



FORMA GRAVE DE DOENÇA ENDÊMICA SUBNOTIFICADA: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO

Bianca Valinhas
Ana Laura Oliveira Martens
Daniel Obadia
Dávson Aguilar Guimarães
Priscilla Namora Bastos
Marcelo Rosandiski Lyra

ANAMNESE



IDENTIFICAÇÃO

Sexo **masculino**, **20 anos**, fototipo VI, solteiro, **militar** da ativa (atua no canil, com contato frequente com animais), natural e residente de **Barra Mansa** – Rio de Janeiro.



HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

Em novembro de 2025, iniciou quadro de **febre**, **sudorese noturna**, **tosse seca**, **perda ponderal de 7 kg em um mês** e astenia, associado à dor e **distensão abdominal**, inapetência, constipação e surgimento de **nódulos na região cervical e inguinal**.



MOTIVO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Investigação de **linfonodomegalia generalizada** associada a sintomas sistêmicos pela Clínica Médica e Hematologia.

ANAMNESE



HISTÓRIA PATOLÓGICA PREGRESSA

Negava comorbidades, uso de medicações contínuas, alergia medicamentosa e cirurgias prévias. Referia caxumba e varicela na infância.



HISTÓRIA SOCIAL

Negava tabagismo e etilismo.



HISTÓRIA FAMILIAR

Sem antecedentes relevantes.











EXAMES LABORATORIAIS

ANEMIA



Hb: 9,9

Ht: 29,5%

VCM: 74,1

RDW: 19,5%

Fe: 38

Transf: 154

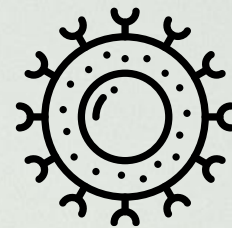
EXAMES LABORATORIAIS

ANEMIA



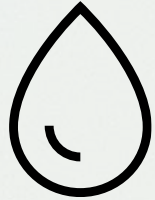
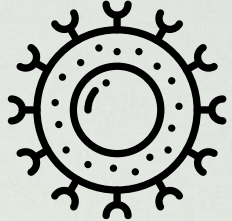
Hb: 9,9
Ht: 29,5%
VCM: 74,1
RDW: 19,5%
Fe: 38
Transf: 154

EOSINOFILIA

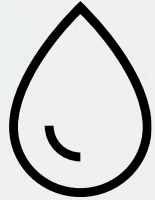
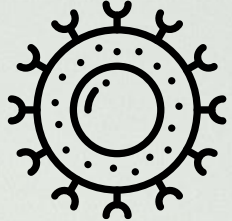
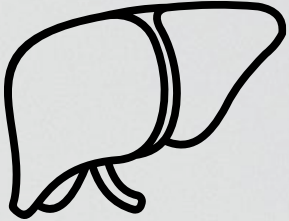


Leucócitos
24.270/mm³
Eosinófilos
68%
(16.503/mm³)

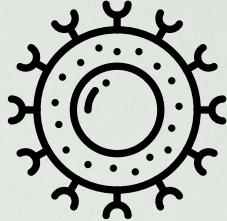
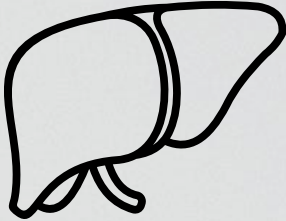
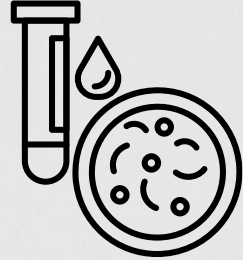
EXAMES LABORATORIAIS

ANEMIA	EOSINOFILIA	INFLAMAÇÃO
		
Hb: 9,9 Ht: 29,5% VCM: 74,1 RDW: 19,5% Fe: 38 Transf: 154	Leucócitos 24.270/mm³ Eosinófilos 68% (16.503/mm³)	VHS > 120 (VR <15) PCR 326 (VR <10) Alb 2,8

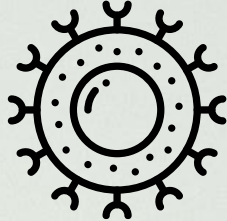
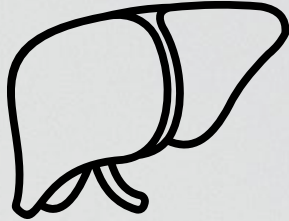
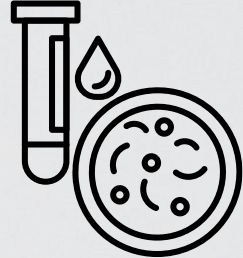
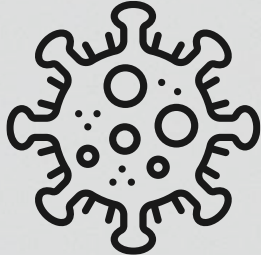
EXAMES LABORATORIAIS

ANEMIA	EOSINOFILIA	INFLAMAÇÃO	COLESTASE
 Hb: 9,9 Ht: 29,5% VCM: 74,1 RDW: 19,5% Fe: 38 Transf: 154	 Leucócitos 24.270/mm³ Eosinófilos 68% (16.503/mm³)	 VHS > 120 (VR <15) PCR 326 (VR <10) Alb 2,8	 BT: 7,0 BD: 5,6 BI: 1,4 GGT: 1146 FA: 1135 TGO: 81 TGP: 40

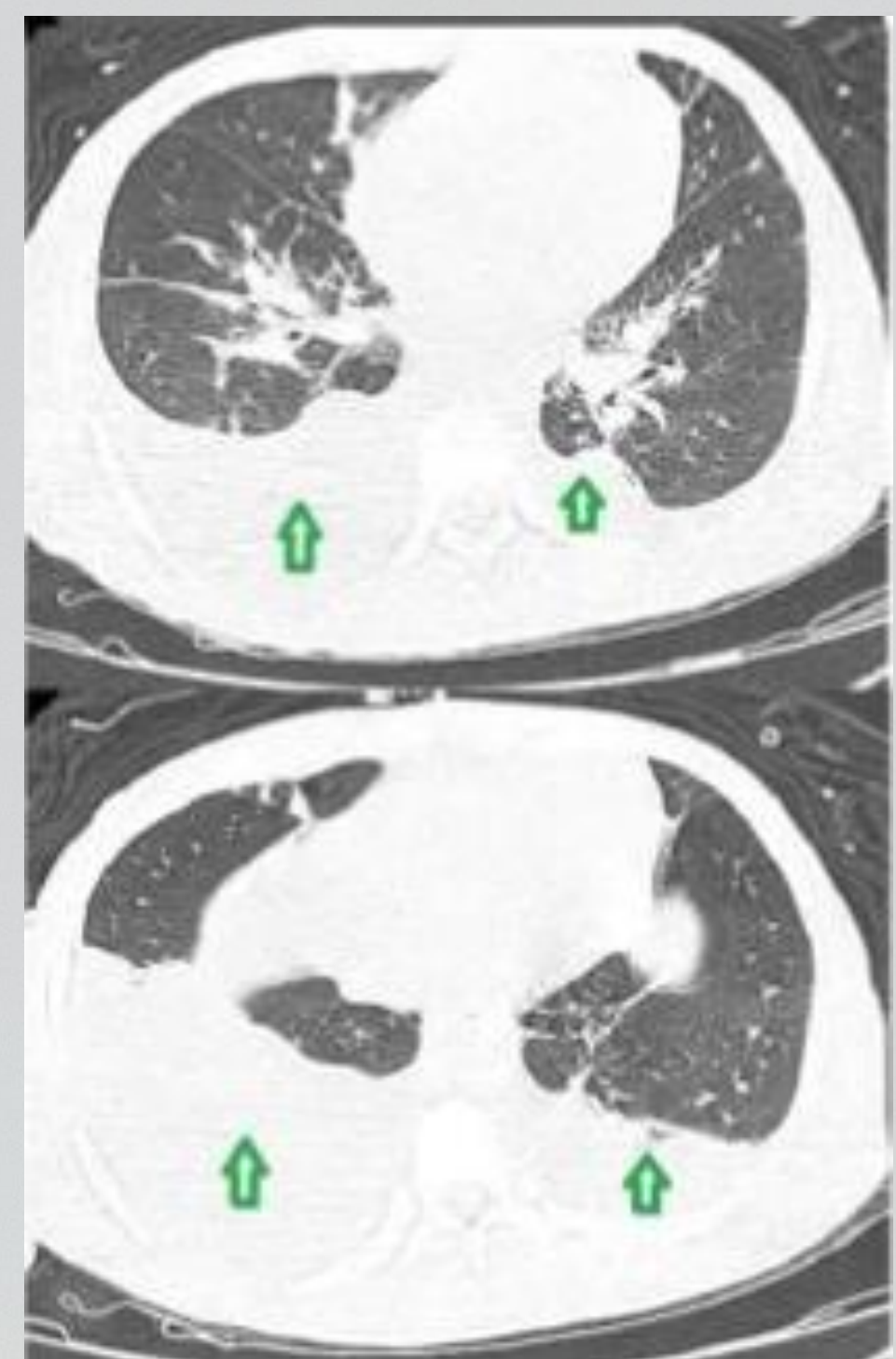
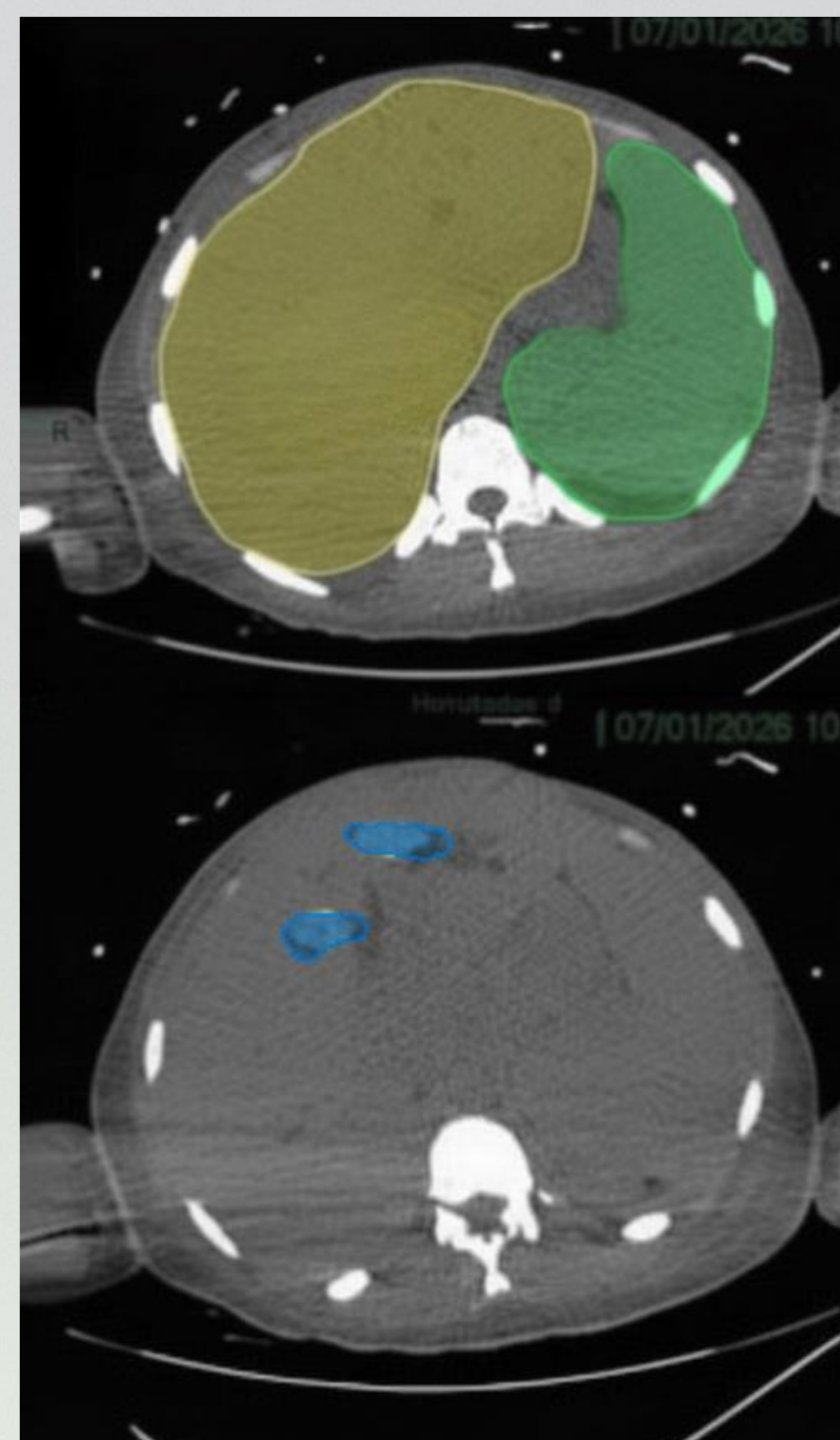
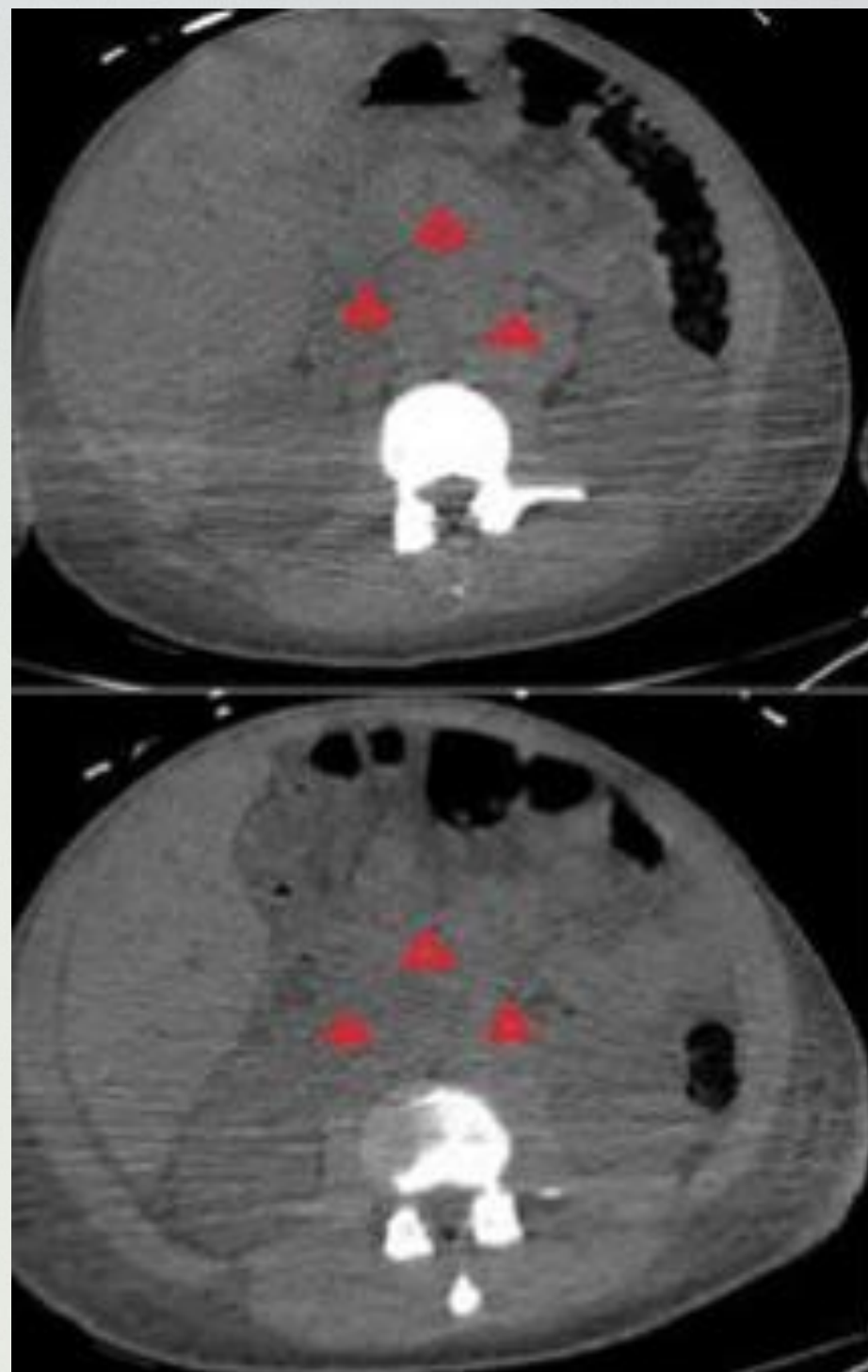
EXAMES LABORATORIAIS

