Braz J Otorhinolaryngol.
2012;78(5):136

Nasal histoplasmosis without lung involvement in an immunocompromised patient

Histoplasmose nasal sem acometimento pulmonar em paciente imunocomprometido

Michelle Manzini[1], Michelle Lavinsky-Wolff[2]

Keywords: fungi, histoplasmosis, nasal obstruction.
Palavras-chave: fungos, histoplasmose, obstrução nasal.

INTRODUÇÃO

A histoplasmose é uma infecção causada pelo fungo *Histoplasma capsulatum*. É endêmica em várias partes do mundo, sobretudo no centro-oeste dos Estados Unidos, na América Latina e no sul da África[1].

Em 99% dos casos, a infecção é autolimitada ou restrita aos pulmões. No 1% restante, pode acometer, também, fígado, baço, linfonodos, medula óssea, pele e mucosas[1].

A histoplasmose mucocutânea não é incomum em casos de imunossupressão, mas é rara em imunocompetentes[1].

Devido à raridade do acometimento nasal isolado e ao aspecto da lesão, geralmente, a doença é confundida com neoplasia maligna.

Este artigo, ao relatar o caso de um paciente imunodeprimido com histoplasmose nasal, sem acometimento pulmonar sincrônico, visa chamar a atenção sobre a afecção, a fim de se evitar o diagnóstico errôneo frente a um caso de lesão nasal infecciosa.

APRESENTAÇÃO DO CASO

JP, masculino, 59 anos, aposentado, natural e procedente de Porto Alegre, RS. Paciente cirrótico por hepatite C e por álcool, tabagista, HIV negativo. Foi internado neste hospital para realizar bypass em membro inferior, quando se queixou de lesão nasal com 2 meses de evolução. Foi avaliado pela equipe da Otorrinolaringologia, que visualizou lesão ulcerada e irregular, coberta por crosta em vestíbulo nasal direito (Figura 1). Não havia outra particularidade no exame otorrinolaringológico. Realizou-se biópsia da lesão, pois a hipótese diagnóstica inicial foi de neoplasia maligna, devido ao aspecto da lesão. Não foram realizados outros exames enquanto se aguardava o resultado da biópsia.

Após alta hospitalar, o paciente retornou ao ambulatório de Otorrinolaringologia com as mesmas queixas. O exame físico estava inalterado em relação ao anterior.

O resultado da biópsia revelou inflamação crônica ulcerada, com tecido de granulação em mucosa respiratória. Pesquisa de fungos, em meio de Grocott, positiva: estruturas leveduriformes pequenas e ovoides sugestivas de histoplasmose.

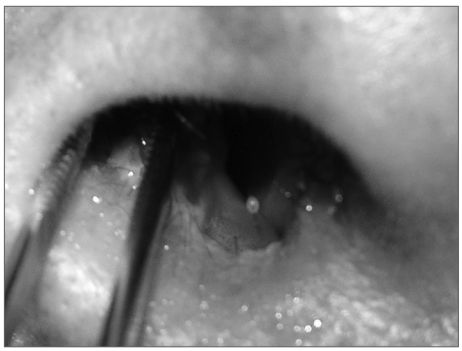


Figura 1. Lesão ulcerada em vestibulo nasal direito.

Solicitou-se avaliação da Infectologia, realizou-se radiografia de tórax, exame que não mostrou sinais sugestivos de histoplasmose, e iniciou-se itraconazol 100 mg duas vezes ao dia, dose corrigida para a taxa de filtração glomerular, com plano de 12 meses de tratamento.

Foi reavaliado após um mês de tratamento, já sem lesões nasais.

DISCUSSÃO

O histoplasma é ubíquo e potencialmente virulento. Seus esporos são inalados pelo trato respiratório e, após serem fagocitados pelos macrófagos e expostos à temperatura corporal, convertem-se em leveduras, as quais se propagam, dentro dos macrófagos, até alcançarem o sistema linfático. Nessa fase, de acordo com a imunidade celular do indivíduo, a disseminação hematogênica poderá ocorrer[1].

A infecção tem início, geralmente, nos pulmões, quando o inóculo é pequeno e o paciente imunocompetente. Raramente, a infecção se dissemina e envolve diferentes órgãos. Quando atinge a cabeça e o pescoço, os lugares mais afetados são cavidade oral, laringe e faringe. Restringe-se à mucosa e, com frequência, é diagnosticada, erroneamente, como neoplasia maligna[1], podendo ser confundida, também, com doenças granulomatosas e tumores nasais benignos.

Devido ao pequeno tamanho do fungo (2-4 mm) e à similaridade com outras leveduras, o diagnóstico da histoplasmose é feito ao isolar-se o fungo em cultura, o que retarda o diagnóstico e o tratamento[2].

A cultura é o exame padrão-ouro para o diagnóstico e demora entre duas a quatro semanas para positivar. Contudo, não é útil nos casos graves, nos quais a intervenção deve ser rápida. A cultura em Sabouraud tem sucesso de 25% a 40%. Nas lesões aerodigestivas, na forma crônica - na qual a cultura não é muito eficaz-, a biópsia fixada com Gomori, o qual cora o agente infeccioso, é diagnóstica[3].

O tratamento é feito com itraconazol sistêmico, o qual tem se mostrado eficaz, contudo deve ser evitado em pacientes hepatopatas. Infecções graves ou recalcitrantes devem ser tratadas com anfotericina B[4].

A cirurgia não tem papel terapêutico, mas é útil para o diagnóstico, já que a histoplasmose não é angioinvasiva e o desbridamento cirúrgico extenso não é necessário[4].

COMENTÁRIOS FINAIS

Apesar de rara, a histoplasmose deve ser considerada no diagnóstico de lesões nasais, sobretudo em pacientes imunocomprometidos. A não realização da cultura retarda o diagnóstico e o tratamento, podendo comprometer o prognóstico do paciente.

REFERÊNCIAS

1. Sood N, Gugnani HC, Batra R, Ramesh V, Padhye AA. Mucocutaneous nasal histoplasmosis in an immunocompetent young adult. Indian J Dermatol Venereol Leprol. 2007;73(3):182-4.
2. Oikawa F, Carvalho D, Matsuda NM, Yamada AT. Histoplasmose no septo nasal sem envolvimento pulmonar em um paciente com síndrome da imunodeficiência adquirida: relato de caso clínico e revisão de literatura. São Paulo Med J. 2010;128(4):236-8.
3. Araújo Filho BC, Neves MC, Butugan O, Voegels RL, Campelo VES. Histoplasmose e rinossinusite: uma rara associação. Arq Int Otorrinolaringol. 2006;10(2):141-5.
4. Rizzi MD, Batra PS, Prayson R, Citardi MJ. Nasal histoplasmosis. Otolaryngol Head Neck Surg. 2006;135(5):803-4.

[1] Médico Residente do 2º ano do Serviço de Otorrinolaringologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (Médico Residente).
[2] Doutora em Epidemiologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
Hospital de Clínicas de Porto Alegre.
Endereço para correspondência: Michelle Lavinsky-Wolff. Rua Ramiro Barcelos, nº 2350, zona 19, Santa Cecília. Porto Alegre - RS. CEP: 90035-903.
Este artigo foi submetido no SGP (Sistema de Gestão de Publicações) da BJORL em 26 de junho de 2011 . cod. 8653.
Artigo aceito em 24 de novembro de 2011.