



## DERMATOLOGIA TROPICAL/INFECTOPARASITÁRIA

# Paracoccidioomicose disseminada em paciente transplantado hepático ☆,☆☆

Flávia de Oliveira Valentim , Giuliane Minami Tsutsui ,  
Luciana Patrícia Fernandes Abbade  e Silvio Alencar Marques \*



Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Medicina, Botucatu, SP, Brasil

Recebido em 23 de maio de 2020; aceito em 30 de julho de 2020

## PALAVRAS-CHAVE

Dermatologia;  
Fígado;  
Paracoccidioomicose;  
Transplante

**Resumo** A paracoccidioomicose é micose sistêmica endêmica, causada por fungos termodimórficos do complexo *Paracoccidioides brasiliensis* e *P. lutzii*. É considerada enfermidade rara em imunossuprimidos não HIV-induzidos. Em transplantados de órgãos sólidos, a paracoccidioomicose é mais observada em associação com a imunossupressão pós-transplante renal. Em paciente transplantado hepático, há descrição de apenas um caso publicado na literatura até o presente. Relatamos o caso de paciente do sexo feminino, 47 anos de idade, com lesões cutâneas disseminadas associadas a sinais e sintomas de comprometimento sistêmico da paracoccidioomicose e manifestas um ano após o transplante hepático e sob regime de imunossupressão com tacrolimus e micofenolato mofetil.

© 2021 Sociedade Brasileira de Dermatologia. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este é um artigo Open Access sob uma licença CC BY (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

A paracoccidioomicose é micose sistêmica causada por espécies de fungos termodimórficos do complexo *Paracoccidioides brasiliensis* ou por *P. lutzii*.<sup>1,2</sup> Apresenta-se clinicamente sob a forma aguda/subaguda juvenil, forma crônica do adulto e a relacionada à imunossupressão. O diagnóstico é feito através da detecção do fungo no exame

micológico direto, exame histopatológico ou isolamento em cultura.

Em imunossuprimidos, a paracoccidioomicose é mais frequente associada à infecção pelo HIV, seguido por neoplasias sólidas, hematológicas e, por fim, pós-transplantes de órgãos sólidos, particularmente transplante renal sob imunossupressão induzida por prednisona, azatioprina ou ciclosporina. Até o momento, na literatura pesquisada (PubMed, SciELO, LILACS), há apenas um caso pós-transplante hepático descrito e, nesse caso, em uso de tacrolimus.<sup>3–7</sup>

Relatamos o caso de paciente do sexo feminino, 47 anos de idade, ex-residente na zona rural do estado de São Paulo, pós-transplantada hepática havia um ano em decorrência de cirrose de etiologia alcoólica associada a hepatite B, em uso específico de tacrolimus 1 mg/dia e micofenolato mofetil 720 mg/dia. Encaminhada ao Serviço de Derma-

DOI referente ao artigo:

<https://doi.org/10.1016/j.abd.2020.07.011>

☆ Como citar este artigo: Valentim FO, Tsutsui GM, Abbade LPF, Marques SA. Disseminated paracoccidioomycosis in a liver transplant patient. An Bras Dermatol. 2021;96:346–8.

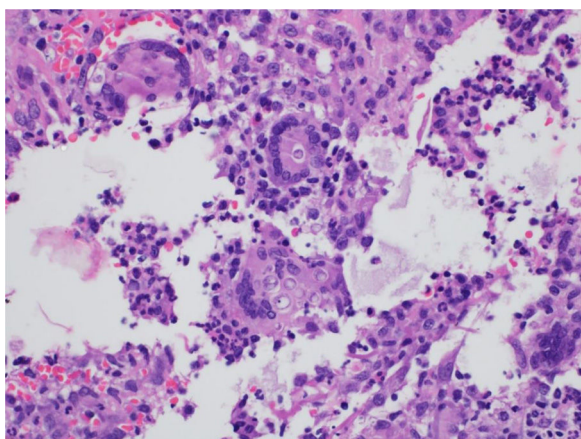
☆☆ Trabalho realizado na Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, SP, Brasil.

\* Autor para correspondência.

