

Paracoccidioidomicose Disseminada Juvenil em um Paciente Jovem Imunocompetente: Relato de Caso

Joseli Aparecida Braga Mota ¹, Carolina Oliveira de Ávila ^{1,*}, Daniela Marin Machado Silveira ¹, Gabriel da Silva Teixeira ¹, Victória de Paula Mendonça ¹, Lynea Glasyele Honorato Pereira ¹, Patrícia Roberta dos Santos ^{1,2}, Rodrigo Aparecido Silva ¹

¹ Faculdade de Medicina ZARNS, Itumbiara, Goiás, Brasil.

² Faculdade Mais (FACMAIS), Ituiutaba, Minas Gerais, Brasil.

* Correspondência: carolina.avila0504@gmail.com.

Citação: Mota JAB, Ávila CO, Silveira DMM, Teixeira GS, Mendonça VP, Pereira LGH, Santos PR, Silva RA. Paracoccidioidomicose Disseminada Juvenil em um Paciente Jovem Imunocompetente: Relato de Caso. Brazilian Journal of Case Reports. 2025 Jan-Dec;05(1):bjcr92.

<https://doi.org/10.52600/2763-583X.bjcr.2025.5.1.bjcr92>

Recebido: 13 Maio 2025

Aceito: 7 Junho 2025

Publicado: 10 Junho 2025

Resumo: A paracoccidioidomicose (PCM) é uma infecção fúngica sistêmica endêmica da América Latina, causada por fungos termicamente dimórficos do gênero *Paracoccidioides*. A forma juvenil, embora menos comum, representa um desafio diagnóstico devido aos sintomas inespecíficos e à frequente ausência de acometimento pulmonar. Relatamos o caso de um paciente do sexo masculino, de 20 anos, proveniente de uma região endêmica no Brasil, que apresentou febre vespertina persistente, linfadenomegalia cervical significativa e perda de peso. As investigações iniciais levantaram suspeita de linfoma, mas o exame histopatológico de biópsia de linfonodo cervical revelou linfadenite granulomatosa crônica com estruturas fúngicas compatíveis com PCM, confirmadas por colorações especiais (Grocott, PAS e HE). O paciente foi tratado com itraconazol oral, 200 mg/dia, com resposta clínica favorável após quatro semanas. Este caso ressalta a importância de incluir a PCM no diagnóstico diferencial de síndromes febris prolongadas com linfadenopatia em áreas endêmicas, destacando o valor da análise histopatológica e da terapia antifúngica precoce.

Palavras-chave: Paracoccidioidomicose; Forma juvenil; Linfadenopatia cervical; Itraconazol; Linfadenite granulomatosa.



Copyright: This work is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License (CC BY 4.0).

1. Introdução

A paracoccidioidomicose (PCM) é uma infecção fúngica sistêmica causada por fungos termicamente dimórficos do gênero *Paracoccidioides*, endêmica da América Latina — especialmente do Brasil —, país responsável pela maioria dos casos relatados mundialmente [1,2]. A doença apresenta-se em duas formas clínicas principais: a forma crônica (tipo adulto), mais prevalente em homens entre 30 e 60 anos de idade; e a forma aguda-subaguda (tipo juvenil), que acomete principalmente crianças e adultos jovens, correspondendo a aproximadamente 5–25% de todos os casos [3,4]. A forma aguda é caracterizada por progressão rápida e acometimento proeminente do sistema fagocítico mononuclear, frequentemente acompanhada por febre, perda de peso, linfadenopatia generalizada, lesões mucocutâneas (especialmente orais), sintomas respiratórios e hepatoesplenomegalia [5]. Devido à sobreposição de achados clínicos e radiológicos, pode simular doenças neoplásicas e granulomatosas, como linfomas, tuberculose e histoplasmose, representando um desafio diagnóstico [6,7].

