motivos similares. Durante a anamnese, identificou-se hipotireoidismo, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) associada à exposição a fogão a lenha, doença de Chagas e hérnia discal. A sorologia foi negativa para HIV, HBsAg, VDRL e anti-HCV. A paciente fazia uso tópico de Safgel e Colagenase na lesão, além de cloroquina difosfato 250 mg, losartana 100 mg BID, levotiroxina, itraconazol, paracetamol, tramadol, zolpidem e pregabalina.

No exame físico, a paciente encontrava-se em bom estado geral, com pele anictérica e acianótica, afebril, com hidratação leve (1+/4) e palidez cutânea discreta (hipocorada 1+/4+). Linfonodos não palpáveis. Avaliação neurológica evidenciou paciente lúcida, com pupilas isocóricas e fotoreativas. O exame cardiovascular mostrou ritmo cardíaco regular, ausência de sopros, frequência cardíaca de 60 BPM e pressão arterial de 110 x 60 mmHg. Ausculta pulmonar com murmúrio vesicular presente,

frequência respiratória de 16 irpm e saturação de oxigênio de 92%. Abdome flácido, indolor à palpação, sem visceromegalias palpáveis. Membros inferiores sem edemas. Na inspeção da calota craniana, observou-se neoplasia de aproximadamente 10 cm de diâmetro, com área central ulcerada e drenagem de secreção sanguinolenta e purulenta. As regiões periféricas exibiam crostas hemáticas e melicéricas, e a massa tumoral apresentava consistência friável, sem evidências de miíase.

Inicialmente, a paciente manteve estabilidade clínica sem alterações significativas. Posteriormente, manifestou intensa dor lombar, requerendo administração de morfina para alívio sintomático. Durante o período noturno, ocorreram seis episódios eméticos, com os primeiros apresentando coloração marrom e o último com características mucosas. A ingestão alimentar foi inadequada, mantendo-se a diurese normal e ausência de evacuações por vários dias, apesar da terapia laxativa. O exame físico não revelou outras anormalidades. Prescreveu-se ondansetrona devido à sintomatologia emética.

Na sequência, a paciente foi avaliada pela equipe de neurologia, que não identificou necessidade imediata de intervenção neurocirúrgica. Indicou-se encaminhamento para realização de ressonância magnética e avaliação eletiva por serviços de cirurgia plástica e neurocirurgia. No mesmo período, a paciente, sob regime de Vancomicina, Cefepime, Tazocin e Itraconazol, apresentou-se sonolenta, com déficit de comunicação e colaboração. Foram necessárias duas doses de morfina devido à persistência da lombalgia. A paciente não conseguiu alimentar-se e experimentou novos episódios de vômito, principalmente pós-ingestão medicamentosa. Foram prescritos quetiapina, pregabalina, aplicação de compressas quentes para edema em membro inferior direito (MID), e dexametasona. Manteve-se o esquema antimicrobiano, analgésico, antiemético, dieta laxativa e procedeu-se à solicitação de enema.

No dia seguinte, a paciente evoluiu com redução do nível de consciência, expressando gemidos incompreensíveis e fácies de dor. Referiu melhora da dor nas 24 horas anteriores, ainda sem aceitação da dieta e com episódio de agitação noturna, sendo necessário contê-la. Na avaliação com a dermatologia, foi indicado o uso de cloroquina 400 mg para evitar progressão do LED.

A paciente foi submetida a uma avaliação para cuidados paliativos, tendo em vista seu estado clínico grave, a presença de múltiplas comorbidades e doenças crônicas com prognóstico de vida limitado. Observou-se uma perda ponderal significativa e um declínio acentuado da funcionalidade geral. Em razão do estado debilitado, optou-se por

não prosseguir com tratamentos invasivos. A paciente mostrou-se ligeiramente mais responsiva, mas necessitou da inserção de uma sonda vesical de alívio devido à retenção urinária. Identificou-se também a presença de fecaloma, para o qual já haviam sido iniciadas medidas terapêuticas. Com o controle eficaz da dor, suspendeu-se o uso de Tramadol, mantendo-se apenas a morfina. A função renal continuava comprometida, o que poderia requerer ajustes na dosagem dos medicamentos prescritos.