ANEMIA	EOSINOFILIA	INFLAMAÇÃO	COLESTASE	COAGULAÇÃO
 Hb: 9,9 Ht: 29,5% VCM: 74,1 RDW: 19,5% Fe: 38 Transf: 154	 Leucócitos 24.270/mm³ Eosinófilos 68% (16.503/mm³)	 VHS > 120 (VR <15) PCR 326 (VR <10) Alb 2,8	 BT: 7,0 BD: 5,6 BI: 1,4 GGT: 1146 FA: 1135 TGO: 81 TGP: 40	 INR 1,54 TTPA 50,8

EXAMES LABORATORIAIS

ANEMIA	EOSINOFILIA	INFLAMAÇÃO	COLESTASE	COAGULAÇÃO	SOROLOGIAS
 Hb: 9,9 Ht: 29,5% VCM: 74,1 RDW: 19,5% Fe: 38 Transf: 154	 Leucócitos 24.270/mm³ Eosinófilos 68% (16.503/mm³)	 VHS > 120 (VR <15) PCR 326 (VR <10) Alb 2,8	 BT: 7,0 BD: 5,6 BI: 1,4 GGT: 1146 FA: 1135 TGO: 81 TGP: 40	 INR 1,54 TTPA 50,8	 HIV: NR HBV: NR HCV: NR VDRL: NR CMV: NR EBV: NR Toxo: NR

