

Caso 19

Case 19

Lucas Vieira Rodrigues¹, Hércules Hermes Riani¹, André Ribeiro Guimarães¹, Fábio Mitsuhiro Satake¹, Ana Júlia Furbino Dias Bicalho¹, Ana Elisa Tavares Diniz²

DOI: 10.5935/2238-3182.20150088

RELATO DO CASO

Paciente feminino, de 23 anos de idade, previamente hígida, sem comorbidades, procurou atendimento médico em unidade básica de saúde por apresentar há duas semanas odinofagia e lesões esbranquiçadas como película de nata, recobrin-do língua e palato.

São fatores de risco para as lesões apresentadas neste relato, EXCETO:

¹ Acadêmico(a) do Curso de Medicina na Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG. Belo Horizonte, MG – Brasil.

² Médica Generalista Atenção Primária da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. Belo Horizonte, MG – Brasil.



- sexo oral desprotegido;
- corticoterapia inalatória crônica;
- síndrome de imunodeficiência adquirida;
- antibioticoterapia de amplo espectro.

Recebido em: 18/07/2015
Aprovado em: 15/08/2015

Instituição:
Faculdade de Medicina da UFMG
Belo Horizonte, MG – Brasil

Autor correspondente:
Lucas Vieira Rodrigues
E-mail: lucasvrvr@gmail.com

ANÁLISE DAS IMAGENS



Figura 1 - Análise: Placas brancacentas, parecendo “coalho”, sob a língua; dentes apresentando irregularidades de implantação de sua arcada, com conservação precária e alguns expondo a sua raiz, além de algumas perdas dentárias.

DIAGNÓSTICO

As lesões esbranquiçadas recobrimdo a superfície mucosa são frequentemente associadas à candidíase oral, determinada pela *Candida* sp. Esse tipo de lesão é mais frequente em lactentes e adultos imunossuprimidos. A forma como se apresenta, nessa paciente, entretanto, por sua intensa disseminação, denuncia imunodeficiência, especialmente dos linfócitos T auxiliares, que se associam à resposta granulomatosa e estão envolvidos, principalmente, nos processos de defesa contra vírus, *Mycobacterium*, espiroquetas, fungos e protozoários.^{1,2}

Constituem fatores de risco para o desenvolvimento da candidíase a corticoterapia inalatória crônica, a síndrome de imunodeficiência adquirida e a antibioticoterapia de amplo espectro, por reduzirem a capacidade de defesa para a *Candida* sp. O sexo oral desprotegido, mesmo expondo parceiros a secreções potencialmente contaminadas, não é fator de risco estrito para candidíase oral, atuando, dessa forma, apenas se o indivíduo a ser contaminado pela boca esteja em estado de imunossupressão.³

DISCUSSÃO DO CASO

A candidíase tem como agentes causadores os fungos do gênero *Candida*, principalmente a espécie *Candida albicans*, que comumente coloniza o ser humano, em especial os tratos digestivo, respiratório,

genital feminino e pele. A candidíase oral pode ser observada em lactentes e em adultos sob imunossupressão contra a *Candida* sp., como ocorre na antibioticoterapia de amplo espectro, quimioterapia, radioterapia em cabeça e pescoço, corticoterapia inalatória crônica ou síndrome de imunodeficiência adquirida. O mecanismo de invasão dos tecidos pelo microrganismo é obscuro, sendo conhecidos quatro fatores que interferem nesse processo, como:

- adesinas que auxiliam a ligação do fungo às células hospedeiras;
- formação de hifas que penetram no epitélio;
- secreção de enzimas fúngicas;
- capacidade do fungo em se adaptar ao microambiente do hospedeiro.

Na candidíase oral, a superfície da mucosa apresenta a formação de placas esbranquiçadas, cremosas ou membranosas.^{2,3}

A candidíase oral deve ser diferenciada de:

- líquen plano em sua forma mucosa, que se apresenta com lesões esbranquiçadas, diferenciando-se da candidíase oral por causar ardor;
- leucoplasia pilosa oral, que tem como agente o vírus Epstein-Barr, acometendo usualmente portadores da síndrome de imunodeficiência adquirida e manifestando-se com placas esbranquiçadas nas laterais da língua, diferenciando da candidíase oral por não serem removíveis com a raspagem da língua;
- neoplasia oral, que pode se apresentar como lesão esbranquiçada, contudo, a sua evolução é mais lenta quando comparada com a candidíase oral.^{2,3}

O diagnóstico de candidíase orofaríngea é confirmado pela raspagem das lesões suspeitas com uma espátula e coloração do material pelo método de Gram ou KOH e examinado em microscópio. A cultura das lesões não costuma ser indicada, salvo em sua reincidência. O tratamento pode ser tópico, com nistatina, cetoconazol e clotrimazol; ou pela via oral, com cetoconazol, fluconazol e itraconazol.²

ASPECTOS RELEVANTES

- **imunossupressão:** estado em que o sistema imune se mostra incapaz em contrapor um processo infeccioso de determinado hospedeiro;¹

- pacientes com o diagnóstico de síndrome de imunodeficiência adquirida têm deficiência na resposta celular, especialmente de linfócitos T auxiliares;¹
- a candidíase oral apresenta-se com placas brancas aderentes à mucosa oral e língua e ao serem destacadas revelam enantema intenso e doloroso.¹

AGRADECIMENTOS

Ao Dr. Ênio Roberto Pietra Pedroso, pela revisão do caso e contribuições acadêmicas.

REFERÊNCIAS

1. Veronesi R, Focaccia R. Tratado de infectologia. 4ª ed. São Paulo: Atheneu; 2009. v. 1, p.9-23, 171-6.
2. Veronesi R, Focaccia R. Tratado de infectologia. 4ª ed. São Paulo: Atheneu; 2009. v.2, p.1493-505.
3. Kauffman CA. Overview of Candida infections. [Citado em 2014 nov 21]. Disponível em: <http://www.uptodate.com/contents/overview-of-candida-infections?source=preview&search=moniliase&selectedTitle=1~150&language=en-US&anchor=H3#H3>.