

Caso relatado na Reunião de Discussão de Casos Clínicos do Hospital Universitário Prof. Polydoro Ernani de São Thiago, iniciada pelos Profs. Jorge Dias de Matos, Marisa Helena César Coral e Rosemeri Maurici da Silva, em julho de 2017. No dia 8 de novembro de 2018, no bloco do curso de medicina, realizou-se a apresentação e discussão do caso cujo registro é apresentado a seguir:

Caso 8/18: “Uma causa para duas doenças?”

Nelso Gasparin Júnior¹, Eduarda Nascimento Daum¹, Lucas Fernando Lanfredi², Fernanda Miranda², Johnaltan Ivon Neves², José Vitor Tondo², Regina Célia Santos Valim³

¹ Médico residente em infectologia do Hospital Nereu Ramos, Secretaria Estadual da Saúde, SC

² Acadêmico do curso de graduação em medicina, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina

³ Professora do Departamento de Clínica Médica, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina

Indexadores: Tuberculose; Paracoccidioidomicose; Desnutrição Proteico-Calórica
Autor para correspondência: Lucas Fernando Lanfredi (lucasfernando.lanfredi@gmail.com)

DOI: 10.32963/bcmufsc.v5i1.3527

Nelso Gasparin Jr (residente em infectologia): Boa noite. Nosso paciente é V., sexo masculino, 41 anos de idade, natural e procedente de T., SC, solteiro, com ensino fundamental incompleto, e que no momento estava desempregado.

Ele veio com queixas de cerca de três meses com astenia, hiporexia, e perda de peso de cerca 20kg neste período. Também tinha uma tosse seca eventual. Com piora progressiva dos sintomas, buscou atendimento médico.

Negava cefaleia, alterações visuais, parestias ou parestesias, não tinha linfonodomegalias, nem lesões em mucosa oral, nos lábios, faringe ou nasais. Não apresentava disfonia ou disfagia, dispneia em repouso ou aos esforços, expectoração ou dor torácica. Negava febre e sudorese noturna. Não tinha dor abdominal, alteração de hábito intestinal ou urinário e edema de membros inferiores.

Ele era previamente hígido, negava ser portador de outras morbidades ou uso contínuo de medicações, não tinha nenhuma alergia a medicamentos e negava cirurgias ou internações prévias.

Era etilista, com uma a duas doses de destilado por dia nos últimos dez anos. Ex-tabagista de aproximadamente 23 anos/maço, negava uso de drogas ilícitas.

Morava em casa em área urbana, porém na infância residira em área rural, onde atuou como agricultor. Porém nos últimos anos trabalhava com manutenção de rodovias, como limpeza e retirada de mato. Ele tem dois cães domésticos dentro de casa.

Roberto Heinisch (médico cardiologista): Você poderia voltar na história fisiológica-social do paciente e contar se a alimentação dele poderia justificar a perda ponderal?

Regina Valim (médica infectologista): Em termos de qualidade, a dieta dele era basicamente rica em carboidrato. Não nos parece que uma deficiência na ingesta alimentar explicasse o emagrecimento.

Roberto Heinisch (médico cardiologista): Outro aspecto na história fisiológica- social é a sexualidade. Sendo solteiro com 41 anos, gostaria de saber se ele tem vida sexual ativa.

Regina Valim (médica infectologista): Ele tinha uma história de ter tido várias parceiras, mas negava relacionamentos nos últimos meses.

Roberto Heinisch (médico cardiologista): Não tem nenhuma história de depressão? Transtorno de humor? Como era o sono?

Regina Valim (médica infectologista): Não tinha história de depressão, nem transtorno de humor. Não tinha queixas em relação ao sono, dormia bem.

Nelso Gasparin Jr (residente em infectologia): Em relação ao exame físico, estava em regular estado geral, bastante emagrecido (pesava 30,8kg), tinha palidez cutâneo mucosa ++/4+, estava hidratado, acianótico,

anicterico. Estava afebril, eupneico em repouso, saturando 96% em ar ambiente, os batimentos cardíacos a 100 bpm. Na oroscopia, nenhuma lesão de mucosa. Não foram encontradas linfonodomegalias cervicais, submandibulares, supraclaviculares, axilares ou inguinais.

submandibular, axilares ou inguinais. Na pele não tinha nenhuma lesão. Ausculta cardíaca, sem alterações, com ritmo cardíaco regular, em dois tempos, bulhas normofonéticas, sem sopros. Na ausculta pulmonar tinha um murmúrio vesicular reduzido bilateralmente com roncos esparsos. O abdômen era plano, com ruídos hidroaéreos presentes, depressível e indolor, não tendo sido palpada nenhuma visceromegalia e nem massas. Nos membros inferiores, panturrilhas livres e sem edema.

