



CANDIDÍASE MULTIFOCAL CRÔNICA: UM RELATO DE CASO CLÍNICO

CHRONIC MULTIFOCAL CANDIDIASIS: A CASE REPORT

Karina e Silva Pereira¹, André Machado de Senna², Rosa Maria Machado-de-Sena³

Embora espécies de *Candida* habitem naturalmente o trato gastrointestinal, inclusive a boca, esses fungos não são capazes de provocar infecção, a menos que fatores predisponentes estejam presentes. A candidíase pode apresentar diversas formas clínicas. O objetivo deste estudo foi relatar o diagnóstico clínico-laboratorial de um caso de candidíase multifocal crônica (CMC). Para tanto, foram realizados testes citológicos, microbiológicos, além da avaliação clínica. Os resultados mostraram a presença de lesão de candidíase no palato e na língua concomitantemente, apresentando um padrão de “lesão beijada”. Foram observados como hábitos predisponentes o tabagismo e a onicofagia, além do histórico de onicomicose. Os testes laboratoriais confirmaram a presença da levedura. Esse relato vem demonstrar a importância de um exame clínico apurado e uma boa anamnese, pois embora a queixa principal da paciente era estética, havia uma lesão que precisava ser diagnosticada e tratada, além da importância de alertar e informar a paciente sobre as consequências de seus hábitos deletérios.

Palavras-Chave: Candidíase Multifocal. *Candida*. Onicofagia. Hábitos Deletérios.

Although *Candida* species naturally inhabit the gastrointestinal tract, including the mouth, these fungi are not capable of causing infection, unless predisposing factors are present. Candidiasis can come in many clinical forms. The aim of this study was to report the clinical and laboratory diagnosis of a case of chronic multifocal candidiasis (CMC). For that, cytological and microbiological tests were carried out, in addition to clinical evaluation. The results showed the presence of a candidiasis lesion on the palate and tongue concurrently, presenting a "kissed lesion" pattern. Smoking, onychophagia, as well as a history of onychomycosis were observed as predisposing factors. Laboratory tests confirmed the presence of yeast. This report demonstrates the importance of an accurate clinical examination and a good anamnesis. Although the patient's main complaint was aesthetic, there was an injury that needed to be diagnosed and treated, in addition to the importance of alerting and informing the patient about the consequences of her deleterious habits.

Keywords: Multifocal Candidiasis. *Candida*. Onychophagy. Deleterious Habits.

¹ Cirurgiã-Dentista pelo ITPAC – Especialista em Odontologia do Trabalho e Implantodontia (Faculdade São Leopoldo Mandic) – Cirurgiã Dentista no HDT-UFT – E-mail: esilvakarina@yahoo.com;

² Cirurgião Dentista – Doutor em Ciências – Professor Titular da Faculdade de Odontologia do ITPAC-Palmas, Cirurgião-Dentista Efetivo da Secretaria de Saúde do Estado de Tocantins – E-mail: andremenna@gmail.com;

³ Farmacêutica e Bioquímica – Doutora em Ciências – Departamento de Análises Clínicas – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Tocantins – E-mail: rosa.sena@ifto.edu.br

1. INTRODUÇÃO

Fundamentalmente os fungos são microrganismos do meio exterior. No entanto, algumas espécies de leveduras, como as do gênero *Candida*, fazem parte da microbiota normal do corpo humano, sendo considerados organismos comensais do trato gastrointestinal. O local preferencial para a sua proliferação é a boca, sendo o local mais intensamente colonizado o dorso da língua, seguido do palato e da mucosa oral (SIDRIM e ROCHA, 2004).

Espécies de *Candida* podem ser isoladas da cavidade oral de indivíduos normais em até 50% (NEVILLE *et al.*, 2004), sendo que sua presença é mais frequente quando há menor quantidade e baixo pH de saliva (FIGUEIRAL *et al.*, 2006). A espécie mais comumente encontrada é a *C. albicans*, porém, outras espécies como a *C. glabrata*, *C. tropicalis*, *C. krusei*, *C. parapsilosis* e *C. guilliermondi* podem ser encontradas (WINGETER *et al.* 2007; CROCCO *et al.*, 2004; BARBEAU *et al.*, 2003;).

Apesar de os fungos fazerem parte da microbiota comensal do trato gastrointestinal, estes são microrganismos oportunistas e podem levar ao desenvolvimento de patologias em condições anormais (NEVILLE, 2004).