EXAMES DE IMAGEM



HIPÓTESE DIAGNÓSTICA PELA CLÍNICA MÉDICA

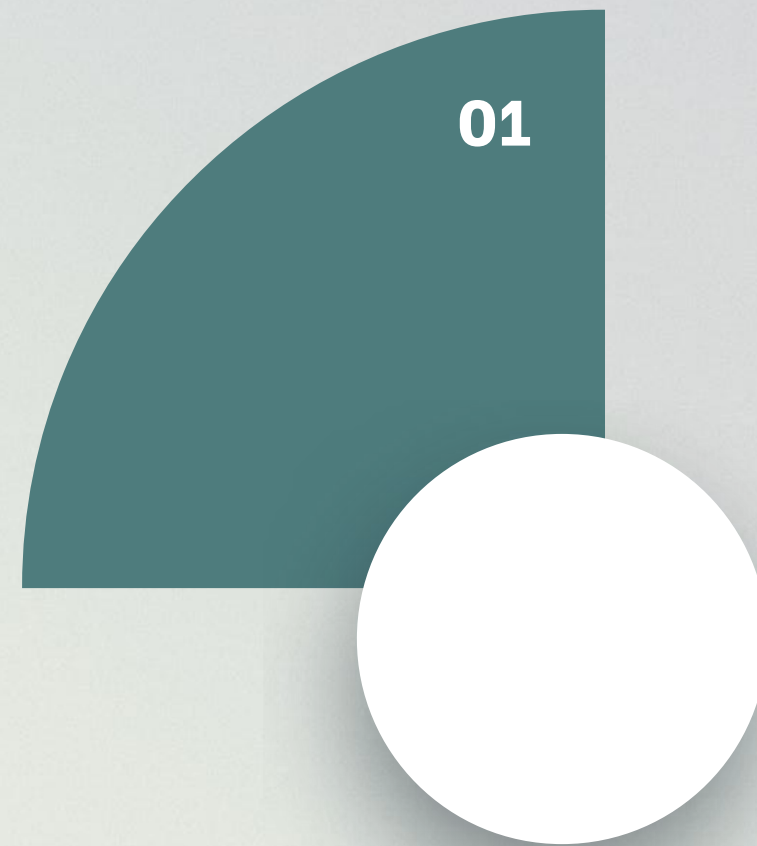
DOENÇA LINFOPROLIFERATIVA

CONDUTA INICIAL

PELA CLÍNICA MÉDICA

**BIÓPSIA DE
LINFONODO INGUINAL**

Com imunofenotipagem



CONDUTA INICIAL

PELA CLÍNICA MÉDICA

**BIÓPSIA DE
LINFONODO INGUINAL**

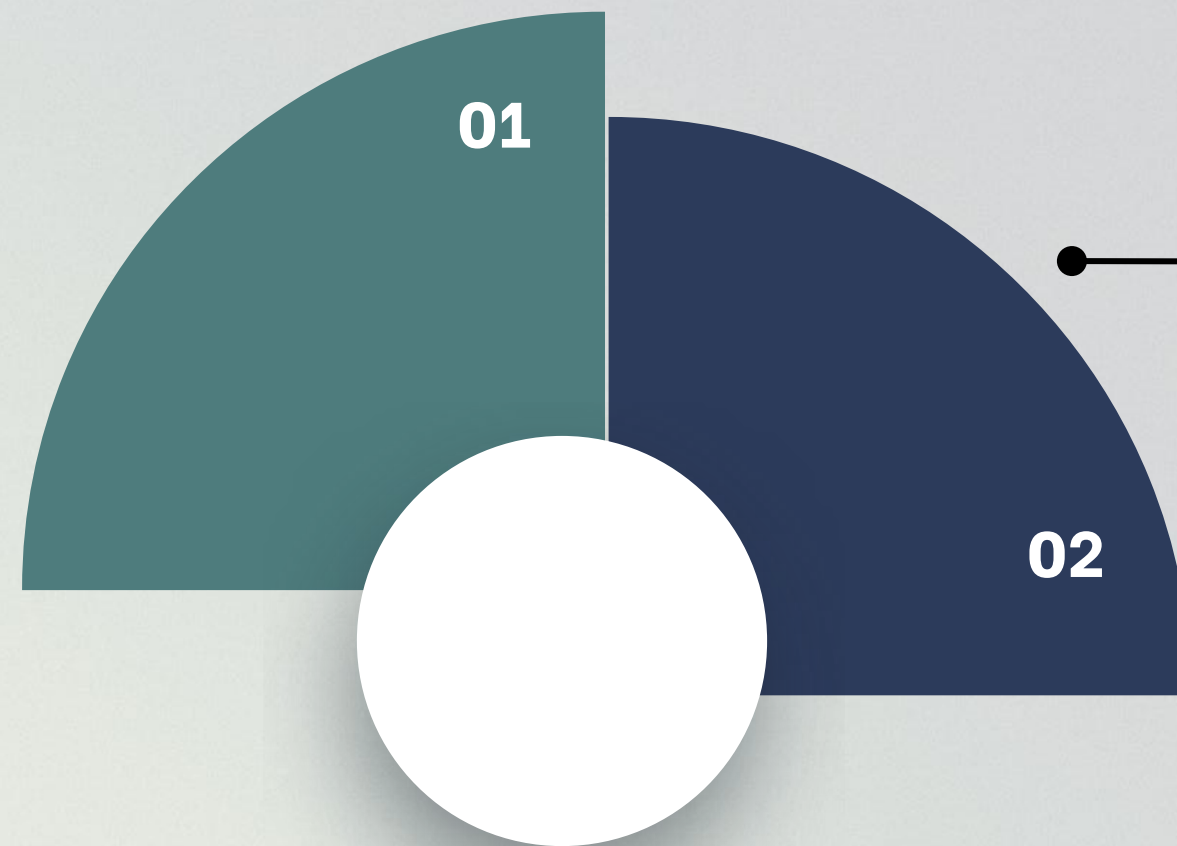
Com imunofenotipagem

01

**ALBENDAZOL +
IVERMECTINA ORAL +
ECOCARDIOGRAMA**

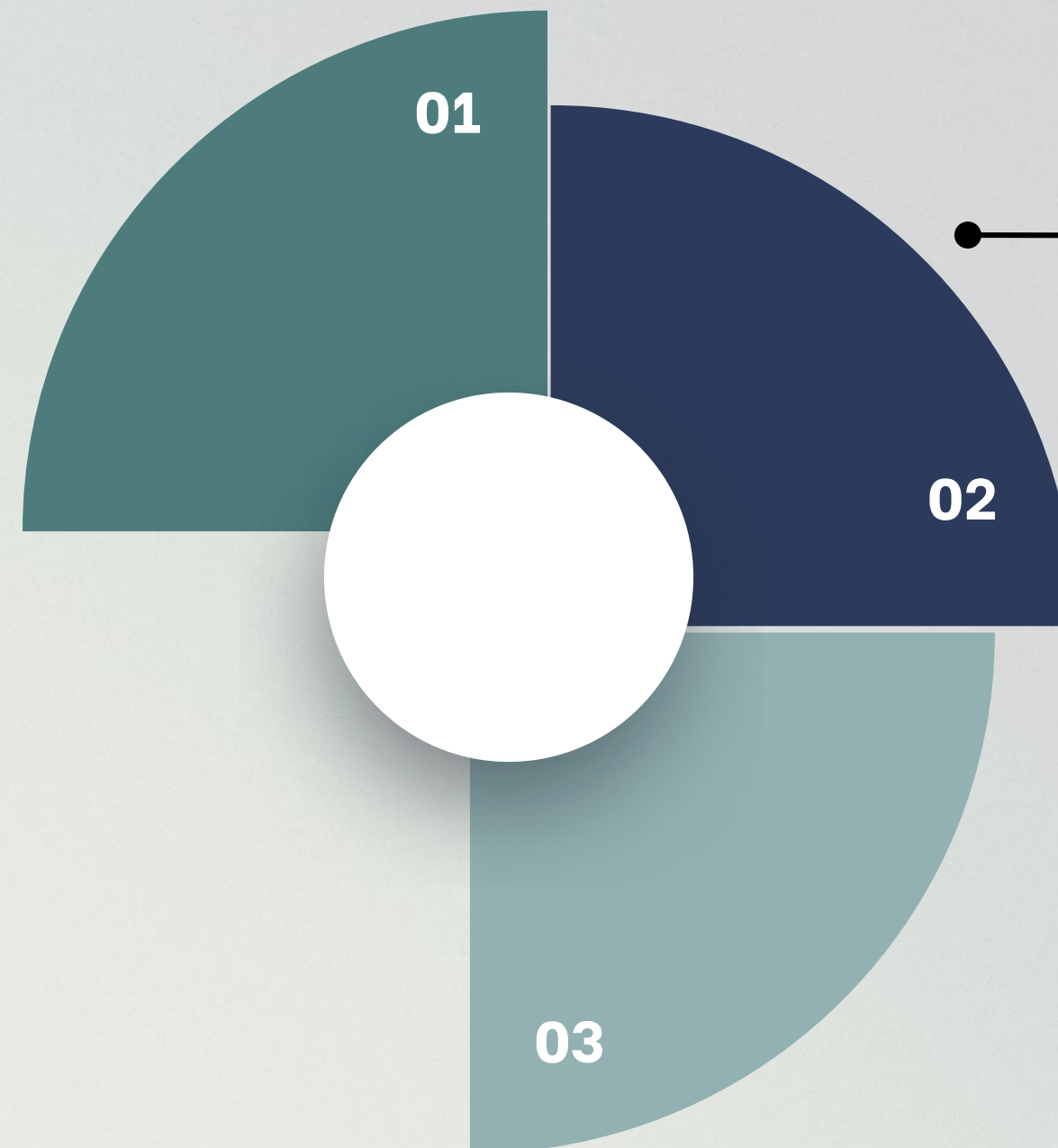
Preparo de eventual
quimioterapia

02



CONDUTA INICIAL PELA CLÍNICA MÉDICA

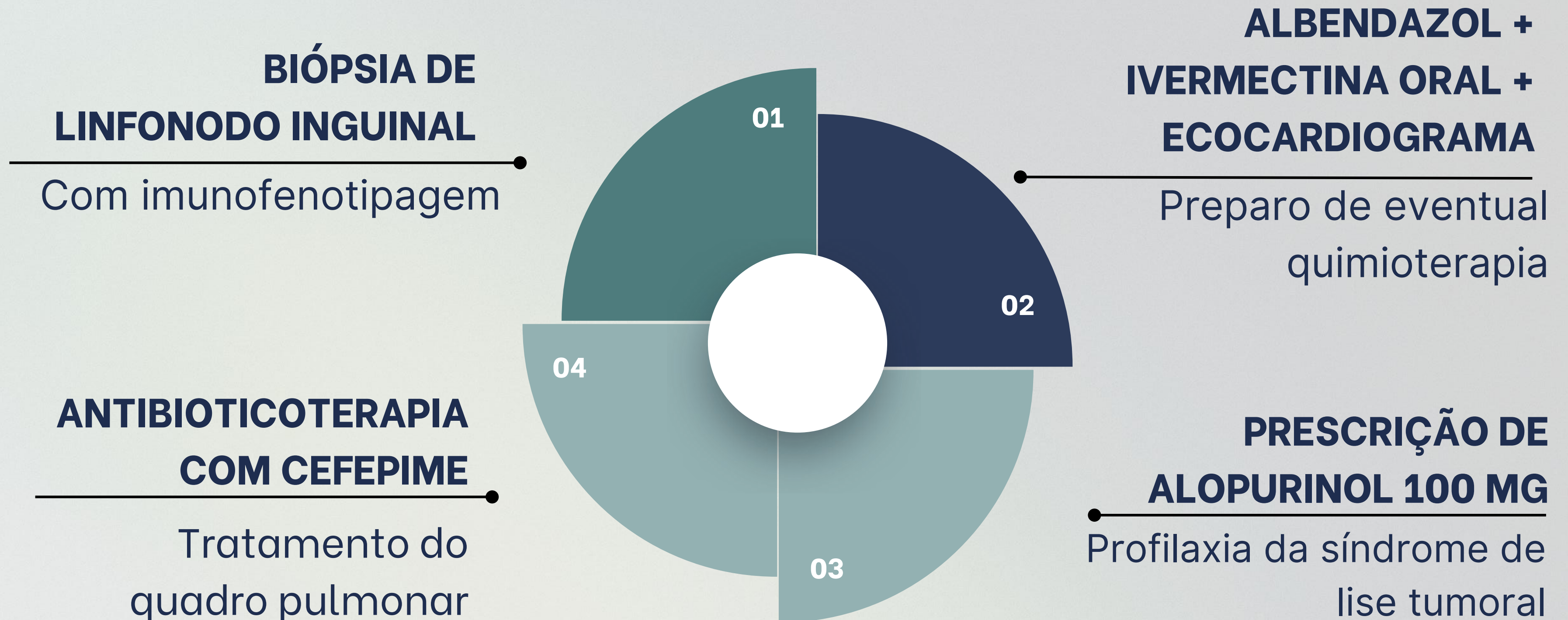
**BIÓPSIA DE
LINFONODO INGUINAL**
Com imunofenotipagem



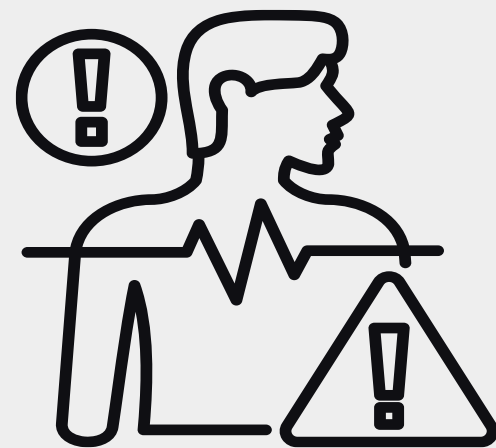
**ALBENDAZOL +
IVERMECTINA ORAL +
ECOCARDIOGRAMA**
Preparo de eventual
quimioterapia

**PRESCRIÇÃO DE
ALOPURINOL 100 MG**
Profilaxia da síndrome de
lise tumoral

CONDUTA INICIAL PELA CLÍNICA MÉDICA



QUADRO INICIAL



**Predomínio
sistêmico
linfonodal**

EVOLUÇÃO



**Progressão
das lesões
cutâneas**

PARECER



**Dermatologia
acionada**

HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS PELA DERMATOLOGIA

- **Paracoccidioidomicose aguda/subaguda**
- **Tuberculose cutânea**
- **Linfoma de Hodgkin**

