

---

## MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS BUCAIS DA PARACOCCIDIOMICOSE

---

---

Evanice Menezes Marçal Vieira<sup>1</sup> e Bianca Borsatto-Galera<sup>2</sup>

### RESUMO

O presente estudo descreve as manifestações clínicas bucais provocadas pela paracoccidiomicose em 20 pacientes atendidos no Hospital Universitário Júlio Müller, em Cuiabá (MT), no período de junho de 2002 a junho de 2003. Todos os pacientes eram do sexo masculino e com média de idade de 45 anos. Dez (50%) deles eram lavradores e 11 (55%) procedentes da zona rural. Dentre os pacientes pesquisados 15 (75%) admitiram o hábito do tabagismo de longa data. As regiões da boca mais acometidas pela doença foram a mucosa jugal, o rebordo alveolar e o palato, destacando-se as lesões em placa e a exulceração moriforme. Em relação às condições dentárias, constatou-se que nove (45%) pacientes apresentavam ausência de vários dentes e as alterações bucais predominantes foram periodontite e gengivite. A avaliação histológica de alguns pacientes revelou, na lâmina própria do material examinado, reação granulomatosa, com células gigantes multinucleadas, contendo o fungo *Paracoccidioides brasiliensis*.

DESCRITORES: Paracoccidioidomicose. Saúde oral. Lesões orais.

### INTRODUÇÃO

A paracoccidiomicose (Pbmicose) é uma micose sistêmica causada por *Paracoccidioides brasiliensis*, que é um fungo dimórfico conhecido apenas em sua forma assexuada. A doença ocorre endemicamente em vários países latino-americanos, principalmente no Brasil, Colômbia, Venezuela e Equador (Bisinelli et al., 1998; Blotta et al., 1999; Telles, 2001).

Ocorre com maior frequência em indivíduos adultos, do sexo masculino, após a terceira década de vida, numa proporção de 10 a 25 homens para uma mulher

---

1 Dentista, Mestre em Biopatologia; Professora de Patologia e Diagnóstico Bucal da Universidade de Cuiabá (UNIC), Cuiabá-MT.

2 Doutora em Genética; Coordenadora da Unidade de Genética Médica e Biologia Molecular da UNIC; Professora de Biologia da Faculdade de Medicina da UNIC, Cuiabá-MT.

Endereço para correspondência: Evanice Menezes Marçal Vieira, Av. Itália, Quadra 6, Casa 2, CEP: 78065-158, Cuiabá-MT. Tel: (65) 3634-9326. E-mail: evanice10@hotmail.com

Recebido para publicação em 23/12/2005. Revisto em 23/2/2006. Aceito em 25/3/2006.

(del Negro et al., 1982; Restrepo et al., 1989; Neville et al., 2004). A diferença de incidência por sexo tem sido explicada pela presença de receptores de estrógeno no *P. brasiliensis* capazes de inibir a transformação da fase micelial infectante para a fase leveduriforme parasitária (Restrepo et al., 1984; Montenegro, 1990; Aristizabal et al., 1998; Rubin e Faber, 2002).

Na maioria das vezes a infecção pelo fungo, denominada Pbmicose-infecção, é assintomática. Em humanos são conhecidas as formas aguda/subaguda, crônica e seqüelar ou residual (Restrepo 1989). Na forma crônica, a mucosa bucal é acometida com bastante frequência (Bisinelli et al., 2001) e, na maioria das vezes, de forma oligossintomática, o que retarda o diagnóstico da infecção. Alguns pacientes podem apresentar sintomas como sialorréia, sangramento no local da lesão, mobilidade dentária, dor, ardor e, ainda, tumefação difusa no lábio (Neville et al., 2004).

Os locais da boca mais acometidos são o palato, a gengiva e a língua (Fonseca, 1963; Neville et al., 2004). As demais mucosas de revestimento, adjacentes à cavidade bucal, também podem ser atingidas, incluindo faringe e laringe (Telles, 2001). Ainda que seja menos freqüente, a infecção pode invadir o tecido ósseo da boca, gerando complicações como a perfuração do palato duro quando o fungo se instala na maxila (Castro et al., 2001).