Candidíase é a infecção causada por *Candida*; o aparecimento de lesões por este fungo é dependente de condições predisponentes sistêmicas e locais (AZUL e TRANCOSO, 2006). Alguns fatores de virulência, tais como, a habilidade de aderir às células epiteliais, produção de enzimas extracelulares (proteínase e fosfolipase) e atividade hemolítica, contribuem para a patogenicidade da *Candida* sp. (RORIG, COLACITE, ABEGG, 2009; LYON e RESENDE, 2006; MENEZES *et al.* 2007; BARTIE *et al.*, 2004).

Segundo Neville *et al.* (2004), a candidíase é a infecção fúngica bucal mais comum e pode apresentar várias formas clínicas tais como: candidíase pseudomembranosa, queilite angular, estomatite protética, candidíase crônica hiperplásica, candidíase mucocutânea e candidíase eritematosa. Esta última apresenta-se como manchas vermelhas com sensação de queimação, que ocorrem comumente na região posterior do palato, dorso da língua e mucosa jugal. Está associada a antibioticoterapia, xerostomia,

imunossupressão ou ser de causa idiopática. Outras formas de candidíase eritematosa podem ser encontradas, como a glossite romboide mediana e a candidíase multifocal crônica. Clinicamente, a primeira se apresenta como uma área eritematosa bem demarcada, simétrica, com superfície plana ou lobulada no dorso da língua. Pacientes com glossite romboide mediana podem ter outros locais acometidos como a junção do palato duro com o mole e/ou as comissuras labiais, a lesão do palato aparece como uma área eritematosa denominada "lesão beijada", que é resultado do contato com a superfície dorsal da língua em repouso, condição denominada candidíase multifocal crônica e é geralmente predisposta por tabagismo.

O tratamento da candidíase inclui o uso de fármacos antifúngicos, terapia fotodinâmica antimicrobiana, instruções de higiene oral, bem como a remoção de fatores predisponentes; contudo a eficácia da terapia é dependente do estado imunológico do paciente, assim como de um diagnóstico adequado (CROCCO, 2004; SENNA *et al.*, 2018).

Dessa forma, o objetivo deste estudo foi relatar o diagnóstico clínico-laboratorial de um caso de candidíase multifocal crônica.

2. RELATO DE CASO

Paciente do sexo feminino, 29 anos de idade, leucoderma, casada, manicure e tabagista compareceu à Clínica Odontológica do ITPAC (Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos) por motivos estéticos, porém, ao exame clínico observou-se que havia duas lesões localizadas na cavidade oral, uma em língua e outra em palato.

A lesão lingual apresentava-se como uma área com perda das papilas filiformes, de coloração normal, superfície lobulada, medindo cerca de 2 cm de diâmetro, margens definidas, localizada na região posterior do dorso da língua. No palato, a lesão apresentava-se como uma erosão eritematosa, com margens definidas, superfície lisa, medindo cerca de 3 cm de diâmetro, localizada na região posterior do palato duro. As figuras 1 e 2 demonstram a característica clínica da lesão de Candidíase multifocal crônica - Candidíase

eritematosa localizada no palato correspondendo à lesão na língua (glossite romboide mediana).

Em relação à sintomatologia, a paciente relatou apenas que sentia ardência bucal e havia sangramento ao escovar a língua. Relatou também que estes sintomas eram frequentes e que costumavam aparecer e regredir espontaneamente



Figura 1. Candidíase Eritematosa localizada no palato.
Fonte: autores

Durante a anamnese a paciente relatou que tinha o hábito de chupar dedo (onicofagia), que já teve onicomicose (infecção fúngica nos dedos/unhas), que não tinha qualquer desordem sistêmica assim como não fazia uso de medicamentos. Foram realizados então exames micológico e citológico da língua, palato, pé e raspado de unha, bem como a solicitação de exames hematológicos (hemograma completo, glicemia de jejum, coagulograma, lipidograma e creatinina).

Os exames micológicos da língua, palato e pé foram realizados utilizando-se swab estéril embebido em 2 ml de solução salina estéril (um para cada lesão), este foi então passado nas lesões da língua e do palato e no pé foi passado entre a unha e o dedo. Após coletadas, as amostras foram semeadas em placas de Petri previamente identificadas e contendo meio de cultura CRHOMagar Candida®. As placas foram incubadas em estufa BOD a 37°C por 48 horas. O raspado de unha da mão foi coletado utilizando lâmina de bisturi estéril; o material foi posto em uma placa de Petri e logo após foi acrescentado nesta placa o meio CRHOMagar Candida® liquefeito e homogeneizado; a placa foi incubada a 37°C por 48 horas.



