



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

Trabalhos Científicos

Título: Paracoccidioidomicose Do Tipo Juvenil: Um Relato De Caso

Autores: Karin Kojima; Camila Garcia Ferrari Jacob; Isabella Oliveira Fogaça; Schirlei Baumgartner Inada

Resumo: A paracoccidioidomicose (PCM) é uma micose sistêmica restrita da América do Sul e Central, cujos agentes etiológicos são Paracoccidioides brasiliensis (PB) e Paracoccidioides lutzii. Adquiridos por via inalatória são encontrados no solo e tem caráter endêmico na população rural. Por não ser considerada uma doença de notificação compulsória, acredita-se que a incidência anual de novos casos em áreas endêmicas varie de 1-3 casos por 105 habitantes e a mortalidade corresponda a 1.65 mortes a cada 106 habitantes. Na população pediátrica acomete cerca de 5 a 10% dos casos, raramente atinge menores de 7 anos e possui distribuição semelhante entre os gêneros. Sexo masculino, 4 anos, natural e procedente de Platina – SP, parda, encaminhado ao nosso serviço para investigação de nódulo. Paciente refere surgimento do nódulo cervical anterior à esquerda há 3 semanas com aumento progressivo, negava outro sintoma associado. Previamente hígido, sem comorbidades. Ao exame físico: linfonodos cervicais bilaterais de 4cm; linfonodos axilares, inguinais bilateralmente, de 1cm, móveis, indolores, fibroelásticos. Sem alterações em demais sistemas. De história pregressa, há 1 ano paciente teve dor em tornozelo direito, procurou serviço da cidade de origem, com diagnóstico de osteomielite por PB, tratado com itraconazol com resolução do quadro; informações estas relatadas pela mãe do paciente que não puderam ser confirmadas devido a inacessibilidade do prontuário. Na internação foi realizado sorologias de toxoplasmose, EBV, HIV, rubéola, citomegalovírus; todos negativos. RX de tórax sem alterações. Ao USG cervical: múltiplos linfonodos em cadeia supra-cervical esquerda. Realizado biópsia com anátomo-patológico de Blastomicose Ganglionar. Realizado tratamento com Sulfametoxazol + Trimetoprima por 12 dias. Teve alta da enfermaria e encaminhado ao ambulatório de Infectologia e de Cirurgia de Cabeça para seguimento. Não realizou consulta em serviço da Infectologia. Realizou tratamento com a mesma medicação somente por 60 dias. Após 11 meses, paciente retorna a enfermaria do nosso serviço com novo quadro de nódulo em cadeias submandibulares bilateral há 7 dias, nega qualquer outro sintoma. Ao exame físico: linfonodos submandibulares bilateral de 4cm; linfonodos axilares, supraclaviculares, inguinais bilaterais de 1cm, de consistência fibroelástica, móveis e indolores. Sem alterações nos demais sistemas. Repetidos exames sorológicos da 1ª internação, todos negativos. Realizado punção líquórica com cultura negativa. Ao USG: linfadenomegalia; à biópsia de linfonodo: blastomicose ganglionar. Realizado tratamento com anfotericina B por 15 dias e alta com Sulfametoxazol + Trimetoprima com seguimento ambulatorial de infectologia. Conclusão: Com este relato visamos alertar sobre a PCM, que embora seja uma doença com baixa incidência na pediatria, acometeu uma criança de 4 anos com primeira manifestação osteomuscular e 2 reincidivas ganglionar devido ao tratamento incompleto.