



## Trabalhos Científicos

**Título:** Paracoccidioidomicose - Relato De Caso

**Autores:** MARIANA VIEIRA (SANTA CASA BH); MARIANA SALES (SANTA CASA BH); MARIANA GODOY (); HELIO SOARES (); SCHEILLA TORRES (); RAFAELA BRITO (); PAULA RIBEIRO (); PAULA ANDRADE (); LUISA GUERRA (); SIDNEI DELAILSON ()

**Resumo:** Introdução: A paracoccidioidomicose (PCM) é uma micose sistêmica causada pelo fungo *Paracoccidioides brasiliensis*. No adulto, predomina a forma clínica crônica e nas crianças/adolescentes, prevalece a forma aguda/subaguda. Não há dados precisos sobre incidência na faixa etária pediátrica. Relatamos um caso de PCM na forma aguda em criança imunocompetente, destacando a importância do diagnóstico/ tratamento precoces. Relato de caso: LDF, 8 anos, 17,5 Kg, natural de Cássia – Minas Gerais, em março/2016 iniciou quadro de dor torácica e febre (máxima de 39°C). Evoluiu com adinamia, prostração e perda ponderal. Radiografia de tórax evidenciou alargamento do mediastino e paciente foi encaminhado à Santa Casa de Belo Horizonte dia 06/04 para propedêutica. À admissão encontrava-se hipocorado (3+/4+), com pápulas com umbilicação central nas regiões epigástrica e submandibular, linfonomegalia e hepatoesplenomegalia. Submetido à biópsia de linfonodo cervical esquerdo. Anatomopatológico evidenciou infecção por PCM. Iniciado Anfotericina B dia 12/04, substituído por Sulfametoxazol + Trimetoprim dia 14/04 devido choque pirogênico. Apresentou remissão de sinais/sintomas e melhora do estado geral, tendo condições clínicas de alta hospitalar. Discussão: Aproximadamente 10% das infecções ocorrem nas duas primeiras décadas de vida. O maior fator de risco é o contato com solo (permite inalação de estruturas fúngicas – microconídios que podem disseminar-se para outros órgãos). As manifestações clínicas incluem hiporexia, prostração, tosse, dispnéia, adenomegalia, hepatoesplenomegalia e lesões em mucosas/pele, por pelo menos quatro semanas. Os casos prováveis incluem os pacientes sintomáticos com sorologia positiva. O diagnóstico é confirmado com a evidência do fungo em exame micológico direto, histopatologia ou cultura. O tratamento de escolha é Sulfametoxazol + Trimetoprim, podendo-se optar por Anfotericina B nos casos de maior gravidade (duração variável de 12 a 24 meses). Conclusão: A PCM é uma doença potencialmente grave, logo o diagnóstico/tratamento precoces impactam no prognóstico. As crianças devem ser acompanhadas ambulatorialmente, anualmente, devido risco de reativação tardia.