E-mail: [silvio.marques@unesp.br](mailto:silvio.marques@unesp.br) (S.A. Marques).



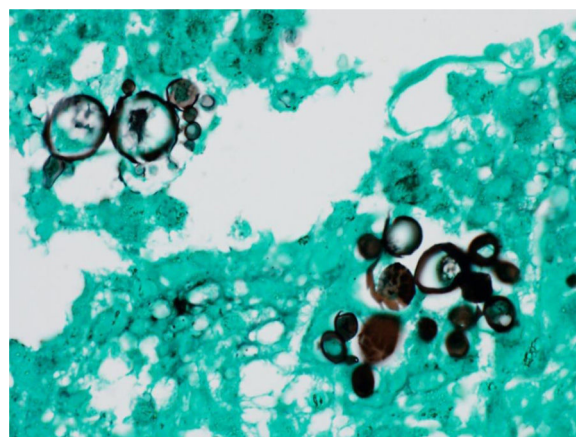
**Figura 1** Paracoccidioidomicose e transplante hepático. Lesões acneiformes e pápulas eritematosas, algumas com centro exulcerado, disseminadas na face.



**Figura 2** Paracoccidioidomicose e transplante hepático: detalhe do processo inflamatório onde se evidenciam células fúngicas no citoplasma de células gigantes (Hematoxilina & eosina, 100×).

tologia por lesões múltiplas, com acentuação do quadro havia 15 dias, associado a febre alta aferida, mal-estar e fraqueza. Referia, também, perda ponderal, inapetência, tosse seca e dispnéia havia cerca de três meses. Ao exame, apresentava inúmeras pápulas acneiformes e pápulas eritemato-normocrômicas, sólidas, de centro exulcerado ou recoberto de crostas, disseminadas pelo tegumento, incluindo a face (fig. 1).

As hipóteses diagnósticas foram de histoplasmose, criptococose e paracoccidioidomicose. O exame histopatológico de biópsia da lesão cutânea evidenciou hiperplasia da epiderme e infiltrado inflamatório granulomatoso e supurativo dérmico, com presença de elementos fúngicos no interior de células gigantes (fig. 2). A coloração de Grocott-Gomori evidenciou células fúngicas multibrotantes características do gênero *Paracoccidioides* spp. (fig. 3).



**Figura 3** Paracoccidioidomicose e transplante hepático: células fúngicas multibrotantes características do gênero *Paracoccidioides* (Grocott-Gomori, imersão).



**Figura 4** Paracoccidioidomicose e transplante hepático: corte tomográfico mostrando consolidações parenquimatosas peribrônquicas e perivasculares.

A cultura de fragmento de biópsia, exames bioquímicos gerais, hemoculturas e sorologias, incluindo anti-HIV, e anti-*Paracoccidioides*, foram normais ou negativas. A tomografia computadorizada de tórax (fig. 4) evidenciou consolidações pulmonares coalescentes, espessamento de septos e imagem escavada nas porções inferiores e linfonodomegalias, compatíveis com o diagnóstico de paracoccidioidomicose por provável reativação de foco pulmonar quiescente.<sup>8</sup>

O tratamento foi realizado com anfotericina B lipossomal 3 mg/kg/dia por quatro semanas em regime intra-hospitalar, com necessidade de transferência para UTI em decorrência de instabilidade hemodinâmica associada às infusões da anfotericina B e ao precário estado geral. A paciente recebeu alta após estabilização e recuperação clínica, remissão da paracoccidioidomicose e com itraconazol 200 mg/dia como manutenção pós-tratamento.

Em pacientes imunossuprimidos, a clínica de histoplasmose, criptococose, paracoccidioidomicose e mesmo esporotricose disseminada converge para manifestações semelhantes: história relativamente curta de quadro febril, inapetência, perda ponderal e astenia, seguida ou coinci-

dente com o aparecimento de lesões cutâneas de padrão acneiforme, papulonodular ulcerado ou ulceronecrotico, disseminado, comprometimento frequente da face, associados a sinais e sintomas de comprometimento sistêmico.<sup>3,9</sup> O prognóstico da paracoccidiodomicose é reservado nos casos pós-transplante, conseqüente ao uso e manutenção de imunossupressores, disseminação da enfermidade e possíveis complicações associadas à terapêutica. As opções itraconazol, sulfametoxazol-trimetropina, anfotericina B desoxicolato ou lipossomal são definidas pelo conjunto do quadro e disponibilidade.<sup>10</sup> O presente relato de paracoccidiodomicose em paciente sob medicação imunossupressora realça a dificuldade de tratamento observada, mas o bom resultado final.

