

PAIVA, S.C.; DE SOUZA, L. B. C.; LAURENTYS, S. M. M.; SILVA JUNIOR R.G.; MAMONE P.O.S.; VIEIRA, A.

Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, São Paulo – SP.

E-mail para contato: [saulocordeiropaiva@gmail.com](mailto:saulocordeiropaiva@gmail.com)

## INTRODUÇÃO

A Paracoccidiodomicose (PCM) é uma doença fúngica sistêmica com apresentação restrita à América Latina. Ela afeta pulmões, pele e linfonodos, sendo infrequente o acometimento de órgãos intra-abdominais e, raramente, pode simular neoplasia. O envolvimento da árvore biliar pode ocorrer como massa infiltrativa, simulando colangiocarcinoma (colangioCA), promovendo inflamação e obstrução biliar ou resultando da compressão direta por linfonodomegalias.

## RELATO DE CASO

Homem de 40 anos, natural do Rio de Janeiro e procedente de SP há 28 anos, sinaleiro de guindaste, tabagista 25 anos/maço, ex-etilista (>30g/dia), abstêmio há 20 anos. Em julho/ 2022, iniciou quadro de dor em hipocôndrio direito em cólica, de forte intensidade, sem relação com alimentação ou evacuação, sem irradiação, associada a náuseas e vômitos, evoluindo, após 3 meses, com febre, icterícia progressiva, colúria, acolia fecal, prurido intenso e perda ponderal não aferida. Internado para investigação diagnóstica, apresentou padrão colestático em exames laboratoriais (Tab.1), sorologias virais, marcadores tumorais e autoanticorpos hepáticos negativos. A TC de abdome foi sugestiva de CEP e ColangioCA e a ColangioRNM também indicou CEP com estenose segmentar do colédoco intrapancreático e linfonodomegalias associadas. A colangiopancreatografia Retrógrada Endoscópica (CPRE) também apresentou irregularidades de vias biliares intra e extra-hepáticas, e lesão nodular acometendo 50% da luz da via em ducto hepático direito, tendo sido passado prótese para drenagem biliar (Fig. 1), e biópsia, que estabeleceu o diagnóstico de infecção por PCM (Fig. 2). Realizada então sorologia para PCM com resultado positivo (1/32).

Iniciou tratamento com Anfotericina B, evoluindo com elevação de enzimas canaliculares durante o tratamento. Trocado então para Itraconazol, apresentando melhora laboratorial progressiva. Em programação de troca de prótese após realização de nova CPRE e término de tratamento antifúngico.

Tab 1: Exames laboratoriais evolutivos

Parâmetro	Valor de referência	Pós prótese	1 mês*	3 meses*
AST (U/L)	<59	177	12	16
ALT (U/L)	<35	314	72	21
FA (U/L)	38 - 126	810	843	341
GGT (U/L)	11-50	1179	898	251
Plaquetas /mm <sup>3</sup>	140.000-500.000	324.000	366.000	307.000
BT (mg/dl)	0,2 - 1,3	1,39	0,53	0,49
Alb (g/dl)	>3,5	3,3	3,8	4,6
INR	0,8-1,0	1,0	1,05	0,92

\*Após início do tratamento

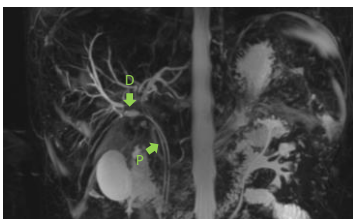


Fig 1: Dilatação (D) e próteses (P) em vias biliares.

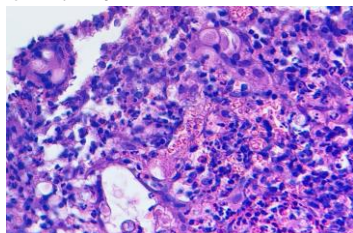


Fig 2: Esporos fúngicos em tecido de vias biliares (processo inflamatório crônico, granulomatoso, com áreas de ulceração da mucosa e estruturas sugestivas de esporos fúngicos)

## CONCLUSÃO

A PCM deve ser considerada como diagnóstico diferencial de doença das vias biliares e Colangiocarcinoma, principalmente em indivíduos provenientes de áreas endêmicas e rurais, podendo ocorrer ainda em áreas urbanas. A identificação do fungo no tecido acometido (granuloma) ou a cultura do exsudato estabelecem o diagnóstico.

## REFERÊNCIAS

- 1- Bernardes Filho, F. et al.; Acute paracoccidiodomycosis with duodenal and cutaneous involvement and obstructive jaundice. *Medical Mycology Case Reports*. 2018; 20: 21-25.
- 2- Primo, CP; Mendes, JT; Parente, DB. Ileum thickening and biliary stenosis in a 26-year-old woman from Brazil. *Gastroenterology*. 2022; 163 (3): e11-e12
- 3- Steinbruck, K.; Fernandes, R. Biliary Paracoccidiodomycosis: An Unusual Infection Simulating Malignant Neoplasm. *Annals of Hepatology*. 2019; 18 (1): 258-262