



CAMPINAS - SP
08 A 11
DE OUTUBRO
2021



16º CONGRESSO
BRASILEIRO DE
CLÍNICA MÉDICA 2021

EVENTO
HÍBRIDO
PRESENCIAL E VIRTUAL

6º Congresso Internacional de
Medicina de Urgência e Emergência

Histoplasmose disseminada relacionada à imunossupressão por tumor neuroendócrino pancreático: um relato de caso

Silva, T.O.¹; Sa, M.V.²; Luz, B.L.³; Silva, B.M.⁴

1. Hospital São Marcos - Rede d'Or São Luiz - Recife - Pernambuco - Brasil; 2. Real Hospital Português da Beneficência em Pernambuco (RHP) - Recife - Pernambuco - Brasil; 3. Hospital Memorial São José - Rede d'Or São Luiz - Recife - Pernambuco - Brasil; 4. Hospital Metropolitan Migual Arraes - Paulista - Pernambuco - Brasil

Thiagoliveira_2004@Hotmail.com

Introdução/Fundamentos

Histoplasmose é uma micose endêmica na América do Sul. Sendo causa comum de hospitalização e morte, dentre as micoses, com incidência de 500.000 casos/ano. A pandemia do HIV, aumento de uso de imunossupressores e outras condições imunodepressoras resultam no aumento do número de casos. Fatores contribuintes para a disseminação da micose contam com temperaturas moderadas e solo contaminado com fezes de pássaros ou morcegos. A infecção pelo *H. capsulatum* se dá pela inalação da microconídia, sendo usualmente assintomática em pessoas imunocompetentes. A depleção de células T resulta em baixos níveis de citocinas como fator de necrose tumoral e interferon gamma, atribuindo maior morbimortalidade à infecção, podendo levar à morte em 2-12 semanas, se não tratado. Pode-se manifestar como infecção pulmonar ou doença disseminada progressiva. O diagnóstico deve ser suspeitado em pacientes com risco da doença (imunossupressão), exposição e quadro clínico sugestivo.

Objetivos

Este estudo tem por objetivo principal relatar o caso de um adulto previamente hígido que desenvolveu histoplasmose disseminada, doença típica de paciente imunocomprometidos.

Relato de Caso

Homem, 44 anos, previamente hígido, iniciou quadro de tosse seca, febre e dispnéia há 2 meses do atendimento clínico. PCR para Covid-19 negativo. Realizou tomografia (TC) de Tórax (múltiplos nódulos < 3 mm de distribuição randômica, outros dois nódulos de 16 e 6mm e linfadenomegalia mediastinal. Broncoscopia com lavado broncoalveolar e biópsia de nódulo pulmonar com achado de alterações inflamatórias crônicas, incluindo ocasionais células gigantes de tipo corpo estranho. Evoluiu com pápulas eritematosas em membros superiores, parestesia em mãos e artralgia simétrica aditiva (tornozelos, joelhos, cotovelos, punhos e ombros). Realizou ecocardiograma transesofágico que descartou endocardite infecciosa. Solicitado acompanhamento clínico. FAN, anti-SM e ANCA negativos, complementos séricos normais, eletroforese de proteínas mostrando padrão inflamatório inespecífico. Foi realizado biópsia de pele e biópsia de nódulo pulmonar, além de nova tomografia de tórax e abdome para avaliar progressão de lesões. Achado nódulo pancreático hipervascularizado compatível com Tumor Neuroendócrino (NET).

Paciente evoluiu com piora importante do quadro basal, além de aumento da creatinina. Optado por início de prednisona 1mg/kg/dia. Apresentou, então, melhora de todos os sintomas. Resgatado histopatológico granuloma com infiltrado histiocitário e área importante de necrose com achado de infecção fúngica, compatível com Histoplasmose. Desta forma, a prednisona foi suspensa e iniciado Anfotericina B Lipossomal. Paciente teve melhora clínica, laboratorial e radiológica. Passado esquema para Itraconazol e, após 30 dias de tratamento, realizado pancreatectomia distal, com achado de NET bem diferenciado, grau 2. Manteve seguimento com ressonância de abdome e tomografia de tórax, mostrando redução progressiva dos micronódulos pulmonares e sem sinais de recidiva da lesão pancreática. Finaliza 12 meses de tratamento com Itraconazol, evoluindo sem intercorrências.

Discussão

A histoplasmose disseminada, doença fúngica invasiva, é incomum em pacientes imunocompetentes. Desta forma, por se tratar de um paciente sem evidência de qualquer imunodeficiência prévia, levou a maior grau de dificuldade no diagnóstico, embora apresentasse fator de risco para tal (exposição à morcegos em seu local de trabalho). Chama atenção aqui o achado de NET, doença que embora possa ter um prognóstico favorável, pode levar à um certo grau de imunodepressão, que poderia ser o evento deflagrador para o quadro da histoplasmose disseminada.

Chama atenção, também, a melhora que o paciente apresentou com a corticoterapia, sabendo-se que por se tratar de doença infecciosa poderia haver piora com maior grau de imunossupressão. Em um cenário de rápida deterioração, com quadro clínico sugerindo doença inflamatória/autoimune, pareceu benéfico o início da prednisona. Em contrapartida, a melhora do paciente pode ser justificada pelo fato de que a histoplasmose também é uma doença granulomatosa, com alto grau de inflamação, que pode ter uma melhora inicial com a corticoterapia. No entanto, o tratamento com corticoide, de forma geral, não é indicado.

Como pontos negativos deste trabalho, é válido reforçar a ausência da pesquisa por antígeno urinário da histoplasmose, importante para seguimento terapêutico (embora amostra tenha sido coletada inicialmente, acabou por ser perdida).

Conclusão

Este estudo mostra a importância da investigação de fator que cause imunodepressão em pacientes com histoplasmose sistêmica, uma vez que é uma micose que tipicamente afeta pacientes imunodeprimidos.

Referências Bibliográficas:

1. Wheat et al. Histoplasmosis. Infect Dis Clin N Am 30 (2016) 207-227
2. Thiel et al. The Immune System in Neuroendocrine Tumors. Horm Metab Res 2011; 43: 890-896
3. Kapatia et al. Clinical and Morphological Spectrum of Histoplasmosis on Cytology Along with the Review of Literature. Acta Cytol. 2020;64(6):532-538



16º CONGRESSO BRASILEIRO
DE CLÍNICA MÉDICA 2021

6º Congresso Internacional de
Medicina de Urgência e Emergência
Campinas, SP - 08 a 11 de outubro/2021

EVENTO
HÍBRIDO
PRESENCIAL E ONLINE