Figura 2. Glossite Romboide Mediana.
Fonte: autores

Os exames citológicos foram realizados utilizando escova ginecológica que foi esfregada sobre a lesão no palato e na língua, e no pé, entre a unha e o dedo. Logo após a coleta, cada escova foi passada sobre uma lâmina de vidro identificada, fixada com spray, seca ao ar e corada através da coloração de Gram.

Os exames hematológicos mostraram que todos os valores estavam dentro dos padrões normais.

Uma semana após a primeira consulta, a lesão da língua estava ausente e a do palato tinha regredido - como pode ser observado na figura 3 - sem ser instituído qualquer tratamento antifúngico, a língua e o palato foram fotografados. No entanto, três semanas depois as lesões apareceram novamente, estas foram então documentadas.



Figura 3. Lesão localizada no palato regredida.
Fonte: autores

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A candidíase multifocal crônica apresenta-se como placas eritematosas em dois ou mais sítios da boca e ocorre em pacientes com atrofia papilar central que são infectados com *Candida* em outras superfícies orais. Além da região dorsal da língua, os sítios mais comumente acometidos são: junção entre o palato duro e mole e comissuras labiais. Os pacientes usualmente acometidos pela glossite romboide mediana no dorso da língua e concomitante manifestação no palato são designados como portadores da “lesão beijada”, em referência ao contato da candidíase lingual, a qual transporta os fungos que acabam por colonizar o palato. Normalmente, o paciente é do sexo masculino, fumante e de idade mais avançada (PLAS, 2016).

Para o diagnóstico da candidíase deve-se considerar os sinais clínicos aliados aos exames laboratoriais. Tais exames laboratoriais incluem a citologia e o cultivo (SCALERCIO *et al.*, 2007). Nesta paciente o diagnóstico clínico foi de candidíase e para confirmar o diagnóstico definitivo foram feitos exames laboratoriais de citologia e cultivo microbiológico.

A citologia esfoliativa é um exame que analisa as características e as alterações possíveis das células que descamam, naturalmente, das superfícies dos epitélios das mucosas em geral. Consiste no estudo morfológico e morfométrico de células descamadas da mucosa, principalmente suprabasais, por meio de microscópio óptico. A coleta do material na citologia esfoliativa convencional consiste na raspagem da superfície da lesão com uma espátula ou escova, seguido de esfregação desta sobre uma lâmina de vidro. O material é fixado à lâmina, utilizando-se álcool 95° ou uma solução álcool/éter 1:1. É um método indolor, não invasivo e de baixo custo (PLAS, 2016).

A citologia realizada demonstrou a presença de hifas entre as células epiteliais. Lazarde e Añez (2003), em um relato de caso de candidíase multifocal crônica, observaram a presença de numerosos blastosporos. Terai e Shimahara (2009) encontraram pseudohifas de fungos no exame direto em 57,5% dos pacientes com candidíase atrófica em língua, assim como os achados de Lemos, Miranda e Souza (2003) que,

analisando esfregaços da mucosa palatina, evidenciaram positividade para estruturas de *Candida* na minoria dos casos.

Para as análises microbiológicas, as amostras coletadas foram semeadas no meio de cultura CHROMagar *Candida*®, o qual contém um substrato cromogênico, conforme diversos autores. Este é hidrolisado por enzimas espécie-específicas, possibilitando a identificação presumtiva macroscópica de espécies de *Candida*, com base nas cores das colônias (OLIVEIRA *et al.*, 2006). A cultura da mucosa oral foi positiva para *C. albicans*, que se apresentou de cor verde no meio de cultura CHROMagar *Candida*®, representada através da figura 4, assim como descreve ARAÚJO *et al.*, 2005. Este resultado corrobora os estudos de Guillarte *et al.* (2005) e Terai e Shimahara (2009). Estes, analisando casos de candidíase eritematosa em língua, observaram que 75% das amostras foram positivas para *Candida* spp., sendo que a maioria foi confirmada como *Candida albicans*. Já Guillarte *et al.* (2005) encontraram, dentre os 551 casos de candidíase bucal, 40,7% do cultivo positivo.