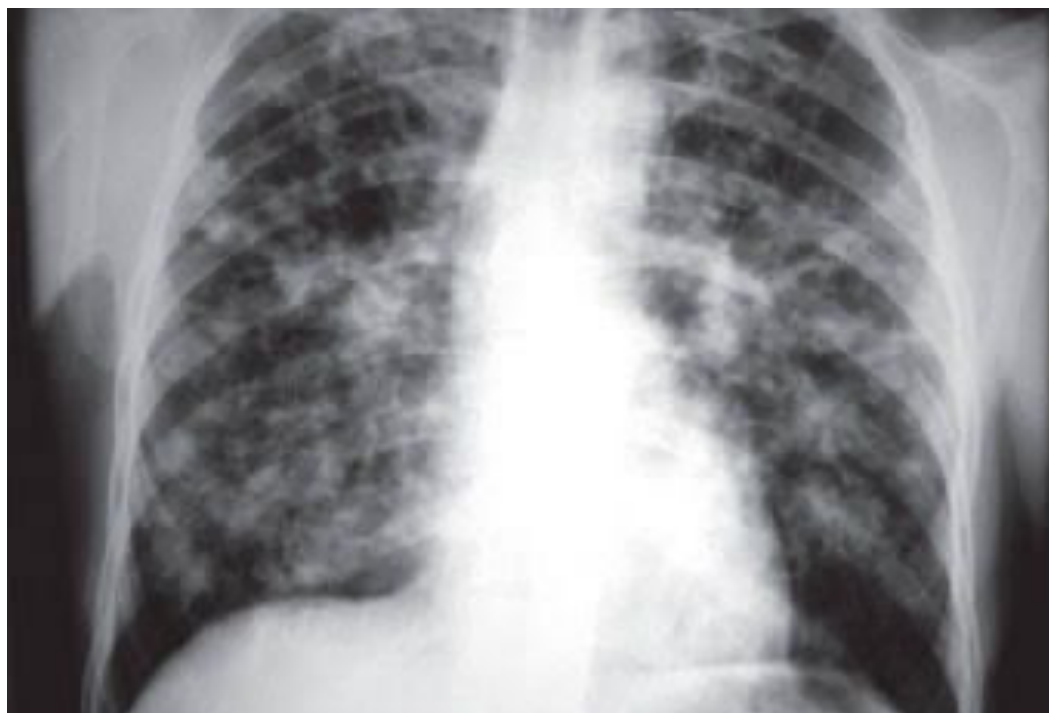
Embora rara em populações pediátricas, diversos relatos de caso destacam o crescente reconhecimento da PCM do tipo juvenil em regiões endêmicas [8–10]. O diagnóstico baseia-se na suspeita clínica, testes sorológicos e identificação histopatológica das formas leveduriformes típicas por meio de colorações especiais como Grocott-Gomori e PAS [11,12]. O envolvimento do trato gastrointestinal, embora incomum, também foi descrito, afetando particularmente o trato digestivo superior [7]. Dada a apresentação inicial inespecífica e o potencial para erros diagnósticos, especialmente em contextos não especializados, os relatos de caso continuam sendo essenciais para enfatizar a heterogeneidade clínica e reforçar a necessidade de reconhecimento precoce e tratamento da PCM em áreas endêmicas [13,14].

2. Relato de Caso

Um paciente do sexo masculino, 20 anos, natural e residente de Itumbiara, Goiás — região reconhecida como endêmica para paracoccidioidomicose (PCM) — procurou atendimento médico com febre vespertina persistente, linfadenopatia cervical e perda de peso não intencional de aproximadamente 8 kg nas últimas oito semanas [15,16]. Relatou contato frequente com solo e ambientes rurais durante a infância, tendo trabalhado informalmente em atividades agrícolas locais até os 16 anos de idade [17]. Durante a investigação inicial, a presença de linfadenomegalia generalizada e febre prolongada levou à hipótese diagnóstica de linfoma [18]. Foram solicitados exames laboratoriais, sorológicos e de imagem.

Os exames laboratoriais revelaram os seguintes resultados: hemoglobina de 8,2 g/dL, classificada como normocítica. A contagem de leucócitos foi de 21.100/mm³, com neutrofilia. A contagem de plaquetas foi de 486.000/mm³. A proteína C reativa (PCR) apresentou-se elevada em 48 mg/L. Além disso, a sorologia para PCM foi positiva, com alto título de anticorpos. A radiografia de tórax (Figura 1) e a ultrassonografia abdominal não evidenciaram alterações sugestivas de acometimento pulmonar ou hepatosplênico [20,21].