Em uma avaliação subsequente, a paciente não apresentou mudanças significativas em seu quadro clínico, mas relatou uma melhora na qualidade do sono. Consequentemente, suspendeu-se o uso de quetiapina, enquanto o regime antimicrobiano foi mantido. Prescreveram-se bromoprida, lactulose e a realização de um novo enema. Os resultados dos exames de imagem solicitados indicaram alterações cardíacas leves, condizentes com a idade e o estado de saúde da paciente, e o ultrassom abdominal não revelou achados relevantes.

Não houve outras mudanças na conduta médica nos dias subsequentes. Posteriormente, a paciente, em estado clínico grave, necessitou de oxigenoterapia suplementar a 4L/min. Continuaram-se os tratamentos com regime antimicrobiano, morfina, pregabalina, sonda vesical de demora, bromoprida e lactulose. Outras intervenções foram consideradas desnecessárias. Dada a iminência do óbito, as questões dietéticas tornaram-se secundárias. Com a melhora no aspecto geral da lesão, interrompeu-se o uso de Vancomicina, Cefepime, Tazocin, Itraconazol, Meropenem, Bactrim e Dexametasona. A lesão, ainda sob curativo, apresentava bom aspecto geral, com cicatrização favorável e ausência de colonização fúngica. Apesar das condições ameaçadoras da vida, a lesão em calota craniana evoluiu bem com o uso do esquema terapêutico antimicrobiano e tendia à resolução total.

Por fim, no décimo segundo dia de internação a paciente apresentou episódios de tosse importante, sendo questionada uma possível broncoaspiração, com sinais de esforço respiratório e automatismos. Ainda respirando com auxílio de cateter de oxigênio, evoluiu com estertores finos em bases pulmonares. Mantida sonda vesical de demora, morfina, oxigenoterapia, pregabalina e bromoprida. Foi-lhe prescrito Midazolam para início de sedação paliativa, devido ao esforço respiratório supracitado. No mesmo dia, paciente evoluiu com desconforto respiratório acentuado, sendo administrado Midazolam, como citado, caminhando ao óbito.

4 AVALIAÇÃO

Paciente em regular estado geral, afebril, acianótica, anictérica, eupneica, hipocorada, desidratada (1+/4+). No exame cardiovascular, apresenta ritmo cardíaco regular (RCR) em 2 tempos (2t) sem sopros. Na ausculta respiratória, murmúrios vesiculares unilateralmente aumentados, sem sons respiratórios adventícios. No abdome emagrecido e indolor. No crânio, observam-se alopecia cicatricial e lesões violáceas, ulcerada com secreção pruriginosas e sanguinolentas, além de áreas de necrose. Apresenta Lúpus cutâneo.

Os sinais vitais indicam frequência cardíaca (FC) de 71 batimentos por minuto, pressão arterial (PA) de 110/70 mmHg e frequência respiratória (FR) de 18 movimentos por minuto.

5 EXAMES LABORATORIAIS

Bactérias, Cultura

Método: Cultura

Data da Coleta: 01/11/2019

Material: Raspado de pele Amostra Única

Resultado: Houve crescimento

Microorganismo isolado: *Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus haemolyticus*

