



18º CONGRESSO BRASILEIRO DE INFECTOLOGIA PEDIÁTRICA

CENTRO DE CONVENÇÕES HOTEL SERRANO . GRAMADO.RS

15 a 18 de Outubro de 2014

Trabalhos Científicos

Título: Mucormicose Gastrointestinal: Acometimento De Paciente Pediátrico Imunocompetente

Autores: BRUNA DE OLIVEIRA SILVEIRA (HINSO); SANDRA FAGUNDES MOREIRA SILVA (HINSO); VERA LUCIA SUPRANI (HINSO); CATHERINE ODETTO RONEE CHOUQUET (HINSO); GABRIEL DE OLIVEIRA (HINSO); MARIA DE FÁTIMA REIS CEOLIN (HINSO); ROBERTA RODEX DE ALENCAR (HINSO); MARIANA RIBEIRO MACEDO (HINSO)

Resumo: INTRODUÇÃO: A mucormicose é uma infecção fúngica que usualmente afeta as vias aéreas superiores de indivíduos imunocomprometidos, podendo se propagar para o encéfalo. O comprometimento gastrointestinal e em imunocompetentes é incomum. Com tratamento pode evoluir para cura, porém a taxa de mortalidade é bastante alta. Relatamos caso de mucormicose gastrointestinal em escolar, imunocompetente, com extenso comprometimento do aparelho digestório, que evoluiu para o óbito. A documentação pelos métodos de imagem demonstrou alguns aspectos não mencionados na literatura consultada. DESCRIÇÃO DO CASO: Trata-se de escolar, 10 anos, praticante de horticultura, previamente hígido. Apresentou epigastralgia, vômitos e emagrecimento de 10 kg em 30 dias. Ao exame físico inicial apresentava massa epigástrica. Exames laboratoriais demonstraram leucocitose com eosinofilia, que atingiu 23% no diferencial. A ultrassonografia e tomografia computadorizada contrastada abdominal evidenciaram acentuado espessamento da parede gástrica; estando intestino delgado e cólon preservados. Em endoscopia digestiva alta foi evidenciada apenas pangastrite. Uma biópsia obtida por laparotomia evidenciou hifas e fenômeno Splendori –Hoepli, sugestivos de micose gástrica, caracterizada como mucormicose pela imunohistoquímica. Apesar do tratamento com Anfotericina B lipossomal e Itraconazol, não houve alteração significativa do quadro clínico. Uma seriografia esofagogastroduodenal nesta fase, seguida de trânsito de intestino delgado e cólon demonstrou comprometimento dos dois terços inferiores do esôfago, do estômago, duodeno e cólon transversal. Devido ao extenso comprometimento digestório, foi contraindicada a gastrectomia, sendo realizada jejunostomia como medida de suporte. Após 10 meses de tratamento, sem alterações significativas dos quadros radiológico e clínico, o paciente evoluiu para óbito. COMENTÁRIOS: Na literatura consultada a documentação por métodos de imagem é escassa. No caso relatado os exames radiológicos permitiram a demonstração do extenso comprometimento do trato digestivo e apresentaram aspectos ainda não relatados. Os exames iniciais demonstraram que a massa epigástrica correspondia ao estômago, que apresentava importante espessamento parietal. A TC demonstrou que este espessamento comprometia principalmente a submucosa e muscular, estando a mucosa gástrica preservada. Foram observadas áreas hipodensas que correspondiam aos microabscessos vistos no exame histopatológico. Muitas doenças podem produzir espessamento da parede gástrica. No caso a preservação da mucosa permite excluir carcinoma. Ademais, na presença de eosinofilia, o espessamento parietal com microabscessos talvez represente um forte indício de micose gástrica. Esta hipótese, obviamente precisaria ser verificada em outros relatos. Na seriografia, foi observado pinçamento aortomesentérico, responsável por acentuada estase gástrica, demonstrada numa radiografia realizada dez horas após a ingestão do contraste. Este achado é usualmente associado à rápida perda ponderal. No nosso caso acreditamos que o fator principal tenha sido o acentuado aumento do calibre do duodeno comprometido pela micose, embora não tenhamos encontrado suporte para essa hipótese na literatura consultada. Fica claro que muito ainda deve ser estudado e divulgado, a fim de oferecer mais sobrevida e qualidade de vida aos nossos pacientes, uma vez que a literatura ainda é pobre sobre o assunto.