

A questão da liberação de itraconazol pelo SUS na paracoccidiodomicose, ilustrada por um caso

Relato de Caso

Recebido em 31/05/2008
Aprovado em 02/10/2008

The issue of liberation of itraconazole by sus in the paracoccidiodomycosis, illustrated by a case.

Samuel Lopes Benites¹, Jeferson Cedaro de Mendonça²

1) Estudante (Estudante de Medicina da Universidade Estadual de Maringá- Pr UEM)

2) Doutor (Professor Assistente da Disciplina de Otorrinolaringologia da Universidade Estadual de Maringá-Pr UEM)

Instituição -

Endereço para correspondência:

RESUMO

A paracoccidiodomicose é uma doença endêmica na zona rural com alta morbidade. O medicamento de escolha para seu tratamento é o itraconazol, que é disponibilizado pelo SUS desde que haja confirmação laboratorial, o que nem sempre é possível. Relatamos um caso em que o paciente apresentava suspeita clínica da doença, mas com os exames laboratoriais negativos. O paciente foi tratado empiricamente com itraconazol apresentando remissão total do quadro clínico. O presente artigo alerta que a exigência da confirmação laboratorial pode resultar em falta de tratamento, ou em tratamento com drogas menos efetivas, de pacientes que dependem do SUS.

Palavras-chave: Itraconazol, Paracoccidiodomicose, SUS

SUMMARY

Paracoccidiodomycosis is an endemic disease in rural areas with high morbidity. The drug of choice for their treatment is itraconazole, which is provided by SUS long as there is laboratory confirmation, which is not always possible. We report a case where the patient had clinical suspicion of the disease, but with laboratory tests negative. The patient was treated empirically with itraconazole showing total clinical remission. This article warns that the demand for laboratory confirmation can result in lack of treatment, or treatment with drugs less effective in patients who depend on the SUS.

Keywords: Itraconazole, Paracoccidiodomycosis, SUS

INTRODUÇÃO

A paracoccidiodomicose é uma doença endêmica. Sua importância epidemiológica está ligada aos custos sociais e econômicos derivados de suas freqüentes seqüelas, motivo comum de incapacitação para o trabalho quando não tratada adequadamente^(1,2,3). O medicamento de escolha para seu tratamento é o itraconazol^(1,2,3), que, entretanto, não faz parte do elenco de medicamentos para a atenção básica⁽⁴⁾ e tão pouco daqueles de dispensação excepcional do SUS (Sistema Único de Saúde)⁽⁵⁾. No Paraná, onde há um programa da secretaria estadual de saúde para tratamento desta doença, há necessidade de confirmação do diagnóstico através de exames com visualização direta do fungo⁽³⁾, para a liberação do medicamento, o que freqüentemente não é possível. Para ilustrar tal questão relatamos um caso, em que o tratamento baseou-se em critérios clínicos; uma vez que não se obteve a confirmação laboratorial; mudando drasticamente a evolução do paciente.

APRESENTAÇÃO DO CASO

LR, 72 anos, masculino, com queixa de ferida no nariz havia seis meses com eliminação de crostas, odinofagia intensa e hiporexia, tendo perdido 4kg no período. O paciente viveu em zona rural até há 12 anos. Ao exame sem gânglios cervicais palpáveis, ausculta pulmonar sem alterações, à rinoscopia: lesão ulcerada em região caudal do septo nasal bilateralmente com crosta. Na oroscopia presença de lesão em úvula simulando sua amputação parcial. Procedeu-se à investigação com realização de intradermoreação de Montenegro, Mitsuda e sorologia para *P. Brasiliensis*, todos negativos. A radiografia de tórax não revelou condensações, e, finalmente, as biópsias - da úvula: difuso infiltrado linfoplasmocitário e histiocítico com ectasia capilar, ausência de atipias e necrose tissular, sugerindo processo inflamatório - e do septo nasal: processo inflamatório crônico granulomatoso, com pesquisas de fungos, protozoários e de BAAR negativas. A tomografia computadorizada de seios da face nada acrescentou. O pa-

ciente evoluiu com perfuração de septo nasal e progressão da lesão palatina, além de piora do estado geral e perda de peso, exigindo hospitalização.

Devido a evolução ruim decidiu-se fazer o tratamento empírico com itraconazol, pela suspeita clínica de paracoccidiodomicose. Após seis meses de tratamento o paciente estava sem sinais da doença.

DISCUSSÃO

A paracoccidiodomicose é uma micose profunda que além de incapacitante, pode levar o paciente ao óbito quando não tratada^(1,2). Por ser uma doença endêmica nas zonas rurais do nosso país onde a população tem dificuldade no acesso aos serviços de saúde, uma droga de alta eficácia em menos tempo de tratamento, como o itraconazol, deveria ser a escolha^(1,2,3). Entretanto, este medicamento não é disponibilizado pelo SUS, tendo o paciente que usar drogas menos eficientes, com mais efeitos colaterais, além de exigirem maior tempo

de tratamento⁽²⁾. O caso apresentado mostra um paciente com evolução desfavorável cuja trajetória só foi alterada após a introdução do itraconazol com critério clínico, uma vez que não houve confirmação laboratorial. Mudanças no sistema público de saúde relativas a disponibilização de tal medicação devem ser consideradas, visando à eficiência e a diminuição da taxa de abandono do tratamento. No presente exemplo, ilustra-se o valor do critério clínico no diagnóstico, já que regras rígidas demais podem prejudicar os pacientes pela não liberação de medicamentos, mesmo que haja forte suspeita clínica. Por outro lado não se pode deixar de lembrar que o sistema público por vezes é aparentemente rigoroso demais, mas na verdade tenta equacionar os elevados custos característicos do gerenciamento da saúde. Deste modo, estudos aprofundados comparando os custos de maior disponibilização do itraconazol àqueles provenientes da incapacitação de pacientes tratados inadequadamente seriam muito bem vindos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Consenso em paracoccidiodomicose. Revista Brasileira de Medicina Tropical 39(3):297-310, mai-jun,2006
- 2- Menezes VM, Soares BGO, Fontes CJF. Drugs for treating paracoccidiodomyco-

- sis (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 4, 2006. Oxford: Update Software. Drugs for treating paracoccidiodomyco-
- 3- Protocolo de paracoccidiodomicose. Secretaria da Saúde, Governo do Paraná, 2007.
- 4- Portaria nº 2.084/GM de 26 de outubro de 2005.
- 5- Portaria do Ministério da saúde nº 2.577 de 27 de outubro de 2006.