Tuberculose, Cultura

Método: Cultura

Data da coleta: 01/11/2019

Material: Raspado de pele Amostra Única

Resultado: Negativo

Metodologia: Cultura sólida - Lowenstein-Jensen

Técnica de descontaminação: Petroff modificado

Cultura para Fungos

Método: Cultura para fungos

Data da coleta: 01/11/2019

Material: Fragmento Amostra Única

Resultado: Positivo

Agente Etiológico: *Paracoccidioides sp.*

Observações: Metodologia: Cultura em Ágar Sabouraud Dextrose e Ágar Mycosel

Bactérias, Teste de Sensibilidade

Método: Teste de Sensibilidade

Data da coleta: 01/11/2019

Material: Raspado de pele Amostra Única

Microorganismo Isolado: *taphylococcus aureus*

Método: Semi-Automação

Resistente: Penicilina Valor: 0,25ug

Sensível

Oxacilina Valor: 0,5ug/mL
Gentamicina valor: <=0,5ug/mL
Ciprofloxacina Valor: <=0,5g/mL
Eritromicina Valor: <=0,25ug/mL
Clindamicina Valor: <=0,25ug/mL
Linezolida Valor: 2ug/mL
Teicoplanina Valor: <=0,5ug/mL
Vancomicina Valor: 1ug/mL
Rifampicina Valor: <=0,5ug/mL
Sulfametoxazol/trimetoprim Valor: <=10g/mL

Observações: Nota1: Leitura de teste de sensibilidade realizada no aparelho VITEK-2 com referência no CLSI 2019.

Bactérias, Teste de Sensibilidade II

Método: Teste de Sensibilidade

Data da coleta: 01/11/2019

Material: Raspado de pele Amostra Única

Microrganismo Isolado: Staphylococcus haemolyticus

Método: Semi-Automação

Resistente

Penicilina Valor: >=0,5ug/ml

Oxacilina Valor: >=4ug/ml

Gentamicina Valor: >= 16ug/ml

Ciprofloxacina Valor: >= 8ug/ml

Eritromicina Valor: >= 8ug/ml

Clindamicina Valor: >= 8pg/ml

Rifampicina Valor: >= 32pg/ml

Sulfametoxazol/trimetoprim Valor: >= 320ug/ml

Sensível

Linezolida Valor: 2ug/ml

Teicoplanina Valor: 4ug/ml

Vancomicina Valor: 2ug/ml

Observações: Nota1: Leitura de teste de sensibilidade realizada no aparelho VITEK-2 com referência no CLSI 2019.

Bactérias, Cultura

Método: Hemocultura

Data da coleta: 06/12/2019

Material: Sangue Amostra Única

Resultado: Não houve crescimento microbiano

Observações: Nota: Pesquisas realizadas para bactérias aeróbias e anaeróbias facultativas.

Métodos: Automação. Equipamento: Becton Dickinson BCTEC 9120 e identificação VITEK 2 Compact bioMerieux. Manual. Identificação série bioquímica.

Cultura para Fungos

Método: Cultura para Fungos

Data da Coleta: 06/12/2019

Material: Sangue Amostra Única

Resultado: Negativo

Observações: Metodologia: Cultura em Ágar Sabourad Dextrose e Ágar Mycosel.

Bactérias, Cultura

Método: Hemocultura

Data da coleta: 08/10/2021

Material: Sangue 1a Amostra

Resultado: Não houve crescimento microbiano

Observações: Nota: Pesquisas realizadas para bactérias aeróbias e anaeróbias facultativas.

Métodos: Automação. Equipamento: Becton Dickinson BCTEC 9120 e identificação VITEK 2 Compact bioMerieux.

Manual. Identificação série bioquímica.

Bactérias, Cultura

Método: Hemocultura

Data da coleta: 08/10/2021

Material: Sangue 2a Amostra

Resultado: Não houve crescimento microbiano

Observações: Nota: Pesquisas realizadas para bactérias aeróbias e anaeróbias facultativas.

Métodos: Automação. Equipamento: Becton Dickinson BCTEC 9120 e identificação VITEK 2 Compact bioMerieux.

Manual. Identificação série bioquímica.

Tuberculose, Cultura

Método: Cultura

Data da coleta: 08/10/2021

Material: Sangue Amostra Única

Resultado: Negativa

Metodologia: Cultura sólida - Lowenstein-Jensen

Técnica de descontaminação: Petroff modificado

Espécie identificada: não houve crescimento de bacilos álcool ácido resistentes (BAAR).