Embora as informações sobre as diferentes formas de comprometimento bucal desta micose sistêmica já estejam consagradas na literatura, é importante considerar que, de maneira geral, a formação acadêmica do dentista para diagnosticar lesões bucais fica aquém do conhecimento necessário para o seu cotidiano profissional. Por esta razão, propôs-se o presente trabalho, cujo objetivo foi descrever as características clínicas do acometimento bucal de pacientes portadores de Pbmicose, micose endêmica em Mato Grosso e que, não raro, sua investigação clínica tem início em uma consulta odontológica. Espera-se que tornar disponíveis informações sobre as alterações bucais provocadas pela doença contribua para o aumento da suspeição diagnóstica da doença pelos profissionais da odontologia.

## PACIENTES E MÉTODOS

A amostra estudada constou de 20 pacientes atendidos no Hospital Universitário Júlio Müller, com diagnóstico micológico e/ou histopatológico de Pbmicose na boca, realizado a partir de biópsia incisional ou raspado de lesão com a visualização do fungo *P. brasiliensis* no tecido examinado.

Foram colhidas informações demográficas como gênero, idade, ocupação e procedência dos pacientes, e sobre a sintomatologia bucal e o hábito do tabagismo. O exame físico foi realizado em toda a extensão da cavidade bucal, linfonodos regionais e articulação têmporo-mandibular (ATM), com o uso de lanterna, espelho clínico e sonda periodontal. O exame dos linfonodos foi realizado através de inspeção e palpação; a ATM foi avaliada por meio de palpação e ausculta. No

exame da cavidade oral, procurou-se descrever, detalhadamente, todas as lesões identificadas, classificando-as, de acordo com Bisinelli (2001), em moriforme, placa, ulcerada e moriforme, nodular e moriforme, granulomatosa e moriforme.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Hospital Universitário Júlio Muller da UFMT, sob o nº 095.

## RESULTADOS

As características demográficas e os hábitos de vida dos pacientes com Pbmicose bucal são apresentados na Tabela 1. Todos os pacientes eram homens, com idade entre 30 e 70 anos (79%), a maioria com ocupação predominante em atividades relacionadas com a terra, como a lavoura (50%) e a jardinagem (15%). A procedência de área rural não foi predominante (40%) entre os pacientes estudados e o hábito de fumar cigarros foi relatado por 75% deles (Tabela 1).

*Tabela 1.* Distribuição das características demográficas e hábitos de vida dos pacientes com paracoccidiodomicose bucal, Hospital Universitário Júlio Müller, Cuiabá (MT), 2001-2003.

Características demográficas	n	%
<b>Gênero</b>		
Masculino	20	100
<b>Idade</b>		
30-50	14	70
51-70	4	20
71 e +	2	10
<b>Ocupação</b>		
Lavrador	10	50
Jardineiro	3	15
Trabalhador braçal	2	10
Motorista	1	5
Pintor	1	5
Pedreiro	1	5
Serviços gerais	1	5
Operador de máquinas	1	5
<b>Procedência</b>		
Zona rural	8	40
Zona urbana	9	45
Zona peri-urbana	3	15
<b>Tabagismo</b>		
Sim	15	75
Não	5	25

A mucosa jugal e o rebordo alveolar foram os locais mais acometidos (55% e 50%, respectivamente), enquanto no assoalho bucal a micose foi detectada em somente 2,1% dos casos. Diferentes tipos de lesão foram observados (Figura 1), sendo mais freqüentes a placa (65%), a exulceração moriforme (45%) e a nodular moriforme (45%) (Tabela 2).

*Figura 1.* Aspectos clínicos das lesões bucais encontradas nos pacientes: (A) – moriforme fibrosada em mucosa jugal; (B) – exulcerada moriforme em lábio superior; (C) – microstomia e ulceração moriforme labial; (D) – macroqueilia causada pela infiltração da lesão.