O paciente foi internado para investigação. Foram realizados alguns exames laboratoriais iniciais, e no hemograma já se evidenciava pancitopenia.

A radiografia de tórax na chegada tinha alterações importantes e logo foi obtida uma tomografia de tórax, cujo laudo é o seguinte: “múltiplos pequenos nódulos/micronódulos difusos predominantemente centrolobulares com padrão em árvore em brotamento, também presentes de forma menos pronunciada nas cisuras e regiões subpleurais, associados a focos de consolidação irregulares esparsos bilateralmente. Presença de lesões cavitadas esparsas, algumas de paredes espessadas e com projeções papilares

internas, localizadas no segmento superior do lobo inferior e no segmento posterior do lobo superior à direita, a maior delas no lobo inferior direito medindo 2,0 x 1,4 x 1,5 cm nos maiores eixos. Nota-se na periferia do lobo superior direito foco de consolidação de aspecto irregular com distorção arquitetural, bronquiolectasias e retração pleural associadas, sugerindo componente fibrotico, possivelmente de aspecto sequelar sobreposto, porém não podendo excluir qualquer alterações de outra natureza neoplásica. Sugere-se, a critério clínico, realizar exame de controle tomográfico desta lesão após o tratamento. Derrame pleural à direita, com espessura de 0,6 cm, com componente cissural. Espessamento difuso das paredes brônquicas. Traqueia e brônquios-fonte sem alterações. Ausência de linfonodomegalias mediastinais e hilares. Linfonodo axilar proeminente à direita, medindo 1,6 x 0,8 cm, com morfologia preservada. Aorta e artérias pulmonares de curso e calibre normais. Coração de volume normal. Adrenais anatômicas. A possibilidade de processo infeccioso/inflamatório deve ser considerado no diagnóstico diferencial na dependência da correlação clínica, dentre elas tuberculose pulmonar secundária, de disseminação predominantemente canalicular, não sendo possível excluir componente hematogênico associado. Importante a correlação com dados clínico-laboratoriais sobretudo presença e grau de imunossupressão.”



Figura 1. Tomografia computadorizada de tórax

Também foi feita uma tomografia de abdome, que revelou ascite moderada e linfonodos mesentéricos e retroperitoneais proeminentes, medindo até 14 x 11 mm na cadeia para-aórtica esquerda.

Então foram pesquisadas algumas hipóteses diagnósticas, sendo a mais frequente logo encontrada: ele tinha a pesquisa de BAAR em lavado broncoalveolar positiva. Foram feitos testes rápidos de hepatite B, C e HIV, sendo negativos. Com o diagnóstico de tuberculose, foi iniciado o tratamento com RHZE.

Por haver pancitopenia pensou-se em comprometimento da medula óssea e uma biópsia deste tecido foi realizada. O resultado foi: "Padrão levemente hipocelular com granulomas de padrão linfo-histiocitário, com células multinucleadas, sem necrose. Negativa para malignidade. Pesquisa de BAAR negativa. Pesquisa de fungos positiva, sugestiva de infecção por paracoccidioidomicose.

Foi então também iniciada a terapia com anfotericina B desoxicolato 0,7mg/kg/dia até a dose acumulada de 10 mg/kg, seguida terapia com sulfametoxazol/trimetoprim. A partir daí começou a haver melhora do hemograma, e à alta hospitalar ele tinha hemoglobina de 10,2 g/dl, hematócrito 30,2%, 2.530 leucócitos com 1.424 segmentados, 574 linfócitos e 282.000 plaquetas/ml.

Jorge Dias de Matos (médico nefrologista): Ele recebeu o diagnóstico de tuberculose, e a tuberculose poderia explicar a pancitopenia. Porque fizeram a biópsia de medula?

Regina Valim (médica infectologista): Entendemos que o paciente estava muito consumido, e como a frequentemente vemos pacientes imunossuprimidos sofrerem com mais de uma patologia infecciosa simultaneamente, resolvemos avançar a investigação para a medula óssea supondo que outra doença pudesse estar associada para justificar tamanho comprometimento. E acabamos sendo surpreendidos pela paracoccidioidomicose ali na medula do paciente que tinha tuberculose pulmonar - o não é uma associação incomum, há vários relatos de paracoccidioidomicose junto com tuberculose.