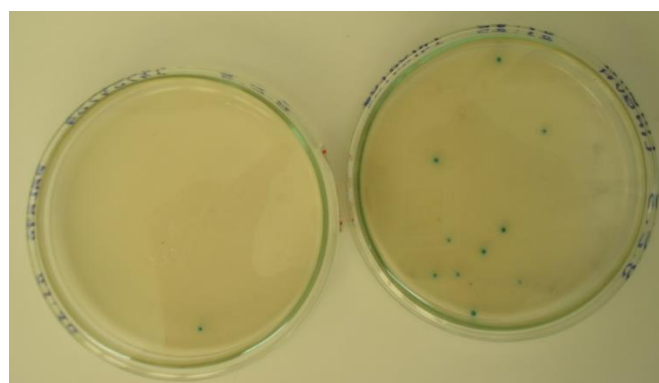


Figura 4. Placas de Petri demonstrando as colônias de *C. albicans* - à direita a cultura da língua e à esquerda a cultura do palato.

Todas as amostras de raspado de unha no estudo de Furlaneto-Maia *et al.* (2007) apresentaram crescimento de espécies de *Candida*, sendo que as espécies não-*albicans* foram mais prevalentes. Segundo Miranda *et al.* (2005), analisando amostras de pele e raspado de unha com sinal de infecção, as espécies de *Candida* foram mais frequentemente observadas nas unhas e a *Candida albicans* foi o agente etiológico mais comumente envolvido. Porém, neste caso a paciente não demonstrava sinais de onicomicose

e a cultura feita com o material coletado da mão e do pé não apresentou crescimento de espécies de *Candida*, discordando do estudo de Darwazeh, Al-Refai e Al-Mojaiwel (2001) que encontraram em 66,7% dos pacientes analisados com candidíase oral, colonização concomitante na boca e nas unhas.

Um dos fatores que está relacionado à candidíase bucal é o tabagismo, pois as substâncias presentes no tabaco interferem no mecanismo de proteção do epitélio da mucosa bucal. A exposição do epitélio cria uma porta de entrada para os microrganismos e facilita a proliferação destes microrganismos na superfície tecidual e, conseqüentemente, o aparecimento de lesões orais. Ainda, tal hábito interfere nas glândulas salivares, reduzindo o fluxo salivar e facilitando a adesão de *Candida* à mucosa bucal (SAMARANAYAKE *et al.*, 2002 *apud* GASPARIN *et al.*, 2009).

No estudo de Araújo *et al.* (2003) as mulheres foram 3,5 vezes mais afetadas que os homens. A candidíase oral na língua e no palato estavam relacionadas principalmente a próteses, não justificando a causa da paciente estudada, pois a mesma não usava prótese bucal. Este mesmo estudo mostrou que 48% dos casos ocorreram entre 40 e 59 anos de idade e somente 5,4% abaixo de 29 anos de idade.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O tabagismo em associação com o hábito de sucção digital criou um ambiente favorável para a colonização de *Candida albicans* devido ao trauma provocado por tal hábito e, conseqüentemente, o aparecimento das lesões orais. As lesões estavam presentes sempre no período pré-menstrual da paciente, neste período o hábito de sucção digital tornava-se mais intenso, explicando, portanto, o fato da regressão repentina das lesões, visto que nos outros períodos do ciclo menstrual o trauma não era tão frequente quanto.

É importante salientar o importante papel do Cirurgião-dentista nestes casos em que uma lesão não tem causa aparente; sendo completamente relevante a realização de uma boa anamnese, a fim

de descobrir hábitos e costumes praticados para o diagnóstico correto.

5. REFERÊNCIAS

ARAÚJO, R. R. et al. Perfil da Candidíase Bucal em Clínica Estomatológica. Arquivo Brasileiro de Odontologia. p 26-31. 2003.

BARTIE, K. L. et al. Differential Invasion of *Candida albicans* Isolates in an in vitro Model of Oral Candidosis. Oral Microbiology and Immunology.v.19, p 293-296, 2004.

BARBEAU, J. et al. Reassessing the Presence of *Candida albicans* in Denture-Related Stomatitis. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. v.95, p.51-59, 2003.

CROCCO, E. I. et al. Identificação de Espécies de *Candida* e Susceptibilidade Antifúngica in vitro: Estudo de 100 Pacientes com Candidíases Superficiais. An Bras Dermatol. Rio de Janeiro. v.79, n.6. Nov/Dez. 2004.

DARWAZEH, A. M-G.; AL-REFAI, S.; AL-MOJAIWEL, S. Isolation of *Candida* Species From the Oral Cavity and Fingertips of Complete Denture Wearers. The Journal of Prosthetic Dentistry. v 86, n 4, p 420-423. 2001.