CONDUTA DERMATOLÓGICA

Biópsia por punch de lesão nodular do couro cabeludo

**MICOLÓGICO
DIRETO**

CULTURA

HISTOPATOLOGIA

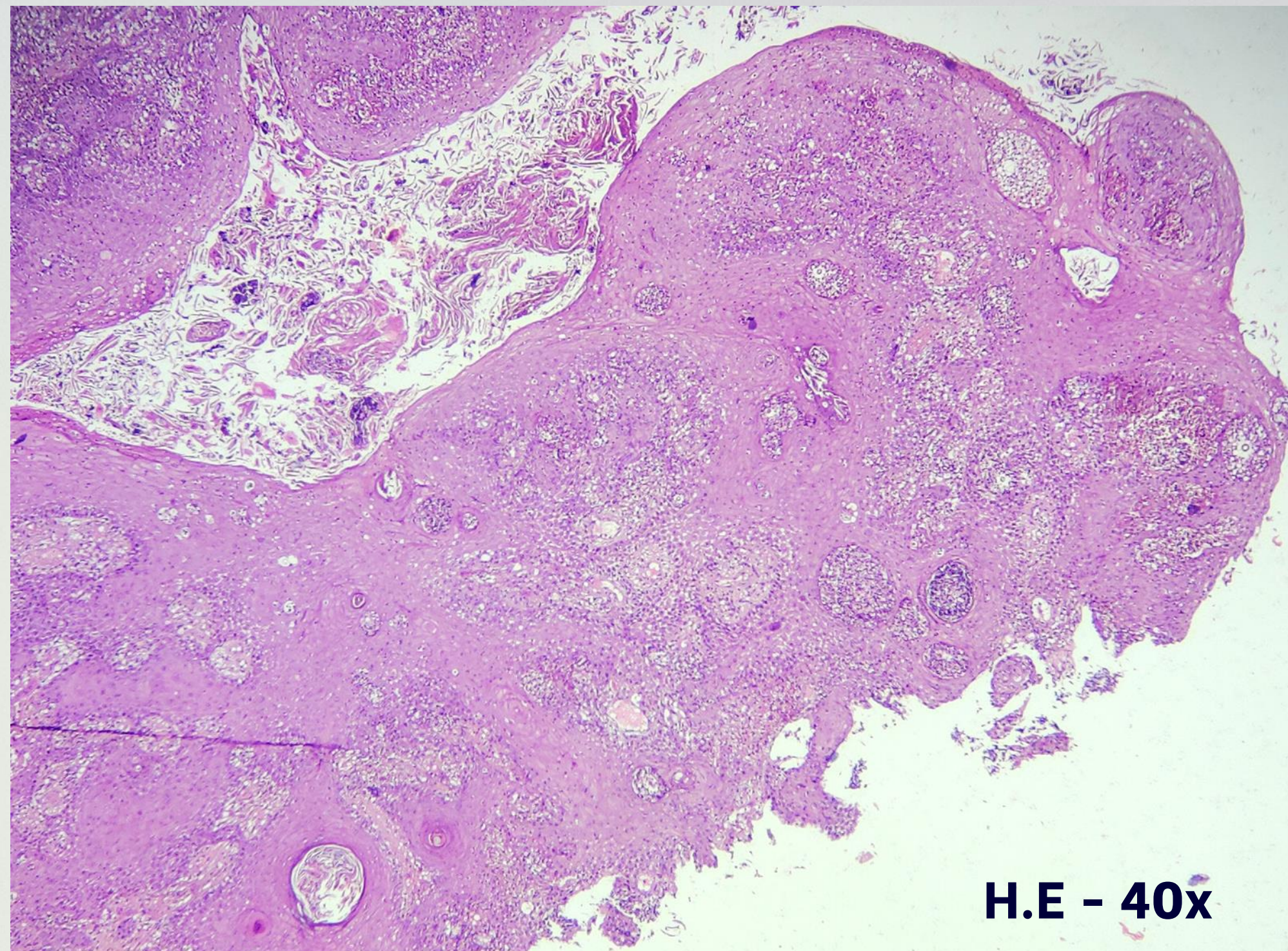
EXAME MICOLÓGICO DIRETO



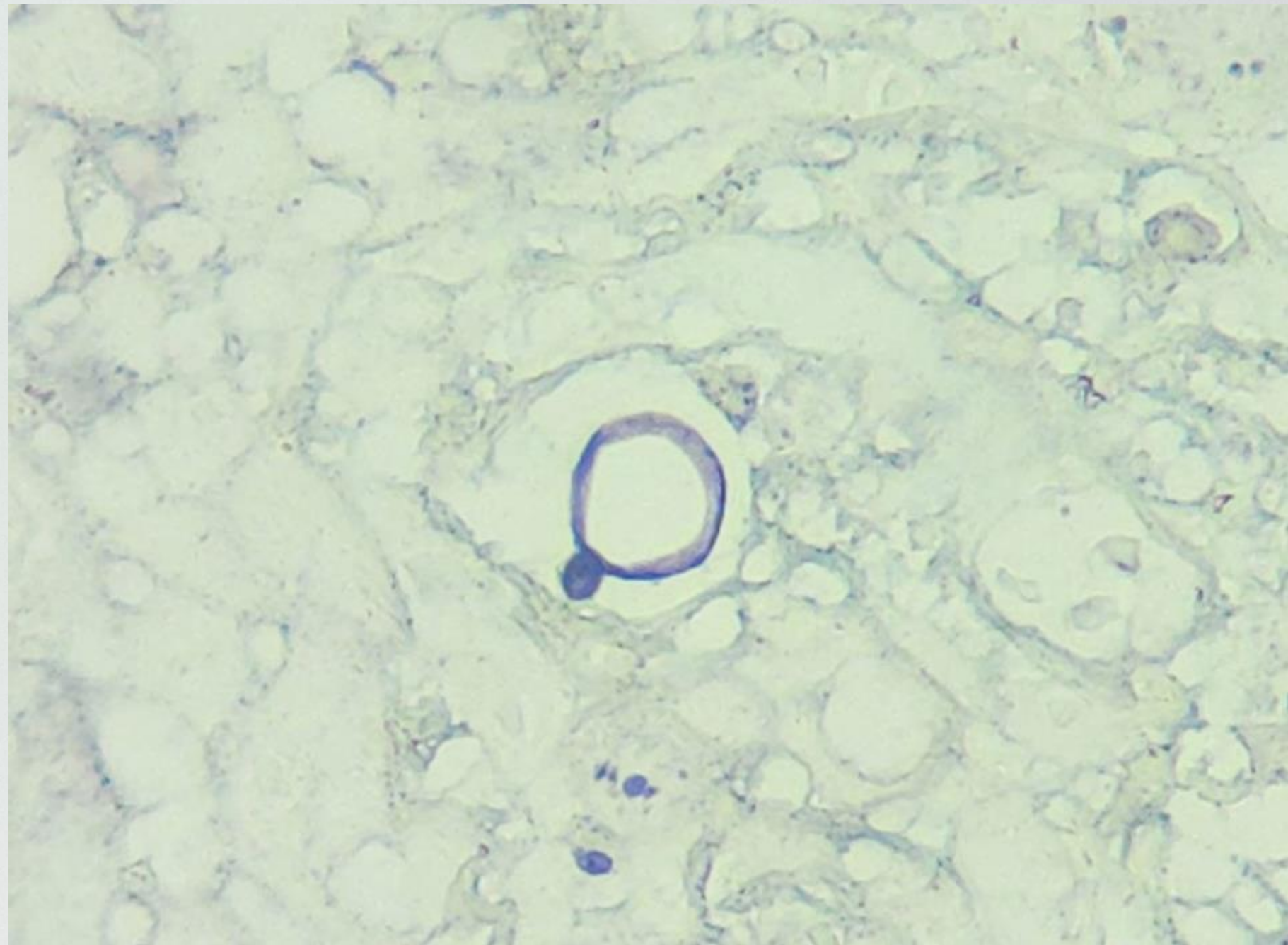
CULTURA



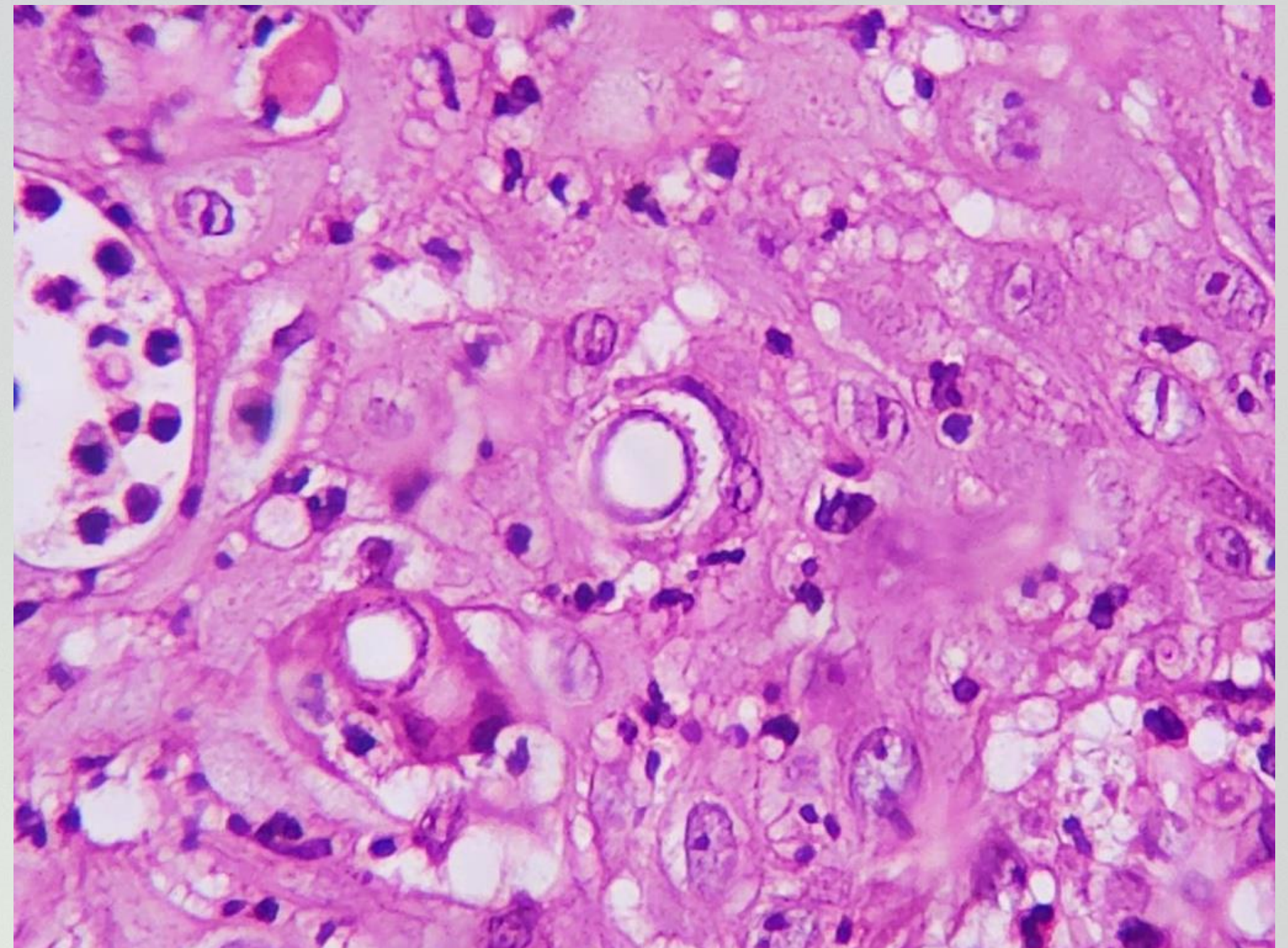
HISTOPATOLOGIA DA PELE



HISTOPATOLOGIA DA PELE



Grocott



H.E

HISTOPATOLOGIA DO LINFONODO INGUINAL

- Histoarquitetura obliterada
- Inflamação granulomatosa
- Células gigantes com estruturas fúngicas
- Brotamentos sugestivos de **infecção fúngica**

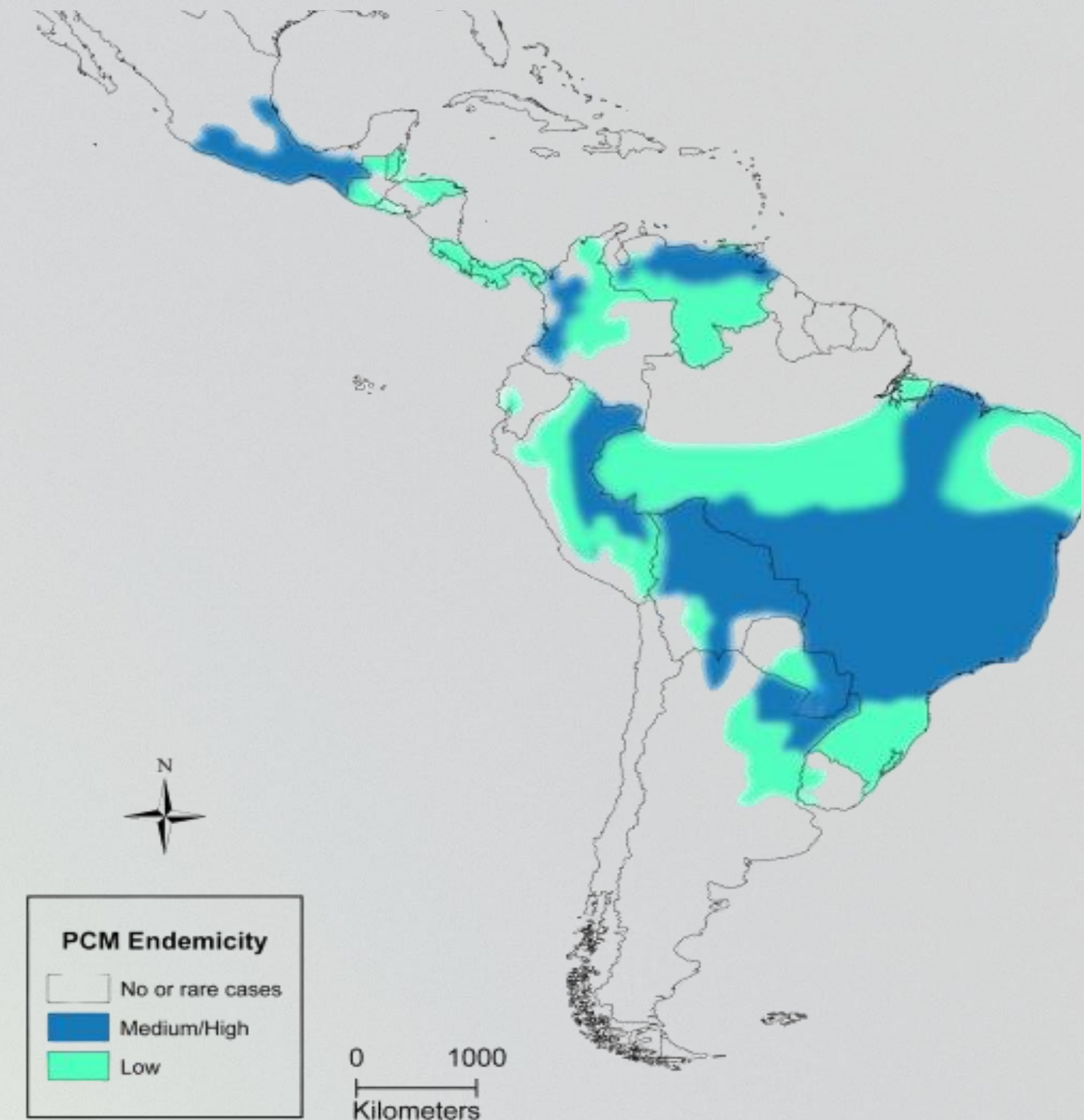
PARACOCCIDIOIDOMICOSE

FORMA AGUDA/SUBAGUDA

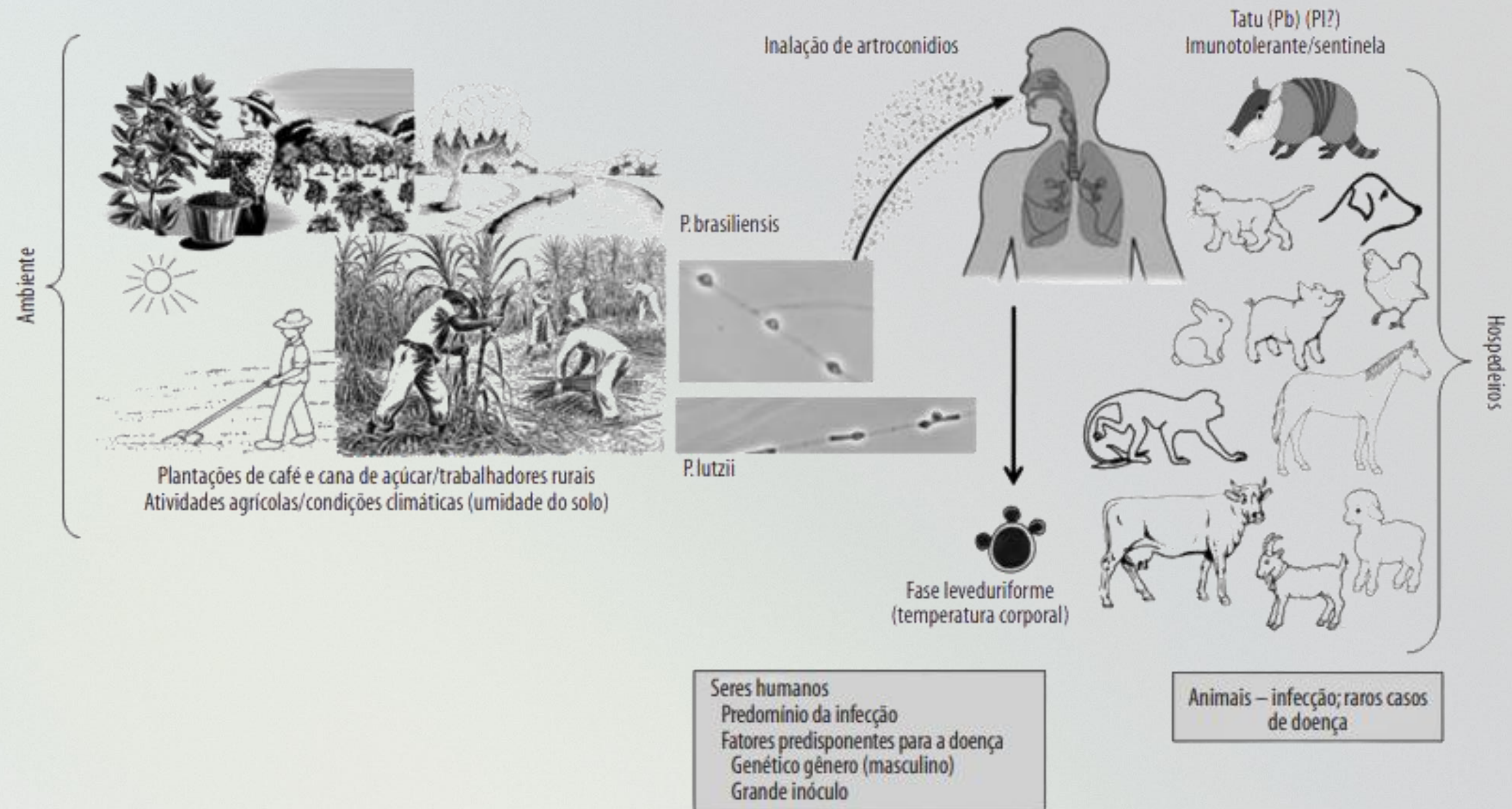
PARACOCCIDIOIDOMICOSE

- Micose sistêmica endêmica da América Latina
- Doença negligenciada e subnotificada
- Associada a elevada morbimortalidade
- **Brasil: 80% dos casos**