Ausência parcial ou completa de dentes foi observada em 80% dos pacientes. Entretanto, naqueles com dentes remanescentes, a cárie dentária e o mau estado de conservação foram constatados em 60% e 45%, respectivamente. Próximo e mesmo em regiões distantes da lesão, foi detectada mobilidade dentária em diferentes graus, comprometendo 20% dos pacientes. A halitose foi registrada em 90% dos casos (Tabela 3).

*Tabela 2.* Distribuição das características clínicas da paracoccidiodomicose bucal segundo local de acometimento e tipo de lesão, Hospital Universitário Júlio Müller, Cuiabá (MT), 2002-2003.

Características clínicas	n	%
<b>Local da lesão</b>		
Rebordo alveolar	10	50,0
Mucosa jugal	9	45,0
Gengiva	5	25,0
Comissura labial	2	10,0
Palato	6	30,0
Assoalho da boca	1	5,0
Língua	3	15,0
Lábio superior	4	20,0
Lábio inferior	3	15,0
Orofaringe	2	10,0
<b>Tipo da lesão</b>		
Nodular e moriforme	7	14,8
Em placa	13	27,6
Ulcerada e moriforme	5	10,6
Granulomatosa e moriforme	7	14,8
Moriforme	9	19,1
Ulcerogranulomatosa e moriforme	7	14,8

*Tabela 3.* Resultado da avaliação das condições dentárias e presença de halitose dos pacientes com paracoccidiodomicose bucal, Hospital Universitário Júlio Müller, Cuiabá (MT), 2002-2003.

Condições dentárias	n	%
Ausência de muitos dentes	9	45
Ausência de poucos dentes	5	25
Ausência de todos os dentes	2	10
Dentes amolecidos no local da lesão	1	5
Dentes amolecidos fora do local da lesão	3	15
Dentes cariados	12	60
Dentes restaurados com cárie	2	10
Dentes em péssimo estado	6	30
Dentes em bom estado de conservação, porém com restaurações	3	15
Halitose	18	90

## DISCUSSÃO

O presente estudo relata as manifestações bucais de 20 pacientes portadores de Pbmicose, descritas sob o enfoque de um exame odontológico. Através da análise dos dados obtidos pôde-se constatar que a freqüência da Pbmicose em pacientes adultos está de acordo com os achados de outros autores (Fonseca, 1963; Sposto

et al., 1993; Blotta, 1999; Verli et al., 2005). Da mesma forma, o envolvimento de 50% dos indivíduos com atividades relacionadas com alguma profissão vinculada à agricultura também é semelhante aos achados de outros estudos (Bisinelli et al., 1998; Blotta et al., 1999; Bicalho et al., 2001; Telles, 2001; Neville et al., 2004; Verli et al., 2005), o que pode contribuir para aumentar a intensidade e/ou gravidade das lesões bucais, uma vez que nessa população é também comum a falta de cuidado adequado com a higiene corporal e, mais especificamente, com a oral.

No presente estudo, ao observarmos as manifestações secundárias da Pbmicose em boca, foi detectada grande frequência de lesões no rebordo alveolar, o que está de acordo com os achados na literatura (Sposto et al., 1993; Araújo e Sousa, 2000; Verli et al., 2005).

Tem sido descrito que as úlceras são as lesões mais comuns na Pbmicose que acomete a boca (Bisinelli et al., 1998; Telles, 2001; Neville et al., 2004; Verli et al., 2005). De fato, na casuística aqui descrita a úlcera e a exulceração foram muito frequentes, embora a lesão em placa tenha sido predominante. É possível que, por se tratar de pacientes atendidos em serviço de referência, neste trabalho tenha sido considerada uma maior frequência de casos mais graves e avançados, superestimando-se a ocorrência de alguns aspectos clínicos não observados em outras séries de casos.

