



## RELATO DE CASO

# RELATO DE CASO: SÍNDROME DO NEURÔNIO MOTOR SUPERIOR CAUSADA POR PARACOCCIDIOIDOMICOSE

AUTOR PRINCIPAL:

JULIANA WENDLING GOTARDO

E-MAIL:

jullygot@hotmail.com

TRABALHO VINCULADO À BOLSA DE IC::

Não

CO-AUTORES:

CHAYANE DEDONATTO

FRANCIELE T.B.GIASSON

GUILHERME PUCCI STANGLER

NAIANA POSENATO

ORIENTADOR:

CASSIANO M. FORCELINI

ÁREA:

Ciências Biológicas e da Saúde

ÁREA DO CONHECIMENTO DO CNPQ:

4.01.01.07-0

UNIVERSIDADE:

UPF

INTRODUÇÃO:

A paracoccidiodomicose (PCM) é uma doença fúngica sistêmica causada por *Paracoccidioides brasiliensis* (PB), endêmica da América Latina e afeta principalmente homens com idade entre 30 e 60 anos com atividade rural. A infecção ocorre por via inalatória, sendo no pulmão o principal sítio de localização. A infecção primária é logo suprimida por meio da imunidade celular, formando então granulomas com formas viáveis de PB em seu interior, que podem ficar latentes por um período que varia de meses a anos. A forma crônica desenvolve-se quando, por meio de um desequilíbrio imunitário ainda não completamente compreendido, o fungo reinicia seu crescimento, provocando alterações em diversos órgãos-alvo (pulmão, adrenais, mucosas, linfonodos e sistema nervoso central (SNC)). A Neuroparacoccidiodomicose corresponde a 4,1% dos casos de PCM crônica, afeta o SNC e causa uma ampla variedade de sintomas, o que torna seu diagnóstico complicado por assimilar-se a doenças neurológicas degenerativas.

#### RELATO DO CASO:

Paciente J.O., 41 anos, branco, policial militar procedente de Independência (RS). Interna com quadro clínico de parestesia em pé esquerdo há três meses, acompanhada de dor e que evoluiu para parestesias de perna esquerda e membro inferior direito. Refere também diminuição de força em membros inferiores e superiores, cervicodorsalgia, retenção urinária e disfunção erétil. Ao exame neurológico, constatou-se hiperreflexia em membro superior esquerdo e patelar bilateral, além de clônus aquileu bilateral e sinal de Babinski, caracterizando Síndrome do neurônio motor superior. A Ressonância Magnética mostrou lesão cervical intramedular (C5-C6), delimitada por halo em hipsinal T2W, determinando expansão medular e medindo 1,9cm craniocaudal. Nota-se ainda lesão intramedular dorsal ao nível T10-11 com características similares à outra lesão, medindo 1,5cm craniocaudal. A análise do líquido evidenciou aumento celular 9 leuc.mm<sup>3</sup>, com predomínio (98%) de monócitos e sua cultura foi negativa. O Potencial Evocado Visual mostrou redução de velocidade de condução nervosa na via visual à esquerda (padrão desmielinizante) e via visual direita normal. O Raio-x de tórax apresentava micronodulações difusas bilaterais do parênquima pulmonar, compatível com doença fúngica. Pela multiplicidade de lesões e resultados nos exames de imagem, as primeiras hipóteses diagnósticas eram Esclerose Múltipla e Infecção do SNC.

#### RELATO DO CASO - CONTINUAÇÃO:

A Tomografia Computadorizada de tórax confirmou os achados radiográficos, sendo então realizada segmentectomia pulmonar para biópsia, cujo exame evidenciou doença granulomatosa não necrotizante e sem fibrose de etiologia fúngica, com pequeno número de estruturas compatíveis com paracoccidioidomicose na pesquisa de fungos. Ao ser questionado, paciente negou sintomatologia pulmonar no momento, bem como em passado recente. Os achados radiológicos característicos de infecção pelo Paracoccidioides brasiliensis, juntamente com resultado positivo da biópsia, orientaram o tratamento para infecção fúngica do SNC com Itraconazol 100mg (2x), Gabapentina 300mg (2x) e Meticorten 20mg (3x), havendo rápida estabilização do quadro clínico. Após início do tratamento, o paciente recobrou micção espontânea, deambulação com uso de órteses e força dos membros superiores.

#### CONCLUSÃO:

Ao analisarmos o caso descrito, torna-se evidente a importância de um raciocínio clínico apurado apesar dos resultados dos exames complementares deixarem dúvida quanto ao diagnóstico específico. O uso isolado de antiinflamatórios esteróides nesse paciente teria agravado seu quadro clínico e complicado o diagnóstico real de sua moléstia.

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

PANIAGO, Anamaria M.M. ET AL. Neuroparacoccidioidomycosis: analysis of 13 cases observed in na endemic area in Brazil. T.O.T.R.S of Tropical Medicine and Hygiene, 2007.

NUCCI, Marcio; Mycology and epidemiology of paracoccidioidomycosis. Uptodate, 2009.

COLOMBO, Arnaldo; Clinical manifestations and diagnosis of acute/subacute paracoccidioidomycosis. Uptodate, 2009.



---

Assinatura do aluno

---

Assinatura do orientador