



20° CONGRESSO
BRASILEIRO DE
**Infectologia
Pediátrica**
DE 14 A 17 DE NOVEMBRO • SALVADOR/BA

Trabalhos Científicos

Título: Paracoccidioidomicose Em Clínica Pediátrica

Autores: Ariane Pereira Santana; Márcia de Andrade Reis Nascimento; Islane Raetz Kruger

Resumo: INTRODUÇÃO A paracoccidioidomicose (PCC) consiste em moléstia fúngica, infecciosa, endêmica, sobretudo nas áreas rurais do Brasil. Causada pela inalação dos conídios do fungo *Paracoccidioides brasiliensis*, que acomete inicialmente a via respiratória e se dissemina por vias linfáticas e hematogênicas, progredindo para doença granulomatosa sistêmica com acometimento tegumentar e visceral. Possui ampla relevância na saúde pública diante de tal paradoxo: apresenta elevada morbidade, principalmente nas crianças com a forma aguda, mas persiste negligenciada. RELATO DE CASO I.P.P, masculino, 07 anos, deu entrada em pronto-socorro queixando de hipertermia diária há 30 dias e dor abdominal difusa. Ao exame físico observou-se icterício, desidratação, lesões verrucosas atípicas em pele, com várias vegetantes em couro cabeludo, adenomegalia generalizada e hepatoesplenomegalia importante. Genitor relatou que tais lesões disseminaram-se rápida e progressivamente na pele com períodos de remissão e recidiva espontâneos. Foi internado para investigação diagnóstica. Destaca-se nos exames admissionais leucocitose 19.900, bastonetes 7%, eosinófilos 14%. Solicitado sorologias, sem resultados positivos, e exames laboratoriais, com piora importante nesses parâmetros. Realizou-se ceftriaxone 125mg 2x dia EV. Fora solicitada biópsia de gânglios e lesões de pele. Destaca-se tomografia de abdome com linfonodomegalia múltipla intra-abdominal, pélvica e inguinal, e hepatoesplenomegalia com lesões nodulares difusas no parênquima, sendo linfoma a principal hipótese diagnóstica não infecciosa e como causas infecciosas leishmaniose visceral e infecção fúngica. Após nove dias, evoluiu com desconforto respiratório e hematêmese, sendo transferido para UTI Pediátrica (UTIP); evidenciou-se edema de hálux esquerdo e diagnosticou-se osteomielite. Quanto ao anatomopatológico: mielograma normal e resultado da biópsia com áreas de necrose e granulomas com estruturas vegetantes fúngicas reconhecidas como *Paracoccidioides brasiliensis*. Paciente teve alta da UTIP por melhora do quadro após prescrição de Anfotericina B 50mg 1xdia, sendo que sete dias após retornou devido piora laboratorial, vômitos borráceos, febre, oligúria e edema de parede abdominal, retomou-se então Anfotericina B, antibioticoterapia e acompanhamento da osteomielite. Atualmente encontra-se em acompanhamento ambulatorial. COMENTÁRIOS Esse relato de caso evidencia a forma clínica clássica de apresentação da PCC aguda juvenil, que, embora comum, causa confusão diagnóstica importante ao suscitar outras distintas impressões diagnósticas. Ademais, PCC permanece desconsiderada diante de diagnóstico diferencial de linfonodomegalias, lesões nodulares-vegetantes cutaneomucosas e doenças fibrosantes pulmonares ou sistêmicas, levando a recaídas desta enfermidade incurável. O diagnóstico precoce é a forma mais eficaz de evitar sequelas graves junto à instituição de terapêutica adequada, exigindo acompanhamento clínico contínuo.