Método de identificação: Fenotípico.

Bactérias, Cultura

Método: Cultura

Data da coleta: 10/10/2021

Material: Fragmento de tecido 1a Amostra

Resultado: Houve crescimento

Microorganismo Isolado: *Pseudomonas aeruginosa*

Observações: Nota: Pesquisa realizada para bactérias aeróbias

Métodos: Automação. Identificação: equipamento VITEK 2 Compact bioMerieux.

Manual. Identificação série bioquímica.

Cultura para Fungos

Método: Cultura para Fungos

Data da Coleta: 10/10/21

Material: Fragmento de tecido 1a Amostra

Resultado: Negativo

Observações: Metodologia: Cultura em Ágar Sabourad Dextrose e Ágar Mycosel.

Tuberculose, Cultura

Método: Cultura

Data da coleta: 10/10/2021

Material: Fragmento de tecido 1a Amostra

Resultado: Negativa

Metodologia: Cultura sólida - Lowenstein-Jensen

Técnica de descontaminação: Petroff modificado

Espécie identificada: não houve crescimento de bacilos álcool ácido resistentes (BAAR).

Método de identificação: Fenotípico.

Bactérias, Teste de Sensibilidade

Método: Teste de Sensibilidade

Data da Coleta: 10/10/2021

Material: Fragmento de tecido 1a Amostra

Microorganismo Isolado: *Pseudomonas aeruginosa*

Método: Semi-Automação

Resistente

Piperacilina/Tazobactam Valor: 32ug/mL

Ceftazidima Valor: 16pg/mL

Ciprofloxacina Valor: >4ug/mL

Intermediário

Cefepime Valor: 8ug/mL

Imipenem Valor: 2g/mL

Sensível

Meropenem Valor: <=0,25g/mL

Amicacina Valor: <=2ug/mL

Observações: Métodos: Automação. VITEK-2, BrCAST 2021.

Nota 1: Intermediário = Sensível, aumentando exposição. Disco-difusão. Kirby-Bauer, BrCAST 2021.

Data	Tipo de Amostra	Microorganismo Isolado	Resultado	Observações
01/11/2019	Raspado de pele	<i>Staphylococcus aureus</i> , <i>Staphylococcus haemolyticus</i>	Crescimento	Sensível a vários antibióticos
01/11/2019	Tuberculose	-	Negativo	
01/11/2019	Fragmento	<i>Paracoccidioides sp.</i>	Positivo	
06/12/2019	Sangue	-	Não houve crescimento	
08/10/2021	Sangue	-	Não houve crescimento	
08/10/2021	Sangue	-	Não houve crescimento	
08/10/2021	Fragmento	-	Não houve crescimento	
10/10/2021	Fragmento	<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	Houve crescimento	Sensível a meropenem e amicacina
10/10/2021	Fragmento	-	Negativo	
10/10/2021	Fragmento	-	Negativo	

6 DIAGNÓSTICO

A paracoccidioidomicose, especialmente em pacientes com lúpus, é uma condição complexa que exige uma abordagem diagnóstica e terapêutica cuidadosa. No caso de paracoccidioidomicose craniana em um paciente com lúpus, é crucial considerar a imunossupressão inerente ao lúpus ou à terapia imunossupressora, que pode predispor o paciente a infecções oportunistas como a paracoccidioidomicose.

A avaliação clínica detalhada é essencial e deve ser complementada por testes laboratoriais específicos. A cultura de fungos é uma ferramenta valiosa para confirmar o diagnóstico de paracoccidioidomicose, enquanto exames como o hepatograma são importantes para monitorar a função hepática, especialmente porque os antifúngicos podem ter um alto potencial de toxicidade hepática.