Venturini et al., 2026



ETIOLOGIA E VIA DE INFECÇÃO



CLASSIFICAÇÃO CLÍNICA DA PARACOCCIDIOIDOMICOSE

**Forma
aguda/subaguda
(juvenil)**

**Forma crônica
(do adulto)**

FORMA AGUDA/SUBAGUDA

- 5 – 25% dos casos
- Predomínio em **jovens**
- Evolução **rápida**, disseminada e **potencialmente grave**
- Predomínio do **sistema fagocitário-mononuclear**
- Vulnerabilidade social, desnutrição e mudanças ambientais

COMPROMETIMENTO LINFONODAL

- Precocidade e intensidade
- Pior prognóstico
- Predomínio cefálico-cervical
- **Massas ganglionares:** mimetismo linfoproliferativo e compressão abdominal



PELE



Frequência:
40% a 70%
dos casos



Marcador de
disseminação
sistêmica



Lesões
Ulceradas
Vegetantes
Verrucosas
Pleomórficas



Exame
micológico
acessível

RESPOSTA IMUNE NA FORMA AGUDA: PAPEL DA EOSINOFILIA

- Desvio imune Th2/Th9
- Ativação de IL-33
- Inflamação sistêmica
- Resposta antifúngica ineficaz

DIAGNÓSTICO



Demonstração do fungo

Exame direto
Histopatologia
Cultura



Complementares

Sorologia
Antígenos
PCR

TRATAMENTO FORMA GRAVE

INDUÇÃO

Anfotericina B lipídica

DOSE

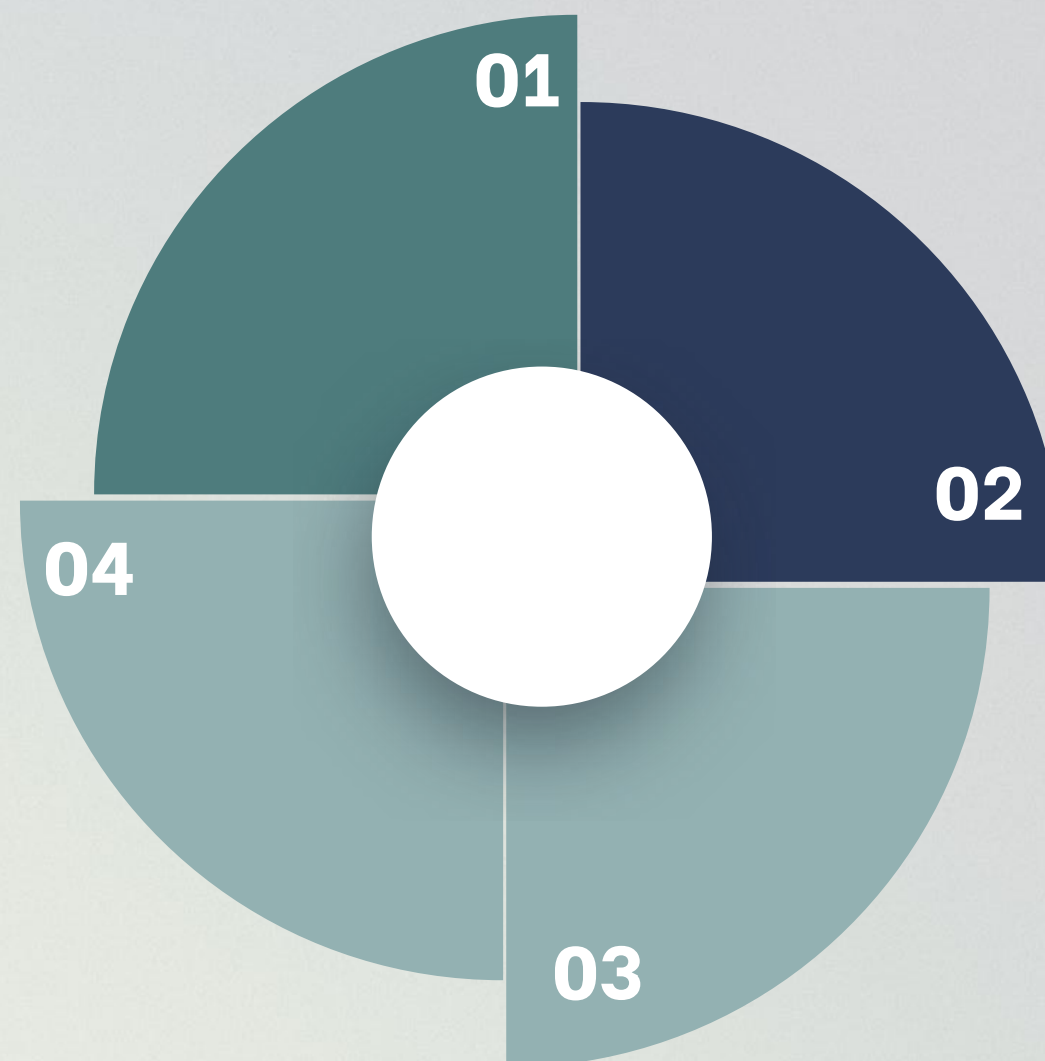
3–5 mg/kg/dia

DURAÇÃO

2 a 4 semanas

TRANSIÇÃO

Itraconazol oral
após estabilização



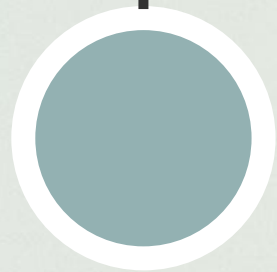
VOLTANDO AO CASO...

TERAPÊUTICA INSTITUÍDA

- Anfotericina B lipossomal 3 mg/kg/dia IV
- Dose calculada: 250 mg/dia (78 kg)
- Transição programada para itraconazol
- Seguimento pela Infectologia

EVOLUÇÃO CLÍNICA DESFAVORÁVEL

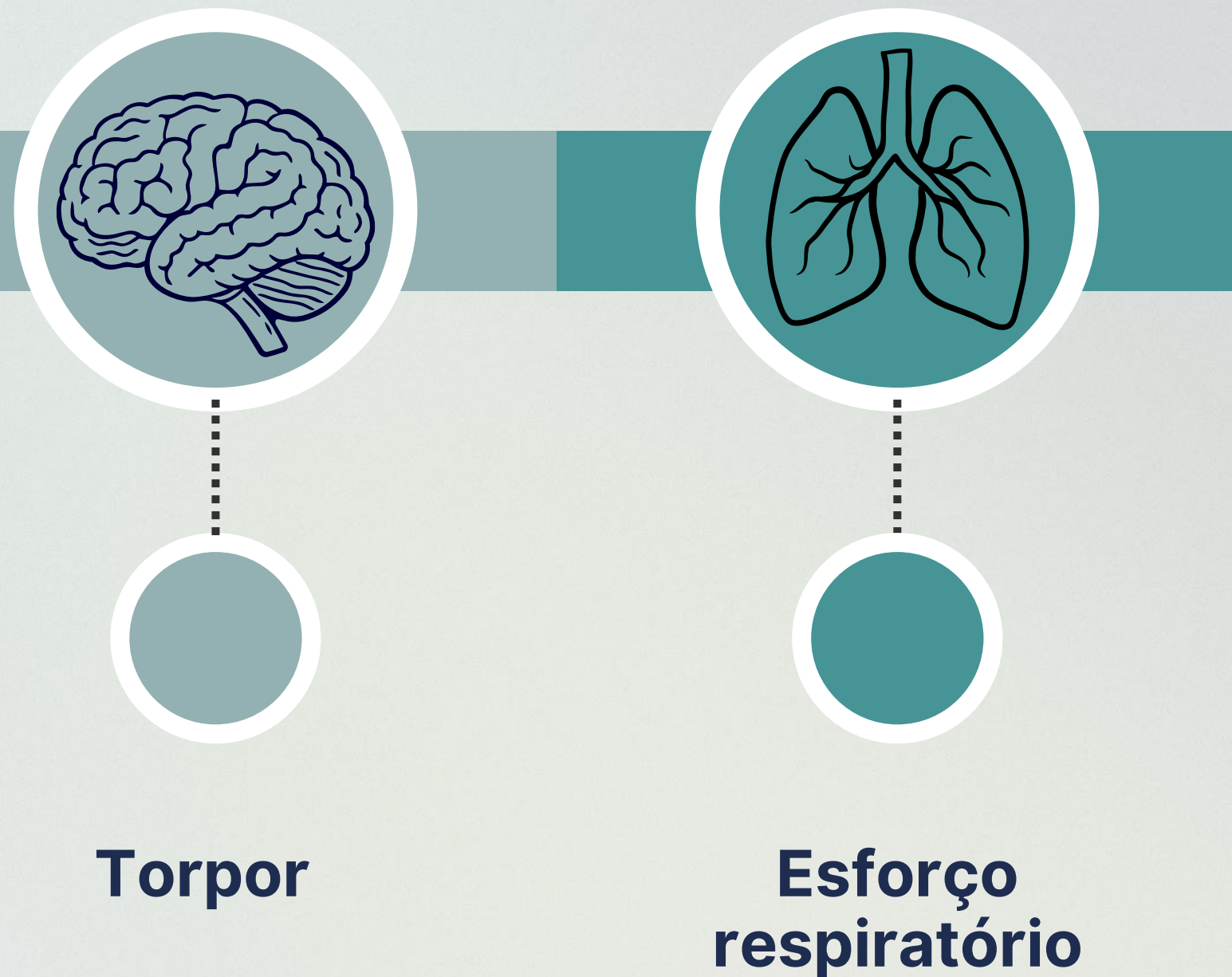
APÓS 6 DOSES DE ANFOTERICINA B LIPOSSOMAL



Torpor

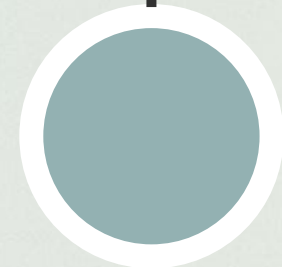
EVOLUÇÃO CLÍNICA DESFAVORÁVEL

APÓS 6 DOSES DE ANFOTERICINA B LIPOSSOMAL

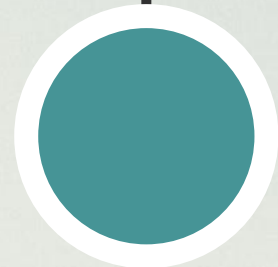


EVOLUÇÃO CLÍNICA DESFAVORÁVEL

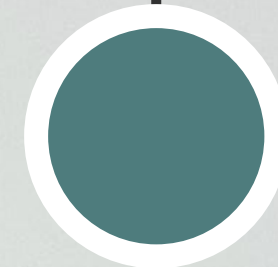
APÓS 6 DOSES DE ANFOTERICINA B LIPOSSOMAL