FIGUEIRAL, M. H. et al. Influência da Saliva na Estomatite Protética. Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial. v. 47, n.4, p 197-202, 2006.

FURLANETO-MAIA, L. et al. Estudo da Incidência de Amostras Clínicas do Gênero *Candida* Isoladas de Diversos Sítios Anatômicos. Acta Sci. Health Sci. Maringá, v. 29, n. 1, p. 33-37, 2007.

GUILARTE, C. et al. Casuística de las Micosis de la Cavidad Bucal, Reportadas en el Laboratorio de la Cátedra de Microbiología, Facultad De Odontología, U.C.V. (1997-2001). Acta Odontol. Venez. Caracas, v.43, n.1, 2005.

LE MOS, M. M. C.; MIRANDA, J. L.; SOUZA, M. S. G. S. Estudo Clínico, Microbiológico e

Histopatológico da Estomatite por Dentadura. RBPO. v 2, n 1, p 3-10. Jan/mar, 2003.

LYON, J. P. e RESENDE, M. A. Correlation Between Adesion, Enzyme Production, and Suscptibility to Fluconazole in Candida albicans Obtained from Denture Wearers. Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. p 1-7, 2006.

MENEZES, E. A. et al. Frequêcia e Atividade Enzimática de Candida spp. na Cavidade Oral de Pacientes Diabéticos do Serviço de Endocrinologia de um Hospital de Fortaleza-CE. J. Bras. Patol. Med. Lab. Rio de Janeiro, v. 43, n. 4. Aug. 2007.

MIRANDA, K. C. et al. Identificação de Leveduras do Gênero Candida nas Unhas e em Descamação de Pele em Goiânia (Go), Durante o Ano de 2003. Revista de Patologia Tropical. v. 34, n 2, p 123-128. Mai/Ago. 2005.

NEVILLE, B. W.; DAMM, D. D.; ALLEN, C. M. et al. Patologia Oral & Maxilofacial. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004. p.183-188.

OLIVEIRA, M. S. M et al. Determinação da frequência de Candida spp na Cavidade Oral de Pacientes Graves Internados no Hospital de Clínicas - Unicamp, Através de Testes Fenotípicos. Rev Panam Infectol. v 8, n 4, p 16-20. 2006.

PLAS, R. V. D. Candidíase oral: Manifestações clínicas e Tratamento. Porto: Universidade Fernando Pessoa, 2016. 50p. Dissertação (mestrado) - Universidade Fernando Pessoa, Porto- Portugal.

RORIG, K. C. O.; COLACITE, J.; ABEGG, M. A. Produção de fatores de virulência in vitro por espécies patogênicas do gênero Candida. Rev. Soc. Bras. Med. Trop. Uberaba, v.42, n.2, Mar/Abr. 2009.

SAMARANAYAKE, L. P.; FIDEL, P. L.; NAGLIK, J. R. et al. Fungal infections associated with HIV infection. Oral Dis. v.8, p.151-160, 2002 apud GASPARIN, Adriano Baraciol; FERREIRA,

Fabiana Vargas; DANESI, Cristiane Cademartori; et al. Prevalência e fatores associados às manifestações bucais em pacientes HIV+. Cad. Saúde Pública, v. 25 n. 6, p. 1307-1315, jun, 2009.

SCALERCIO, M. et al. Estomatite protética versus candidíase: diagnóstico e tratamento. RGO. Porto Alegre, v. 55, n.4, p. 395-398. Out./Dez. 2007.

SENNA, A. M. et al . Photodynamic inactivation of Candida ssp. on denture stomatitis. A clinical trial involving palatal mucosa and prosthesis disinfection. Photodiagnosis and Photodynamic Therapy, v. 22, p. 212-216, 2018.

SIDRIM, J. J. C.; ROCHA, M. F. G. Micologia Médica à Luz de Autores Contemporâneos. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004. p. 225-226.

TERAI, H.; SHIMAHARA, M. Usefulness of culture test and direct examination for the diagnosis of oral atrophic candidiasis. International Journal of Dermatology. v 48, p. 371-373. 2009.

WINGETER, M. A. et al. Identificação Microbiológica e Sensibilidade in vitro de Candida Isoladas da Cavidade Oral de Indivíduos HIV Positivo. Rev Soc Bras Med Trop. Uberaba, v.40, n.3. Mai/Jun. 2007.