A mobilidade dos dentes, próximos ou distantes da lesão micótica, provavelmente foi causada pelo comprometimento periodontal associado ou não à doença. Contudo, esse achado pode ser atribuído à somatória de vários fatores associados à Pbmicose bucal, dentre os quais citam-se a inflamação, a presença do fungo, a má higiene bucal ou a perda parcial dos tecidos de sustentação (Lascala, 1974). Essa perda pode ocorrer como resultado da própria reabsorção óssea que se instala a partir de mediadores químicos induzidos pela inflamação (Montenegro, 1990).

Provavelmente, a alta frequência de halitose nesses pacientes ocorre em consequência da inflamação causada pelo fungo agressor associada com outros fatores. A formação de microabscessos característicos das lesões paracoccidiodomicóticas e, conseqüentemente, hemorragias, decomposição do sangue, estagnação e decomposição de resíduos alimentares e retenção de saliva nesta área, podem também ser imputadas como gênese da halitose desses pacientes (Lascala, 1974). Além disso, a higienização bucal é dificultada pela sensibilidade dolorosa da área inflamada, fato este relatado por muitos pacientes.

A experiência adquirida com a observação das lesões bucais desses 20 pacientes confirma a alta incidência de manifestações estomatológicas em pacientes portadores de Pbmicose em nosso meio. Assim sendo, o conhecimento desta doença pelo dentista precisa ser ampliado, seja para garantir a precocidade do seu diagnóstico com base em lesões bucais iniciais, seja para encorajar sua participação na equipe multidisciplinar de tratamento a fim de minimizar os riscos de seqüelas comuns após o tratamento específico isolado. Toda e qualquer intervenção odontológica em pacientes com PCM oral ativa deverá ser executada após, pelo

menos, três meses de tratamento sistêmico com drogas antifúngicas, em razão do risco de disseminação local do fungo.

## ABSTRACT

### Oral clinical manifestations of paracoccidioidomycosis

The clinical manifestations of oral Paracoccidioidomycosis are described in 20 patients who came to the University Hospital Júlio Müller, Cuiabá, Mato Grosso, between June 2002 and June 2003. All the patients were males, with a mean age of 45 years-old. Ten (50%) patients were agricultural workers, 11(55%) coming from rural areas. Fifteen (75%) were smokers. The oral lesions were more frequently observed in oral mucosa, alveolar process and palate. These lesions were mainly plaques and mulberry-like ulcers. In respect to the oral conditions, in nine (45%) patients several teeth were absent and the prevailing alterations were gingivitis and periodontitis. The histopathologic exam in some of the patients depicted an inflammatory granulomatous infiltrate with multinucleated giants cells and intracellular *Paracoccidioides brasiliensis*.