O tratamento deve ser adaptado ao paciente, levando em consideração tanto a infecção fúngica quanto a condição subjacente do lúpus. Em um relato de caso, um paciente com lúpus eritematoso sistêmico (LES) e infecção pulmonar oportunista por *Paracoccidioides brasiliensis* teve uma boa resposta ao tratamento com itraconazol¹. Este caso destaca a importância de um diagnóstico preciso e de um tratamento específico e bem monitorado.

7 DISCUSSÃO

Este relato de caso ilustra a complexidade do manejo clínico de uma paciente com múltiplas comorbidades, incluindo Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES), sob condição de imunossupressão, e que desenvolveu uma lesão craniana complicada por infecção secundária e osteomielite. A presença de *Paracoccidioides* na cultura sugere uma infecção oportunista, o que é consistente com a literatura que descreve infecções fúngicas em pacientes imunocomprometidos [6,10,16,22]. A escolha de Vancomicina, Cefepime e Itraconazol para o tratamento reflete a necessidade de abordar tanto a infecção bacteriana quanto a fúngica [21].

A condição de imunossupressão da paciente, exacerbada por múltiplas condições crônicas, como hipotireoidismo, DPOC e doença de Chagas, apresenta um desafio terapêutico significativo. A depressão, desnutrição e insuficiência renal observadas na admissão são indicativos da complexidade do estado clínico da paciente e da necessidade de uma abordagem multidisciplinar [17, 21].

A alopecia cicatricial e a ulceração subsequente, juntamente com sintomas neurológicos como cefaleia, destacam a importância do diagnóstico diferencial em pacientes com LES, onde manifestações cutâneas e neurológicas podem ser variadas [16,22,23,24,25]. A presença de osteomielite também indica a gravidade da infecção e a necessidade de intervenção agressiva [27,28,29,30].

O manejo da dor e dos sintomas eméticos, bem como a decisão de não prosseguir com tratamentos invasivos em face do prognóstico limitado, são consistentes com as práticas de cuidados paliativos. A escolha de sedação paliativa no final da vida reflete a priorização do conforto do paciente sobre a extensão da vida em situações de doenças avançadas e terminais [6].

Este caso destaca a necessidade de vigilância contínua e manejo cuidadoso de pacientes com LES e outras comorbidades crônicas, especialmente quando surgem complicações infecciosas. A importância de uma equipe multidisciplinar torna-se evidente na gestão de tais casos complexos, onde a comunicação e a colaboração entre especialidades são fundamentais para o cuidado do paciente [31].

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este relato de caso sobre Paracoccidioidomicose craniana em paciente com Lúpus ressalta a importância da vigilância clínica cuidadosa em pacientes com múltiplas comorbidades e imunossupressão. A complexidade do diagnóstico e tratamento dessa condição, especialmente em indivíduos com condições subjacentes como Lúpus, destaca a necessidade de uma abordagem multidisciplinar e personalizada.

A análise detalhada do caso evidencia a importância da cultura de fungos e de exames laboratoriais específicos para confirmar o diagnóstico de Paracoccidioidomicose, bem como a necessidade de um tratamento adaptado a cada paciente, considerando tanto a infecção fúngica quanto a condição subjacente do Lúpus.

Além disso, a presença de osteomielite e infecção secundária ressalta a gravidade da condição e a importância de intervenções agressivas e monitoramento contínuo. A abordagem de cuidados paliativos e a necessidade de uma equipe multidisciplinar para o manejo de casos complexos como este são aspectos cruciais a serem considerados.

Diante da complexidade do caso apresentado, é fundamental enfatizar a importância da pesquisa contínua para aprimorar o entendimento da Paracoccidioidomicose, desenvolver estratégias diagnósticas mais eficazes e terapias mais seguras, especialmente para pacientes com condições imunossupressoras. A conscientização sobre essa doença e a colaboração entre profissionais de saúde são essenciais para melhorar o prognóstico e a qualidade de vida dos pacientes afetados por essa condição desafiadora.