Figura 1. Imagem radiológica demonstrando ausência de envolvimento pulmonar ou abdominal visível, reforçando o diagnóstico da forma linfonodal disseminada.



Os diagnósticos diferenciais foram sistematicamente excluídos com base nos achados laboratoriais e de imagem. A tuberculose foi descartada devido à baciloscopia negativa e ao teste PPD não reativo. A histoplasmose foi excluída após resultado negativo na sorologia. O linfoma foi afastado, uma vez que não havia blastos ou linfócitos atípicos no hemograma completo, e os exames de imagem não evidenciaram alterações compatíveis. Foi realizada uma biópsia excisional do linfonodo cervical esquerdo. O laudo histopatológico revelou linfadenite granulomatosa crônica associada à paracoccidioidomicose, sem sinais de malignidade. O relatório descreveu infiltrado linfo-histiocitário com células gigantes do tipo Langhans e estruturas leveduriformes com brotamento radial, confirmadas por colorações especiais (HE, Grocott e PAS) [23,24]. A linfadenopatia cervical era evidente à inspeção, e o local da biópsia apresentava cicatriz discreta após o procedimento.

Figure 2. A. Cadeia linfonodal cervical aumentada, com linfonodos palpáveis antes da biópsia excisional. A imagem mostra cicatriz visível no lado esquerdo do pescoço do paciente, local onde foi realizada a biópsia para diagnóstico de paracoccidioidomicose. A cicatriz corresponde à intervenção para remoção do linfonodo e posterior exame histopatológico. B. Aspecto da região cervical esquerda após a remoção do linfonodo, onde foi realizado o exame histopatológico. Observa-se aumento de volume nos linfonodos cervicais, achado comum na disseminação linfática da PCM. Esse achado motivou a continuidade da investigação diagnóstica.



O tratamento ambulatorial com itraconazol 200 mg/dia foi iniciado, seguindo os protocolos nacionais [25,26]. A decisão baseou-se na ausência de acometimento visceral e nas boas condições gerais do paciente. Após quatro semanas, observou-se regressão da linfadenopatia e recuperação progressiva do peso. O plano terapêutico foi estabelecido para 12 meses, com acompanhamento ambulatorial regular. O paciente demonstrou adesão adequada, sem complicações, e apresentou evolução clínica satisfatória até a data da submissão.

3. Discussão

A paracoccidioidomicose continua sendo um importante problema de saúde pública na América Latina, especialmente no Brasil, onde é considerada uma doença endêmica negligenciada [1,2]. A forma aguda-subaguda (tipo juvenil), embora menos frequente que a forma crônica do adulto, apresenta maior dificuldade diagnóstica devido à sua apresentação sistêmica inespecífica e à ausência de acometimento pulmonar [3,5]. O caso descrito exemplifica a variante linfonodal da forma juvenil, que pode simular clinicamente distúrbios linfoproliferativos, especialmente quando associada à febre prolongada e perda de peso significativa [6–8]. Há também relatos de formas disseminadas com envolvimento gastrointestinal e mucocutâneo, o que reforça o polimorfismo clínico da PCM [8]. Essas

características frequentemente levam a uma investigação diagnóstica extensa, atrasando o início do tratamento adequado.

A confirmação histopatológica permanece como padrão-ouro diagnóstico. Neste caso, a identificação de estruturas leveduriformes com brotamento múltiplo, associadas a células gigantes multinucleadas do tipo Langhans, foi fundamental para o estabelecimento do diagnóstico [9,11]. A utilização de colorações especiais como PAS e Grocott facilita a detecção do fungo e a diferenciação de outras condições granulomatosas [12,24]. O sucesso terapêutico depende do diagnóstico precoce e da adesão ao tratamento antifúngico prolongado. Além disso, há relatos de casos raros em pacientes imunodeficientes, incluindo indivíduos com deficiência nos receptores IL-12/IL-23, sugerindo uma interação complexa entre o hospedeiro e o patógeno [9]. O itraconazol continua sendo o medicamento de primeira escolha em casos sem envolvimento do sistema nervoso central, conforme apoiado por protocolos clínicos recentes e séries de casos publicadas [10,13,25,26].