Torpor



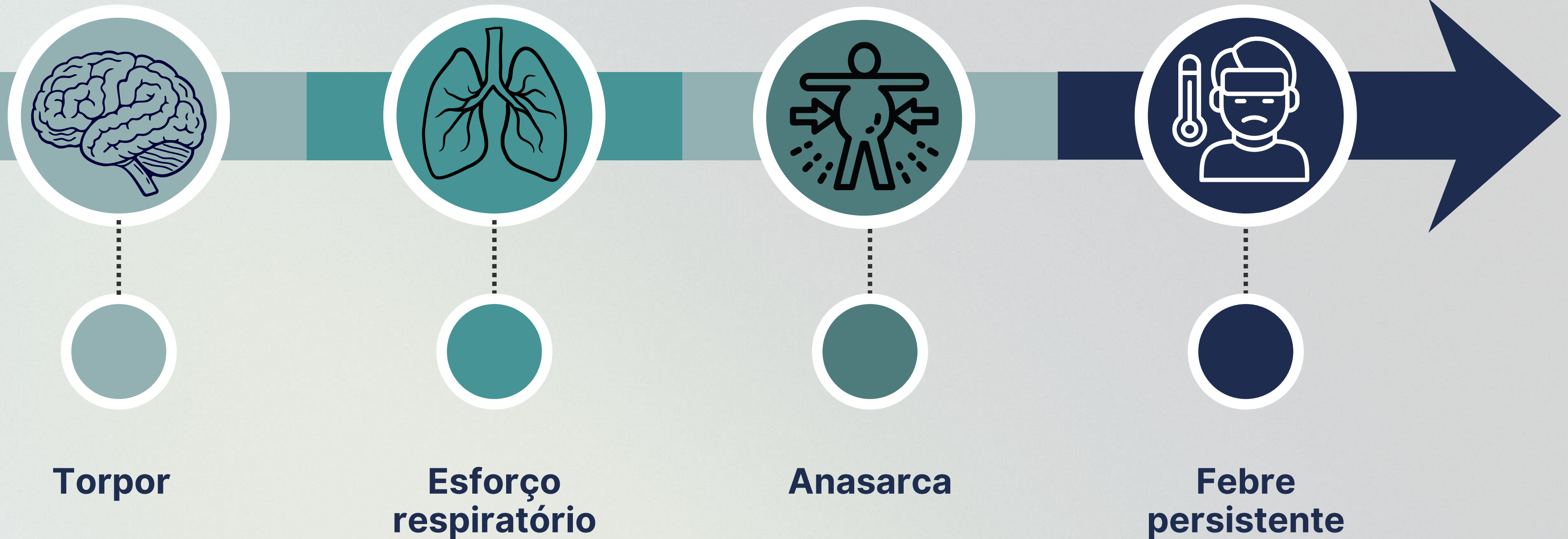
**Esforço
respiratório**



Anasarca

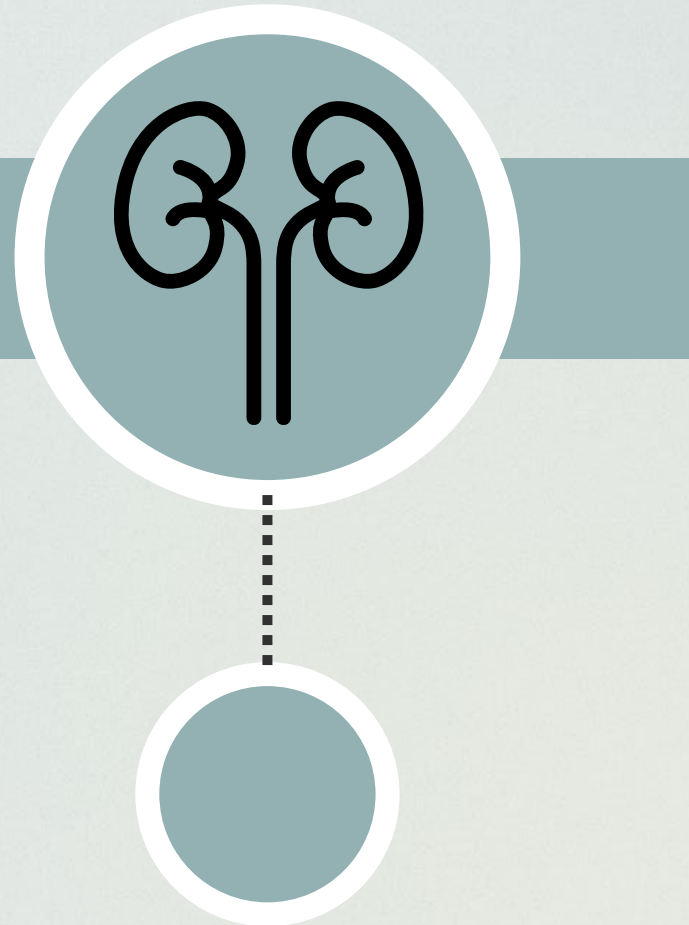
EVOLUÇÃO CLÍNICA DESFAVORÁVEL

APÓS 6 DOSES DE ANFOTERICINA B LIPOSSOMAL



PIORA LABORATORIAL

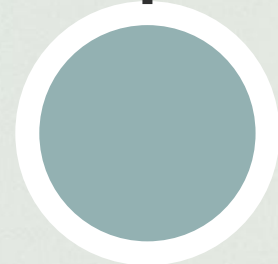
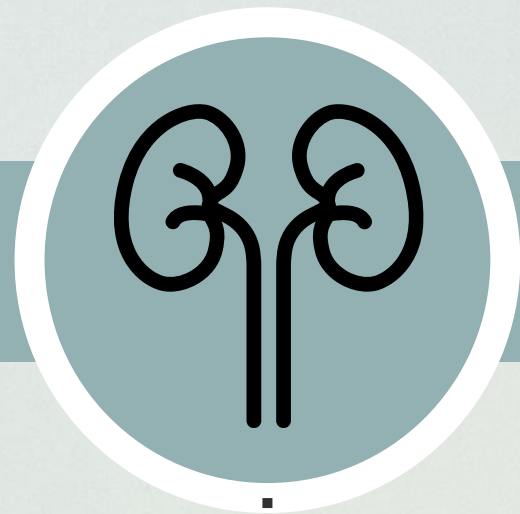
DISFUNÇÃO MULTISSISTÊMICA



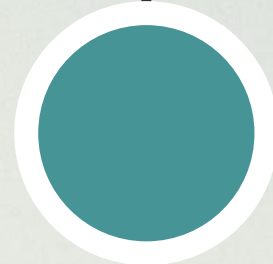
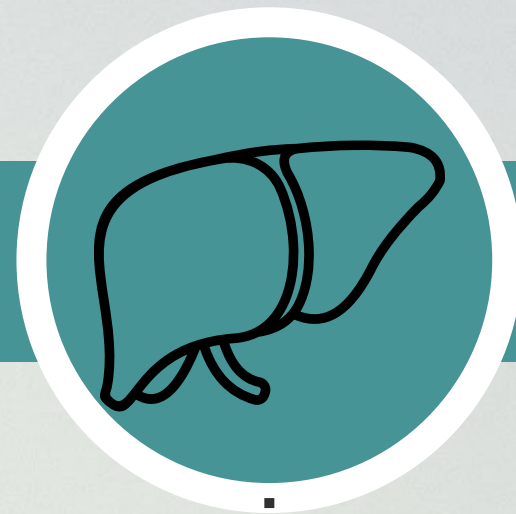
UREIA 199
CREATININA 4,9
K 5,6