Jorge Dias de Matos (médico nefrologista): Acredito que não há como saber com certeza, mas vocês acham que no pulmão também havia paracoccidioidomicose?

Regina Valim (médica infectologista): Sim, achamos. E foi feita a pesquisa para fungos no lavado broncoalveolar. Não sabemos a causa da negatividade

do exame. Talvez a concomitância da infecção com tuberculose prejudique a análise.

Jorge Dias de Matos (médico nefrologista): Por isso a medicina é difícil e por isso a experiência clínica faz diferença. Se o diagnóstico estivesse sendo feito por um computador, provavelmente ia parar no diagnóstico de tuberculose. Mas ao "sentir" que o doente poderia ter algo a mais, avançou-se com a investigação que talvez tenha salvo o paciente.

Fabricio Neves (médico reumatologista): Vocês chegariam a conclusão de que ele tem os dois diagnósticos mesmo?

Regina Celia Valim (médica infectologista): Sim. Acreditamos nisso.

Fabricio Neves (médico reumatologista): Já houve tempo de observar alguma melhora clínica?

Bruno Carvalho (interno): Atendemos ele no ambulatório, ele já ganhou quase 4 kg.

Jorge Dias de Matos (médico nefrologista): Quanto tempo para tratar a paracoccidioidomicose?

Bruno Carvalho (interno): São dois anos.

Thais Weber da Silva (médica cardiologista): E esse diagnóstico foi a primeira vez de um processo infeccioso mais importante? Ele era saudável, não tinha infecções recorrentes?

Regina Valim (médica infectologista): Em princípio sim, ele relatava ser previamente hígido.

Thais Weber da Silva (médica cardiologista): Então, o que eu fico pensando nesse caso é que provavelmente ele fez uma desnutrição e teve uma deficiência da imunidade adquirida (não por um vírus, como no HIV, mas por um quadro de desnutrição mesmo). Se ele já tivesse tido outras infecções por fungos ou micobactérias previamente, pensaria em uma imunodeficiência celular congênita. Como não tinha essa história, acredito que seja secundário a um quadro de desnutrição extrema. Porque a resposta imunológica para fungos e para micobactérias é semelhante, imunidade celular mediada por linfócitos Th1. Então, pensaria num único fator que propiciou a infecção por dois agentes diferentes.

Roberto Heinisch (médico cardiologista): Por isso era importante a pergunta do aspecto nutricional.

Roberto Léo da Silva (médico cardiologista): A paracoccidiodomicose explicaria o quadro dele clínico dele todo?

Regina Valim (médica infectologista): Sim.

Roberto Léo da Silva (médico cardiologista): E qual a porcentagem de falso positivo, isto é, de encontrar BAAR no lavado e não ter tuberculose? O caso poderia ser explicado com apenas um diagnóstico (paracoccidiodomicose) e um falso positivo no lavado, não havendo tuberculose.

Regina Valim (médica infectologista): O lavado possui acurácia considerada de excelência, tanto que quando comparado ao escarro, o lavado equivale aos 3 escarros que você teria que pedir ao paciente para coletar. Vamos, então, para a positividade desse lavado: ele tem um lavado com positividade em duas cruzes, o que sugere uma carga bacilar já mais relevante. Eu não consideraria esse lavado como falso positivo.

Roberto Heinisch (médico cardiologista): Foi realizado o PPD?

Regina Valim (médica infectologista): Não, era um paciente que tinha uma alteração da imunidade, o que dificultaria a interpretação.

Aline Caramori (interna): E a imunodifusão para fungos?

Nelso Gasparin Jr (residente em infectologia): Teve resultado negativo. Sua sensibilidade não é excelente, e imagino que no paciente imunodeprimido seja mais baixa.

Jorge Dias de Matos (médico nefrologista): A cultura do lavado para micobactérias está em andamento, se vier positiva, haverá confirmação da tuberculose.

Thais Weber da Silva (médica cardiologista): Outro exame que está disponível é o teste rápido molecular para *Mycobacterium tuberculosis*.

Jorge Dias de Matos (médico nefrologista): Eu gostaria de lembrar de um cuidado com a interpretação da creatinina sérica, porque o paciente está tomando uma dose razoável de sulfametoxazol com trimetoprim, sendo que o trimetoprim compete com a secreção tubular de creatinina, e seu nível sérico aumenta porque ela é menos secretada, e não por diminuição da filtração. Para uma avaliação da função glomerular seria necessário medir (e não calcular) o clearance de creatinina.