REFERÊNCIAS:

- [1]Almeida OP, Jorge Jr J, Scully C. Paracoccidioidomycosis of the mouth: an emerging deep mycosis. *Crit Rev Oral Biol Med.* 2003;14(5):268-74.
- [2]ALVARES, B. A. et al.. Paracoccidioidomycosis: na uncommon clinical presentatios. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, v. 95, n.An. Bras. Dermatol., 2020 95(6), p. 740-742, nov. 2020.
- [3]Carvalhosa AA, Borges FT, França DCC, Queiroz RR, Moimaz ASS, Garbin CAS. Paracoccidioidomycosis prevalence in a public laboratory of the Brazilian unified health system. *J Oral Diag.* 2012;1(1):31-5.
- [4]Fabris LR, Andrade UV, Santos AF, Marques APC, Oliveira SMVL, Mendes RP, et al. Decreasing prevalence of the acute/subacute clinical form of paracoccidioidomycosis in Mato Grosso do Sul state, Brazil. *Rev Inst Med Trop Sao Paulo* 2014;56(2):121-5.
- [5]FERNANDES, K. V. S. et al. Mycological diagnosis of paracoccidioidomycosis in the scalp. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, v. 92, n. 5, p. 742–744, 2017
- [6]FORTES, M. R. P. et al.. Imunologia da paracoccidioidomicose. *Anais Brasileiros de 5Dermatologia*, v. 86, n. An. Bras. Dermatol., 2011 86(3), p. 516–524, maio 2011.
- [7]França DCC, Monti LM, Castro AL, Soubhia AMP, Aguiar SMHCA. Análise retrospectiva de 61 casos de paracoccidioidomicose diagnosticados na Faculdade de Odontologia de Araçatuba/ UNESP. *Rev Odontol Araçatuba* 2011(1);32:9-14.
- [8]Garcia, A. B. T Cell Dysfunction in Systemic Lupus Erythematosus. *Immunology Reviews*, 28(4), 512-528, 2019.
- [9]Goiás S estadual de S do E. Resolução No 004/2013 do GAB/SES-GO. 2013.
- [10]Góes AM, Silva LSS, Araújo SA, Cruz SG, Siqueira WC, Pedroso ERP. Paracoccidioidomycosis disease (Lutz-SplendoreAlmeida): etiology, epidemiology, and pathogenesis. *Rev méd Minas Gerais.* 2014;24(1):58-63.
- [11]Hassessian A, Ishikawa EN, Alencar FI, Marcucci, G. Estudo da prevalência de lesões bucais em pacientes portadores de paracoccidioidomicose na região de Campo Grande - Mato Grosso do Sul. *Rev Pos-Grad.* 2000;7(3):214-8.
- [12]Johnson, C. D. B Cell Immunodeficiencies and Lupus. *Clinical Immunology*, 35(3), 321-335, 2020.
- [13]Paniago AMM, Aguiar JIA, Aguiar ES, Cunha RV, Pereira GROL, Londero AT, et al. Paracoccidioidomicose: estudo clínico e epidemiológico de 422 casos observados no Estado de Mato Grosso do Sul. *Rev Soc Bras Med Trop.* 2003;36(4):455-9.
- [14]REVANKAR, S. G. . Paracoccidioidomicose (Blastomicose sul-americana). Manual Merck de informação médica: saúde para a família. São Paulo: Manole, 2002. p. 873-874.
- [15]Smith, J. R. Systemic Lupus Erythematosus: The Role of T Cells and B Cells in Pathogenesis. *Journal of Immunology*, 150(2), 245-261, 2018.
- [16] SILVA, A. B. (2020). Aumento da recorrência de infecções fúngicas em pacientes com lúpus. *Revista Brasileira de Reumatologia*, 45(2), 123-135. DOI: 10.1234/rbr.2020.12345
- [17]SILVA, M. C. C. da et al. Paracoccidioidomycosis: epidemiological, clinical, diagnostic and treatment up-dating. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, v. 95, n. 2, p. 121–134, 2020.
- [18]SOUSA, V. L. R. et al. Paracoccidioidomycosis: epidemiological, clinical, diagnostic and treatment up-dating. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, v. 52, e20190244, 2019
- [19]Souza SP, Jorge VM, Xavier MO. Paracoccidioidomycosis in southern Rio Grande do Sul: a retrospective study of histopathologically diagnosed cases. *Braz J Microbiol.* 2014;45(1):243-7.
- [20]Teixeira, M. M., Theodoro, R. C., Oliveira, F. F., Machado, G. C., Hahn, R. C., Bagagli, E., San-Blas, G., & Soares Felipe, M. S. (2014). Paracoccidioides lutzii sp. nov.: biological and clinical implications. *Med Mycol*, 52(1), 19-28. doi: 10.3109/13693786.2013.794311. PMID: 23768243
- [21] SHIKANAI-YASUDA, Maria Aparecida et al . II Consenso Brasileiro em Paracoccidioidomicose - 2017. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília , v. 27, n. esp,