Este caso reforça a importância de incluir a PCM no diagnóstico diferencial de síndromes febris prolongadas com linfadenopatia em áreas endêmicas. Campanhas de conscientização e educação médica continuada podem contribuir para o melhor reconhecimento da PCM juvenil e redução de subdiagnósticos [4,14].

4. Conclusão

Este caso destaca os desafios diagnósticos da paracoccidioidomycose do tipo juvenil, particularmente em regiões endêmicas, onde a doença pode simular malignidades hematológicas. A ausência de acometimento pulmonar, associada a manifestações sistêmicas como linfadenopatia e perda de peso, frequentemente atrasa a identificação e o manejo adequados. A confirmação histopatológica e o início precoce da terapia antifúngica são fundamentais para a obtenção de desfechos favoráveis. Portanto, a suspeita clínica precoce, especialmente em pacientes jovens com síndrome febril prolongada e histórico de exposição, é essencial para evitar erros diagnósticos e garantir uma intervenção oportuna.

Financiamento: Nenhum.

Aprovação em Comitê de Ética em Pesquisa: O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Institucional (CAAE: 87260925.0.0000.8041). O paciente foi devidamente informado sobre o propósito acadêmico da publicação e assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, autorizando a divulgação anônima dos dados clínicos e das imagens.

Agradecimentos: Nenhum.

Conflitos de Interesse: Nenhum.

Referência

1. Nogueira MGS, Andrade GMQ. Paracoccidioidomycosis in children and adolescents. In: Brazilian Society of Pulmonology and Phthysiology, editor. Pulmonary infectious diseases in children and adolescents. São Paulo: SBPT; 2015. p. 139–49.
2. Londero AT, Ramos CD, Fischman O. Disseminated “juvenile-type” paracoccidioidomycosis in adolescents: report of four cases and literature review. *Arq Bras Med.* 1987;61:5–12.
3. Terra GMF, Gomes LBM, Moreira JLB. Paracoccidioidomycosis in children: case reports. *Arq Bras Med.* 1991;65:8–15.
4. De Almeida DC, Santos AP, Oliveira ACR, Lima LN, Xavier TM, Souza PH. Clinical manifestations of paracoccidioidomycosis: a literature review. *J Arch Health.* 2024;5(3):e2028.
5. Rodrigues PVB, De Andrade Sacramento LM, De Paula TR. Case report of a preschool child with generalized lymphadenopathy and diagnosis of paracoccidioidomycosis. *Rev Eletr Acervo Saúde.* 2024;24:e17954.
6. Cabral AA, Silva LB, Mendes RAS, Souza JMC, Lopes LGR, Pereira LS, et al. Paracoccidioidomycosis in an immunocompetent adolescent: a neglected disease. *Rev Med Saúde.* 2024;3(2):20–4.
7. Silva JF, Sousa LE, Lima JC, Macedo CM. Paracoccidioidomycosis: report of 38 cases observed in Teresina (PI). *Rev Bras Cir.* 1982;72:365–7.
8. Martinez R, Meneghelli UG, Capuzzo L. Endoscopic evaluation of the involvement of esophagus, stomach, and duodenum in human paracoccidioidomycosis. *Arq Gastroenterol.* 1986;23(1):21–5.