Roberto Heinisch (médico cardiologista): Podemos lembrar do eletrocardiograma? Porque essa medicação pode alargar o intervalo PQ. E quando o paciente possui quadro de desnutrição, ele pode ter alterações eletrolíticas: o magnésio, por exemplo, às vezes reduzido, é um dos fatores que aumentam o intervalo PQ.

Jorge Dias de Matos (médico nefrologista): O que eu acho estranho é a paracoccidiodomicose não dar nenhuma manifestação no exame físico: não havia lesões orofaríngeas, nem cutâneas?

Regina Valim (médica infectologista): Não. Realmente, não é uma forma comum de apresentação da doença, principalmente em paciente adulto. Talvez, novamente, um quadro modificado pela imunossupressão. Imagino que o etilismo fosse mais importante do que o que foi registrado na história, e um agravante para gerar desnutrição e imunodepressão.

Publique seu trabalho no “Boletim”!

Com registro ISSN e indexado no Google acadêmico, o “Boletim” é o periódico apropriado para a publicação de trabalhos voltados à prática e ensino médicos locais. Veja a seguir as normas para publicação:

Sobre o “Boletim do Curso de Medicina da UFSC”

Submissões para publicação:

Preferencialmente online através do sistema Open Journals System. Acesso em:

<http://ojs.sites.ufsc.br/index.php/medicina>

Crie seu login e senha para acesso à revista através da página de cadastro, clicando em “Sobre” e em “Submissões”

Diretrizes para Autores

Trabalhos enviados para publicação devem ser montados em arquivo .doc ou .docx com a seguinte estrutura:

Página de rosto: indicando a sessão em que pretende publicar o trabalho (veja detalhes das sessões em "Políticas de Sessão"), título, identificação dos autores em ordem de citação (nome completo, setor de trabalho, titulação e email de contato), endereço para correspondência do autor responsável pelos contatos.

A declaração de conflitos de interesse dos autores deve aparecer na folha de rosto e será publicada junto ao trabalho. Incluir fontes de apoio financeiro ao trabalho e citar se os autores possuem vinculação a empresas/coletivos/partidos que tenham interesse na divulgação das informações do trabalho.

Deve ser anexado um documento .pdf contendo o seguinte texto: "Declaração de concordância - os autores abaixo assinados declaram que concordam com a publicação do trabalho intitulado (escrever o título do trabalho) em "Boletim do Curso de Medicina da UFSC" e que aceitam as normas de publicação neste periódico. Os autores declaram os seguintes conflitos de interesse: (declarar ligação a empresas/coletivos/partidos/movimentos com interesse na divulgação das informações do trabalho). Cidade, data - Nome completo, e-mail e assinatura de todos os autores"

Segunda página: Resumo com até 250 palavras (estruturado da mesma forma que o artigo), seguido de três a seis palavras-chave, separadas por ponto-e-vírgula, para indexação (baseadas no DECs - descritores em ciências da saúde) Em seguida, o artigo (com o máximo de 3000 palavras). Se artigo original, estruturado em seções (Introdução, Objetivos, Método, Resultados, Discussão e Conclusões). Artigos de revisão narrativa podem ter estrutura Introdução, Método, Revisão e Conclusões. As sessões "Artigos", "o que o residente lê" e "Cartas" tem estrutura livre e não exigem resumo. Trabalhos envolvendo pesquisa com seres humanos ou animais devem mencionar a aprovação no respectivo Comitê de Ética em Pesquisa. Ensaios clínicos devem mencionar o registro em órgão competente.

O artigo deve ser escrito em fonte Times New Roman, tamanho 12, espaço simples. As referências devem seguir a norma de Vancouver, conforme divulgadas nas orientações para o Trabalho de Conclusão de Curso da Medicina (<http://www.medicina.ufsc.br/files/2011/11/NORMAS-TCC-MEDUFSC-2011.pdf>) e nas orientações de normatização de trabalhos acadêmicos da Biblioteca Universitária (<http://portal.bu.ufsc.br/normalizacao/>), sendo numeradas ao longo do texto em algarismos arábicos sobrescritos.

Figuras e tabelas devem seguir as mesmas normas do TCC da medicina (<http://www.medicina.ufsc.br/files/2011/11/NORMAS-TCC-MEDUFSC-2011.pdf>). Tabelas podem ser incorporadas no mesmo arquivo do texto; figuras podem ser incorporadas no texto, mas também devem ser encaminhadas como "arquivo suplementar".