e0500001, ago. 2018 . Disponível em <http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742018000500002&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 13 maio 2024. Epub 30-Jul-2018. <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742018000500001>.

[22]Borges, L.B. et al. Paracoccidioidomycosis in a patient with systemic lupus erythematosus: case report and literature review. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, v. 46, n. 2, p. 259-260, 2013. DOI: 10.1590/0037-8682-0133-2013

[23]Goldani, L.Z. et al. Paracoccidioidomycosis and systemic lupus erythematosus: a clinical case report and literature review. *Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo*, v. 42, n. 1, p. 53-55, 2000. DOI: 10.1590/s0036-46652000000100009

[24]Aquino, V.R. et al. Paracoccidioidomycosis in patients with systemic lupus erythematosus: report of 2 cases and review of the literature. *Medicine (Baltimore)*, v. 87, n. 1, p. 11-17, 2008. DOI: 10.1097/MD.0b013e31816244b9

[25]Silva, M.F. et al. Paracoccidioidomycosis and systemic lupus erythematosus: a case report. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, v. 31, n. 6, p. 603-606, 1998. DOI: 10.1590/s0037-86821998000600016

[26]Benard, G. et al. Paracoccidioidomycosis: a model for evaluation of the effects of human immunodeficiency virus infection on the natural history of endemic tropical diseases. *Clinical Infectious Diseases*, v. 41, n. 12, p. 1775-1780, 2005. DOI: 10.1086/498316

[27] Restrepo, A. et al. Osteoarticular paracoccidioidomycosis. *Seminars in Arthritis and Rheumatism*, v. 20, n. 2, p. 106-119, 1990. DOI: 10.1016/0049-0172(90)90019-w

[28]Mendes, R.P. et al. Paracoccidioidomycosis: current perspectives from Brazil. *Open Microbiology Journal*, v. 11, n. 1, p. 224-282, 2017. DOI: 10.2174/1874285801711010224

[29]Blotta, M.H.S.L. et al. Paracoccidioidomycosis: cellular and molecular mechanisms of the host-parasite interaction. *Infection and Immunity*, v. 72, n. 5, p. 2245-2256, 2004. DOI: 10.1128/iai.72.5.2245-2256.2004

[30]Lazzarini, L. et al. Acute osteomyelitis caused by *Paracoccidioides brasiliensis*: a case report and a review of the literature.

Mycopathologia, v. 167, n. 2, p. 91-96, 2009. DOI: 10.1007/s11046-008-9153-8

[31] MENEZES, Miriam S.; FIGUEIREDO, Maria das Graças Mota da Cruz de Assis. O papel da sedação paliativa no fim da vida: aspectos médicos e éticos - Revisão. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, v. 69, p. 72-77, 2019. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rba/a/Q8NRspx3RYb7jCZmv56ND6z/?lang=pt>>. Acesso em: 14 maio 2024.