### Suporte financeiro

Nenhum.

### Contribuição dos autores

Flávia de Oliveira Valentim: Aprovação da versão final do manuscrito; concepção e planejamento do estudo; elaboração e redação do manuscrito; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica do caso estudado; revisão crítica da literatura.

Giuliane Minami Tsutsui: Aprovação da versão final do manuscrito; revisão crítica do manuscrito.

Luciana Patrícia Fernandes Abbade: Aprovação da versão final do manuscrito; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica do caso estudado; revisão crítica do manuscrito.

Silvio Alencar Marques: Aprovação da versão final do manuscrito; elaboração e redação do manuscrito; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica do caso estudado; revisão crítica da literatura; revisão crítica do manuscrito.

### Conflito de interesses

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

### Agradecimentos

A Mariangela Esther Alencar Marques, médica patologista, pelo auxílio diagnóstico e documentação do caso.

A Eliete Correa Soares, fotógrafa da disciplina de Dermatologia, pelo auxílio na documentação do caso relatado.

### Referências

1. Hrycyk MF, Garces HG, Bosco SMG, Oliveira SL, Marques SA, Bagagli E. Ecology of *Paracoccidioides brasiliensis*, *P. lutzii* and related species: infection in armadillos, soil occurrence and mycological aspects. *Med Mycol*. 2018;56:950–62.
2. Turissini DA, Gomez OM, Teixeira MM, McEwen JG, Matute DR. Species boundaries in the human pathogen *Paracoccidioides*. *Fungal Genetics Biol*. 2017;106:9–25.
3. Almeida Junior JN, Peçanha-Pietrobon PM, Colombo AL. *Paracoccidioidomycosis* in immunocompromised patients: A Literature Review. *J Fungi (Basel)*. 2018;5:2.
4. Radisic MV, Linares L, Afeltra J, Pujato N, Vitale RG, Bravo M, et al. Acute pulmonary involvement by *paracoccidioidomycosis* disease immediately after kidney transplantation: case report and literature review. *Transpl Infect Dis*. 2017;19:e12655.
5. Pontes AM, Borborema J, Correia CRM, de Almeida WL, Maciel RF. A rare *paracoccidioidomycosis* diagnosis in a kidney transplant recipient: case report. *Transplant Proc*. 2015;47:1048–50.
6. Zavascki AP, Bienardt JC, Severo LC. *Paracoccidioidomycosis* in organ transplant recipient: case report. *Rev Inst Med Trop São Paulo*. 2004;46:279–81.
7. Lima TC, Bezerra ROF, Siqueira LTB, Menezes MR, Leite CC, Porta G, et al. *Paracoccidioidomycosis* in a liver transplant recipient. *Rev Soc Bras Med Trop*. 2017;50:138–40.
8. Barreto MM, Marchiori E, Amorim VB, Zanetti G, Takayasu TC, Escuissato DL, et al. Thoracic *Paracoccidioidomycosis*: Radiographic and CT Findings. *Radio Graphics*. 2012;32:71–84.
9. Marques SA, Camargo RPM, Abbade LPF, Fortaleza CMCB, Marques MEA. *Paracoccidioidomycosis*: an unusual presentation in a young girl disclosing an unnoted HIV-infection. *Med Mycol*. 2010;48:182–7.
10. Shikanai-Yasuda MA, Mendes RP, Colombo AL, Queiroz-Telles F, Kono ASG, Paniago AMM, et al. Brazilian guidelines for the clinical management of *paracoccidioidomycosis*. *Rev Soc Bras Med Trop*. 2017;50:1–26.