**KEYWORDS:** Paracoccidioidomycosis. Oral health. Oral lesions.

## REFERÊNCIAS

1. Araújo MS, Sousa SCOM. Análise epidemiológica de pacientes acometidos com paracoccidioidomicose em região endêmica do Estado de Minas Gerais. *Rev Pós Grad* 7: 22-26, 2000.
2. Araújo NS, Araújo VC. Lesões da mucosa bucal por agentes biológicos, físicos e químicos. *Patologia Bucal*. 1ª ed. São Paulo: Artes Médicas, 1984. 239 p.
3. Aristizabal BH, Clemons KV, Stevens DA, Restrepo A. Morphological transition of *Paracoccidioides brasiliensis* conidia to yeast cells: in vivo inhibition in females. *Infection and Immunity* 66: 5587-5591, 1998.
4. Bicalho RN, Santo MF, De Aguiar MC, Santos VR. Oral paracoccidioidomycosis: a retrospective study of 62 Brazilian patients. *Oral Dis* 7: 56-60, 2001.
5. Bisinelli J, Marzola C, Ferreira MLS, Toledo Filho JL. Manifestações Estomatológicas da Paracoccidioidomicose (*Paracoccidioides brasiliensis* ou Enfermidade de Lutz-Splendore-Almeida). Considerações Gerais e Apresentação de Casos. *Rev Fac Odontol Bauru* 6: 1-11, 1998.
6. Bisinelli J, Telles FQ, Sobrinho JA, Rapoport A. Manifestações estomatológicas da paracoccidioidomicose. *Odonto Ciência* 67: 683-687, 2001.
7. Blotta MHSL, Mamoni RL, Oliveira SJ, Nouér SA, Papaiordanou PMO, Goveia A, Camargo ZP. Endemic regions of paracoccidioidomycosis in Brazil: a clinical and epidemiologic study of 548 cases in the southeast region. *Am J Trop Med Hig* 61: 390-394, 1999.
5. Cabral LG. Estudo imuno histoquímico das espécies celulares componentes dos quadros histopatológicos presentes nas lesões bucais da paracoccidioidomicose crônica. 1995. Tese (Livre Docência) - FOSJC, São José dos Campos, 1995.
6. Castro LG, Müller AP, Mimura MA, Migliari DA. Hard palate perforation: an unusual finding in paracoccidioidomycosis. *Int J Dermatol* 40: 281-283, 2001.

7. Fonseca JB. Blastomicose Sul Americana. Estudo das lesões dentárias e parodontárias sob o ponto de vista clínico e histopatológico. *Rev Fac Odont São Paulo* 1: 1-38, 1963.
8. Hassessian A, Ishikawa EM, Alencar FI, Marcucci G. Estudo da prevalência de lesões bucais em pacientes portadores de paracoccidioidomicose na região de Campo Grande – Mato Grosso do Sul. *Rev Pos Grad* 7: 214-218, 2000.
9. Lascala NT. Blastomicose Sul-Americana. Aspectos periodontais. Estudo clínico e histopatológico. Importância da terapêutica periodontal. *Rev Fac Odont São Paulo* 12: 23-32, 1974.
10. Montenegro MR. *Patologia; Processos Gerais*. 4. ed. São Paulo: Atheneu, 1990.
11. Negro GD, Lacaz CS, Fiorillo AM. *Paracoccidioidomicose: blastomicose Sul-Americana*. São Paulo: Sarvier, 1982. p.1-115.
12. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. *Patologia Oral e Maxilo Facial*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004. 798p.
13. Restrepo A, Trujillo M, Gomes I. Inapparent lung involvement in patients with the subacute juvenile type of paracoccidioidomycosis. *Rev Inst Med Trop Sao Paulo* 31: 18-22, 1989.
14. Restrepo A, Salazar ME, Cano LE, Stover EP, Feldman D, Stevens DA. Estrogens inhibit mycelium-to-yeast transformation in the fungus *Paracoccidioides brasiliensis*: implications for resistance of females to paracoccidioidomycosis. *Infect Immun* 46:346-53, 1984.
15. Rubin E, Faber JL. *Patologia*. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. 1381p.
16. Sposto MR, Scully C, Almeida OP, Bozzo L. Oral paracoccidioidomycosis. A study of 36 South American patients. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 75: 461-465, 1993.
17. Telles F. Blastomicose Sul-americana: Paracoccidioidomicose. Boletim-epidemiológico/Curitiba, p.1-4, 2001. Disponível em: [http://www.saude.pr.gov.br/Boletim Epidemiológico/Inverno-2001/pcm\\_sesa.htm](http://www.saude.pr.gov.br/Boletim_Epidemiológico/Inverno-2001/pcm_sesa.htm). Acesso em: 30/8/2002.
18. Verli FD, Marinho AS, Souza SC, Figueiredo MAS, Yurgel LS. Perfil clínico epidemiológico dos pacientes portadores de Paracoccidioidomicose no Serviço de estomatologia do Hospital São Lucas da Pontifca Universidade Católica do Rio Grande do Sul. *Rev Soc Bras Med Trop* 38: 234-237, 2005.