PIORA LABORATORIAL

DISFUNÇÃO MULTISSISTÊMICA



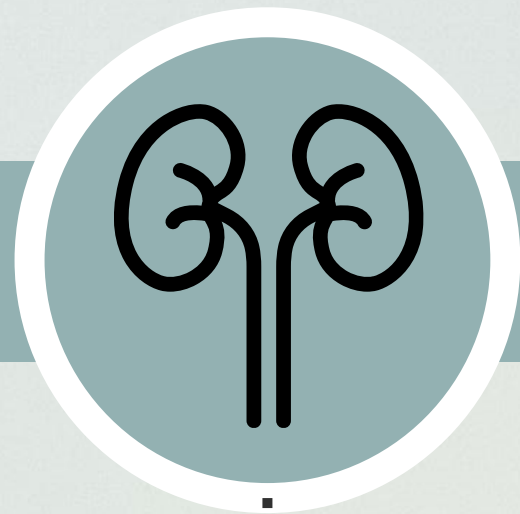
UREIA 199
CREATININA 4,9
K 5,6



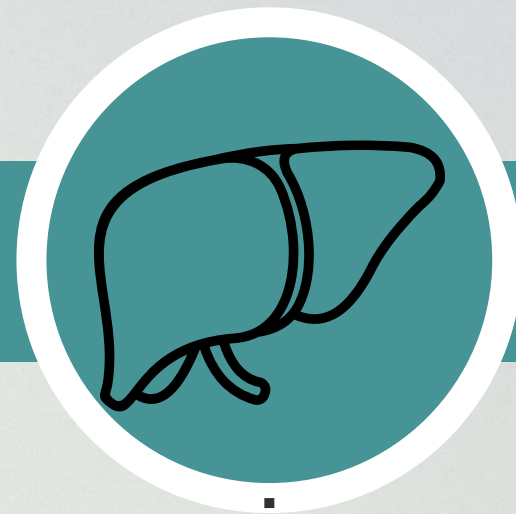
BT 16,8
BD 16,0

PIORA LABORATORIAL

DISFUNÇÃO MULTISSISTÊMICA



UREIA 199
CREATININA 4,9
K 5,6



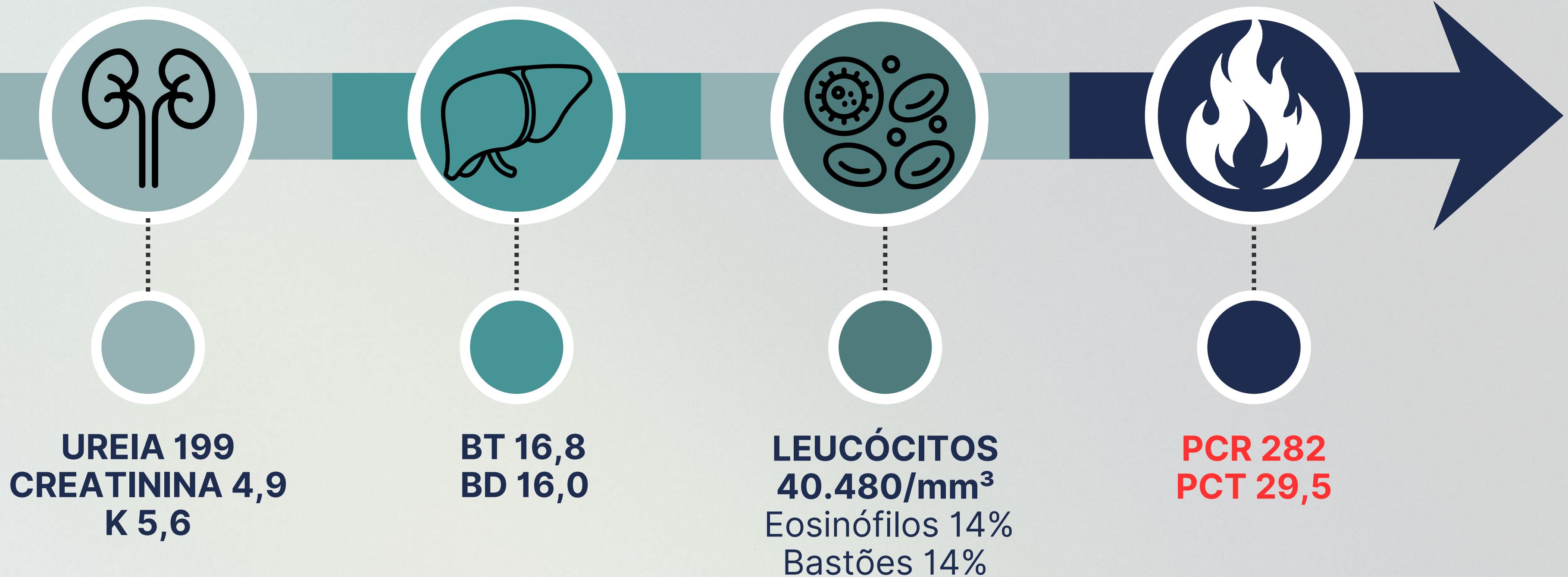
BT 16,8
BD 16,0



LEUCÓCITOS
40.480/mm³
Eosinófilos 14%
Bastões 14%

PIORA LABORATORIAL

DISFUNÇÃO MULTISSISTÊMICA



DISFUNÇÃO MULTISSISTÊMICA

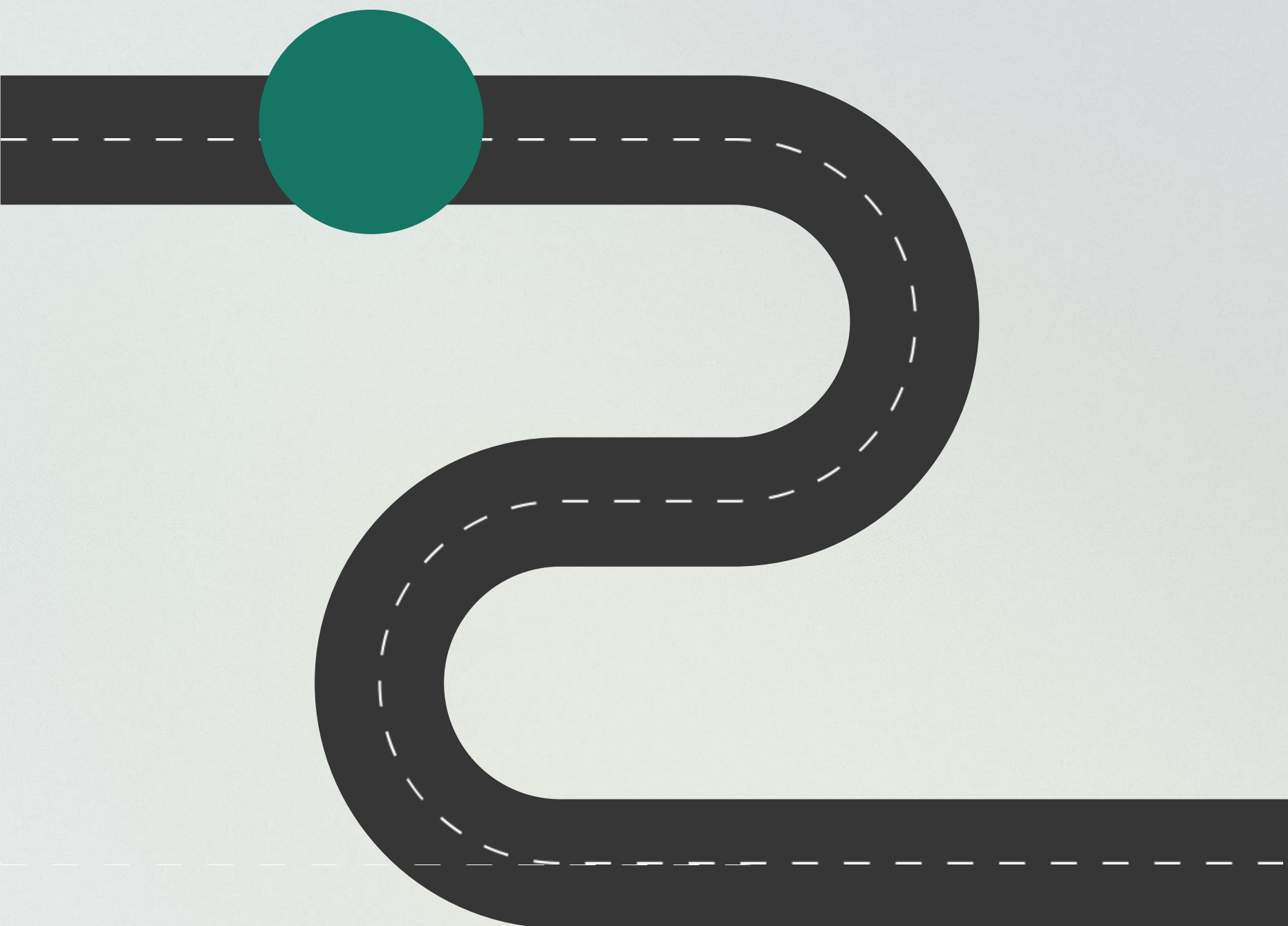
- Evolução com necessidade de CTI
- Hemodiálise de urgência
- Hemotransfusão
- Oxigenioterapia em alto fluxo



REDISCUSSÃO TERAPÊUTICA



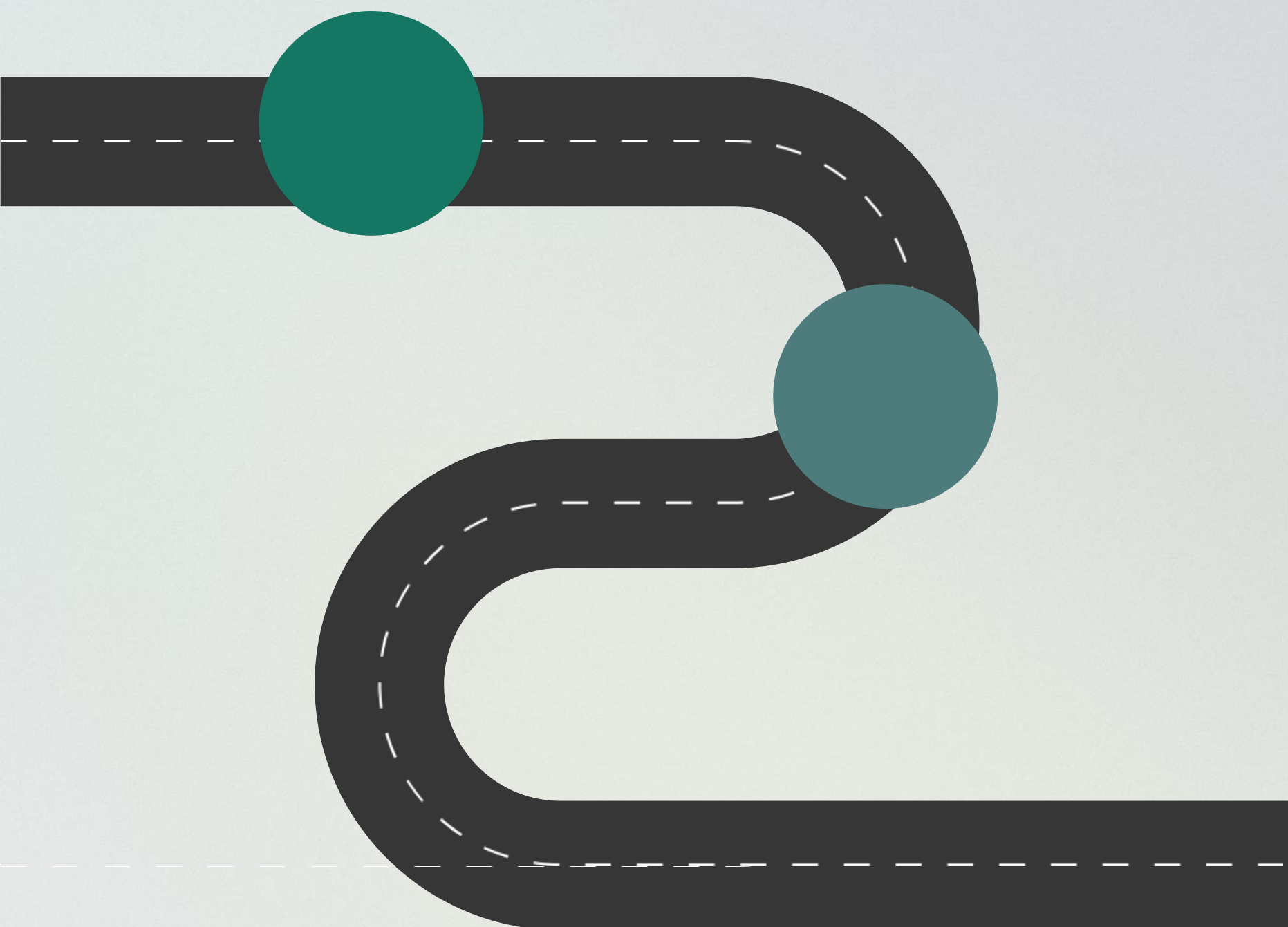
REDISCUSSÃO TERAPÊUTICA



01

**SUSPENSÃO
ANFOTERICINA B
LIPOSSOMAL IV**

REDISCUSSÃO TERAPÊUTICA



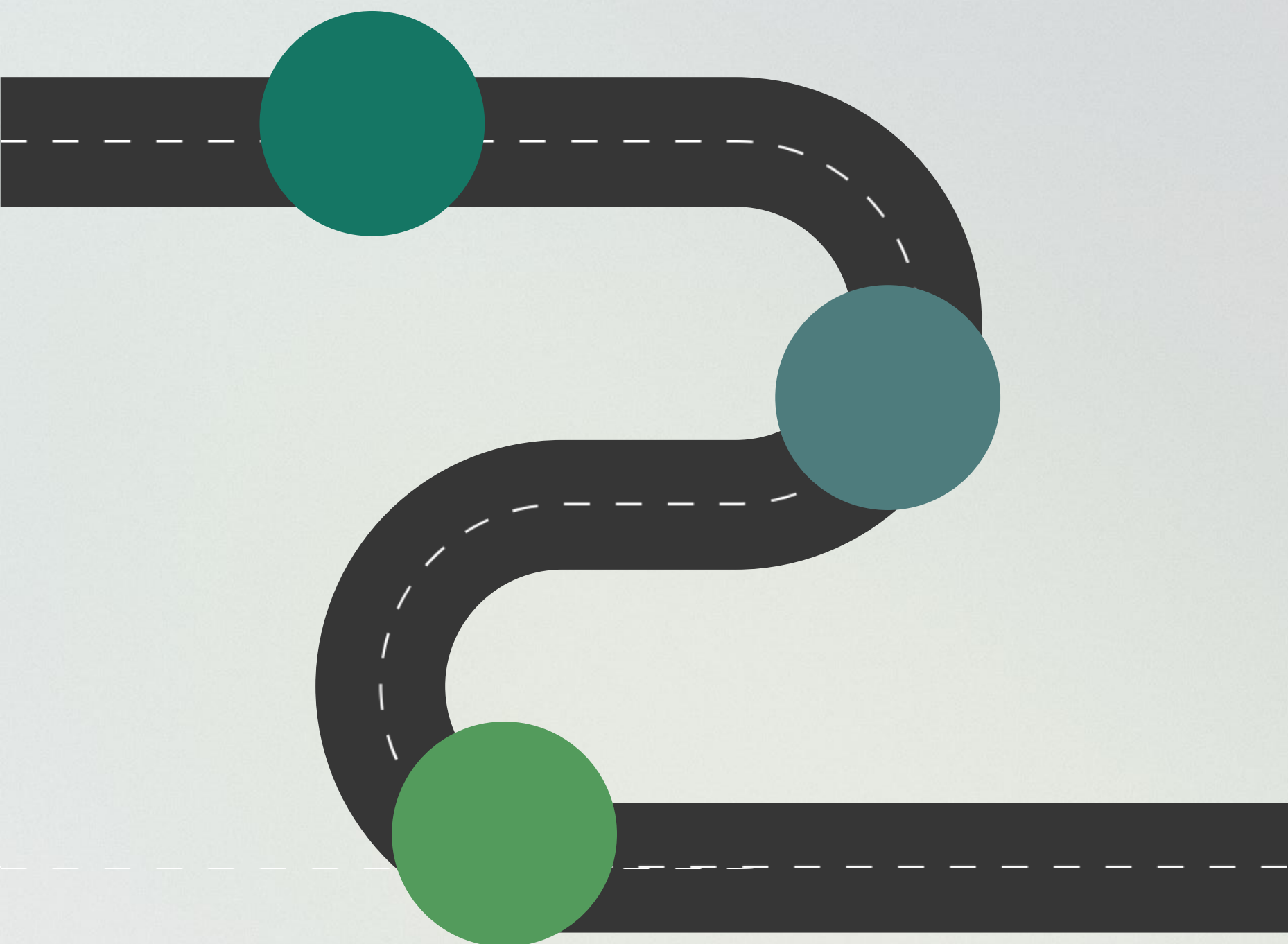
01

**SUSPENSÃO
ANFOTERICINA B
LIPOSSOMAL IV**

02

VORICONAZOL IV
Uso por 3 dias.