9. Moraes-Vasconcelos D, Grumach A, Yamaguti A, Andrade M, Fieschi C, De Beaucoudrey L, et al. Disseminated disease by *Paracoccidioides brasiliensis* in a patient with inherited IL-12/IL-23 receptor deficiency. *Clin Infect Dis*. 2005;41(4):e31–7. doi:10.1086/432119.
10. Diniz R, Silva B, Oliveira Domingues-Da-Silva R, Arnone M, Júnior W, Daher E, et al. Hypercalcemia and acute kidney injury associated with disseminated paracoccidioidomycosis: a case report. *Am J Trop Med Hyg*. 2024. doi:10.4269/ajtmh.24-0456.
11. Romitti JP, Barbosa AB, Furlanetto RC. Paracoccidioidomycosis. *Rev Matogross Odontol Saúde*. 2024;3(1):43–61.
12. Batista JRM, Ferreira MLR, Oliveira JG, Santana KGM, Rocha JF, Silva BB. Juvenile paracoccidioidomycosis presenting with generalized lymphadenopathy: a diagnostic challenge. *Braz J Infect Dis*. 2023;27(1):41–4.
13. Oliveira VMS, Farias RVS, Sousa RMS, Costa KRC, Lopes MHB. Unusual presentation of acute paracoccidioidomycosis in adolescence: case report and literature review. *Rev Inst Med Trop São Paulo*. 2023;65:e18. doi:10.1590/S1678-9946202365018.
14. Marinho ÉPA, da Silva VM, Pereira LA, Santos JC, Nogueira Neto JF. Juvenile paracoccidioidomycosis in a rural worker from Central Brazil: diagnostic delay and clinical evolution. *J Trop Mycol*. 2023;4(2):112–9.
15. Ministério da Saúde (BR). Guia de Vigilância em Saúde: volume 3 – doenças endêmicas. Brasília: MS; 2023.
16. Queiroz-Telles F, de Hoog S, Santos DWCL, Salgado CG, Vicente VA, Bonifaz A, et al. Paracoccidioidomycosis: current perspectives of a neglected tropical mycosis. *Clin Microbiol Rev*. 2017;30(1):231–308. doi:10.1128/CMR.00061-16.
17. Ferreira MS. Paracoccidioidomycosis in immunocompetent and immunocompromised hosts. *Curr Fungal Infect Rep*. 2013;7(3):220–8. doi:10.1007/s12281-013-0153-z.
18. Teles FR, Martins VT, Lanza DC, Moreira AP. Paracoccidioidomycosis mimicking lymphoma: a case series. *Rev Inst Med Trop São Paulo*. 2020;62:e22. doi:10.1590/S1678-9946202062022.
19. Shikanai-Yasuda MA, Mendes RP, Colombo AL, Queiroz-Telles F, Kono A, Paniago AM, et al. Brazilian guidelines for the clinical management of paracoccidioidomycosis. *Rev Soc Bras Med Trop*. 2017;50(5):715–40. doi:10.1590/0037-8682-0245-2017.
20. Assis EF, Batista AC, Araujo AC, Figueiredo AL, Batista FR. Tomographic findings of paracoccidioidomycosis in the abdomen and thorax. *Radiol Bras*. 2005;38(4):275–80.
21. Pereira RM, Jacob CM, Soeiro SM, Yamaguti A, Duarte AJ, Benard G. Pulmonary manifestations in paracoccidioidomycosis: high-resolution computed tomography study. *Rev Inst Med Trop São Paulo*. 2004;46(4):185–90.
22. De Brito AC, Arantes TD, Machado PC, Leite RA. Histoplasmosis and paracoccidioidomycosis: clinical and diagnostic challenges. *Curr Trop Med Rep*. 2022;9(1):10–9. doi:10.1007/s40475-021-00244-5.
23. Pedroso VS, Queiroz-Telles F. Pathological features of paracoccidioidomycosis in lymph nodes. *Mycopathologia*. 2010;170(5):303–9. doi:10.1007/s11046-010-9331-3.
24. Tavares AH, Silva PC, Batista D, Oliveira PC. Identification of *Paracoccidioides* species by histopathology and special staining. *Med Mycol*. 2023;61(1):1–8. doi:10.1093/mmy/myac071.
25. Queiroz-Telles F, Fahal AH, Falci DR, Caceres DH, Chiller T, Pasqualotto AC. Neglected endemic mycoses. *Lancet Infect Dis*. 2017;17(11):e367–77. doi:10.1016/S1473-3099(17)30306-7.
26. Almeida JN Jr, Peçanha-Pietrobom PM, Salomão R. Updates in the treatment of systemic endemic mycoses. *J Fungi*. 2021;7(8):642. doi:10.3390/jof7080642.