REDISCUSSÃO TERAPÊUTICA



01

**SUSPENSÃO
ANFOTERICINA B
LIPOSSOMAL IV**

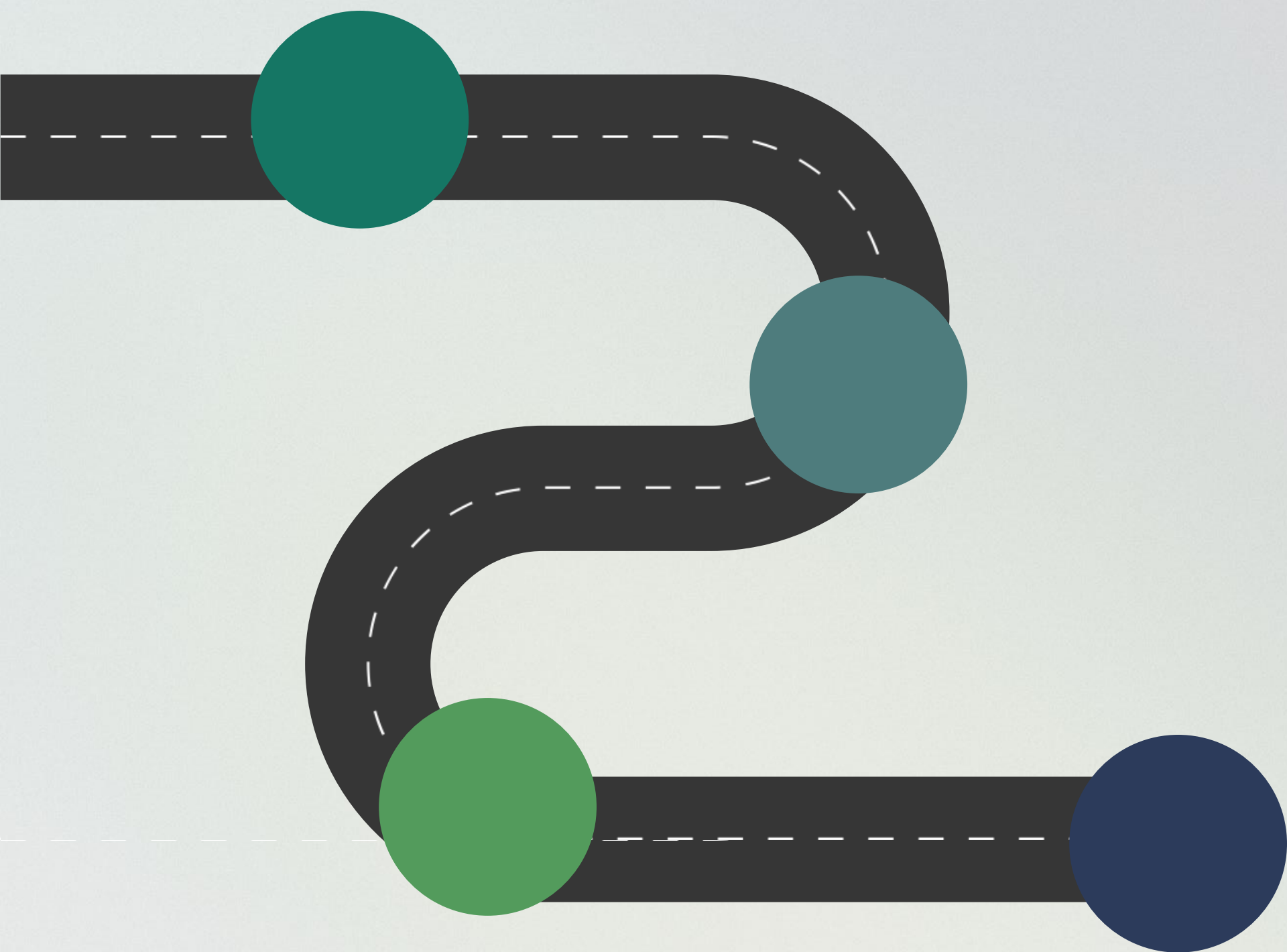
02

VORICONAZOL IV
Uso por 3 dias.

03

ANFOTERICINA B LIPOSSOMAL IV
Dose ajustada 200 mg 3x/semana.

REDISCUSSÃO TERAPÊUTICA



01

**SUSPENSÃO
ANFOTERICINA B
LIPOSSOMAL IV**

02

VORICONAZOL IV
Uso por 3 dias.

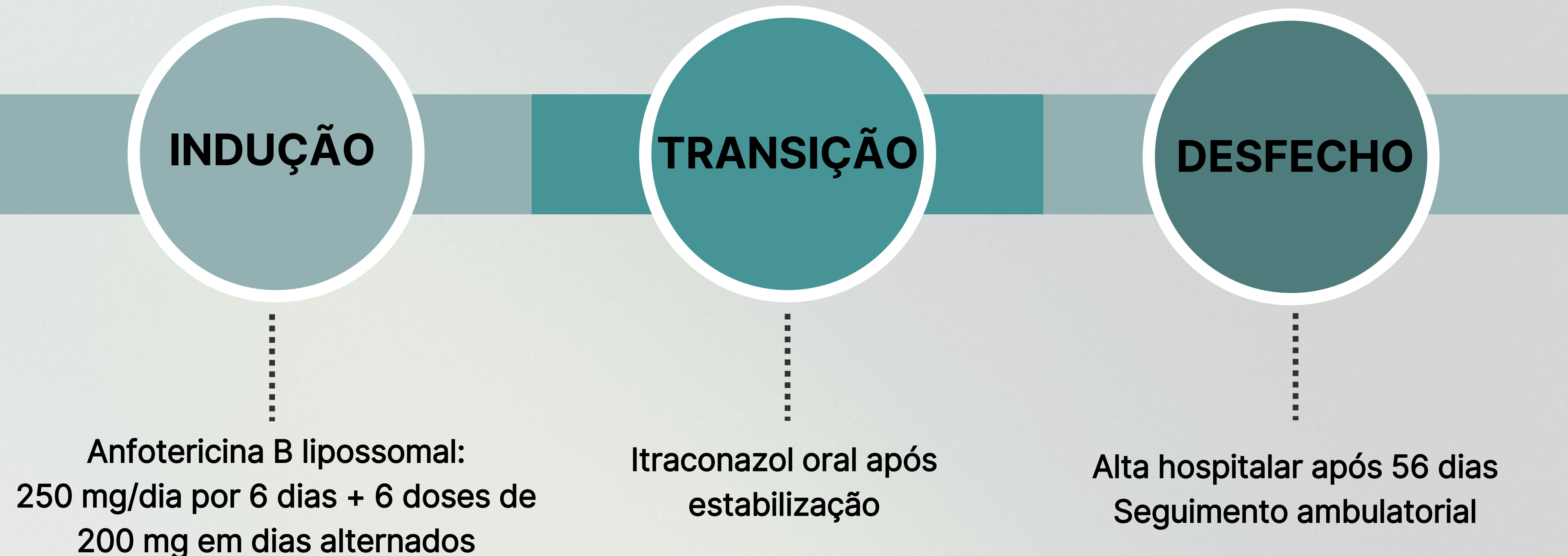
03

ANFOTERICINA B LIPOSSOMAL IV
Dose ajustada 200 mg 3x/semana.

04

MEROPENEM IV
Uso por 9 dias.

DESFECHO CLÍNICO FAVORÁVEL



INDUÇÃO

Anfotericina B lipossomal:
250 mg/dia por 6 dias + 6 doses de
200 mg em dias alternados

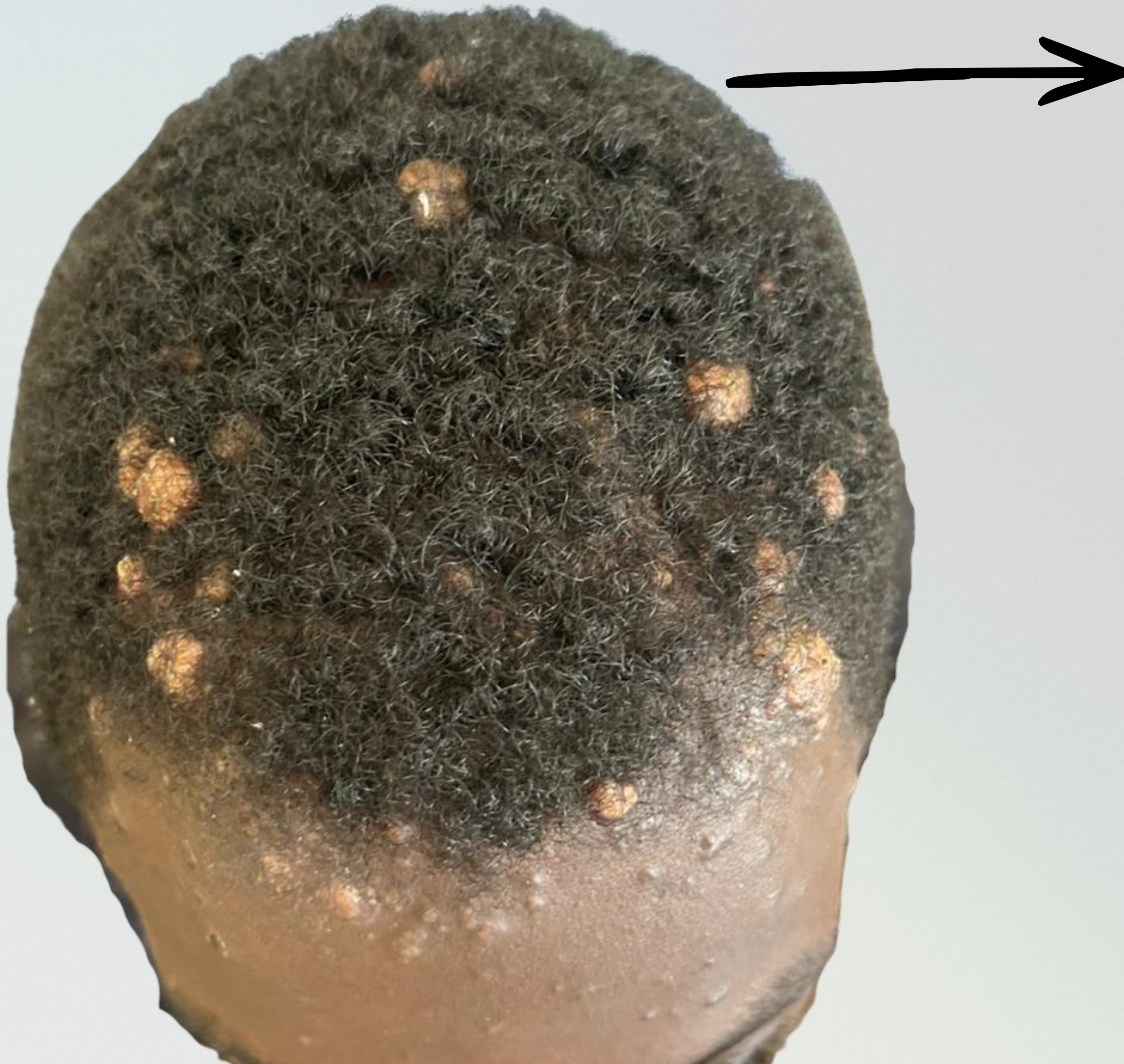
TRANSIÇÃO

Itraconazol oral após
estabilização

DESFECHO

Alta hospitalar após 56 dias
Seguimento ambulatorial

RETORNO AO AMBULATÓRIO DA DERMATOLOGIA











MOTIVOS DA APRESENTAÇÃO

- Ressaltar que infecções endêmicas podem simular doenças linfoproliferativas.
 - Destacar o papel da Dermatologia hospitalar no reconhecimento precoce de doença sistêmica grave.
 - Reforçar a relevância clínico-epidemiológica da paracoccidiodomicose no Brasil.
-

REFERÊNCIAS

ALVES, André Bueno Rocha Moreira et al. Differential production of interleukin-1 family cytokines (IL-1 β , IL-18, IL-33 and IL-37) in patients with paracoccidioidomycosis: correlation with clinical form and antifungal therapy. *Medical Mycology*, v. 56, n. 3, p. 332-343, 2018. DOI: 10.1093/mmy/myx050.

BRAGA, Fernanda Gambogi et al. Functional and phenotypic evaluation of eosinophils from patients with the acute form of paracoccidioidomycosis. *PLoS Neglected Tropical Diseases*, v. 11, n. 5, e0005601, 2017. DOI: 10.1371/journal.pntd.0005601.

HAHN, Rosane Christine et al. Paracoccidioidomycosis: current status and future trends. *Clinical Microbiology Reviews*, v. 35, n. 4, e00233-21, 2022. DOI: 10.1128/cmr.00233-21.

PEÇANHA, Paulo Mendes et al. Paracoccidioidomycosis: what we know and what is new in epidemiology, diagnosis, and treatment. *Journal of Fungi*, v. 8, n. 10, p. 1098, 2022. DOI: 10.3390/jof8101098.

SCHECHTMAN, Regina Casz; AZULAY, David Rubem. *Micologia médica*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2022.

SHIKANAI-YASUDA, Maria Aparecida et al. II Consenso Brasileiro em Paracoccidioidomicose - 2017. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, v. 27, n. esp., e0500001, 2018. DOI: 10.5123/S1679-49742018000500001.

VENTURINI, James et al. Paracoccidioidomycosis in the 21st century: challenges and milestones. *PLoS Neglected Tropical Diseases*, v. 20, n. 1, e0013819, 2026. DOI: 10.1371/journal.pntd.0013819

OBRIGADA!

