

---

# HISTOPLASMOSE DO CÓLON, SIMULANDO TUMOR MALIGNO SINCRÔNICO, EM PACIENTES HIV<sup>+</sup>

MANUEL DOMINGOS DA CRUZ GONÇALVES, TSBCP  
CELSO FERREIRA RAMOS FILHO  
KALIL MADI  
VERA LUCIA ANTUNES CHAGAS  
ALUÍZIO SOARES DE SOUSA RODRIGUES  
ANIBAL DA TORRE BOGOSSIAN

---

GONÇALVES MDC, RAMOS FILHO CF, MADI K, CHAGAS VLA, RODRIGUES ASS & BOGOSSIAN AT - Histoplasmose do cólon, simulando tumor maligno sincrônico em pacientes HIV<sup>+</sup>. *Rev bras Colo-Proct*, 1993; 13(1): 10-12

**RESUMO:** O aumento da incidência de doenças imunodeficientes vem sendo responsável pelo aparecimento de diversas afecções com evolução pior e diferente da habitualmente conhecida. É apresentado um caso de histoplasmose em paciente HIV<sup>+</sup> que comprometeu o cólon em dois segundos, levando a quadro suboclusivo, cuja clínica, propedêutica e aspecto peroperatório ou macroscópico sugeriam câncer em fase avançada com comprometimento de gânglios peritumorais e à distância. Foi realizado estudo microscópico com coloração especial, que revelou presença do *Histoplasma capsulatum* dentro das células.

**UNITERMOS:** histoplasmose; câncer do cólon; tumor sincrônico

---

O comprometimento do cólon é uma condição raríssima. Em pacientes imunodeprimidos essa afecção pode desenvolver-se fora dos padrões habituais.

O objetivo do trabalho é descrever um caso com lesão intestinal insólita, e alertar para essa possibilidade diagnóstica, em pacientes HIV, orientando também a conduta terapêutica nesses casos.

## CASUÍSTICA E MÉTODO

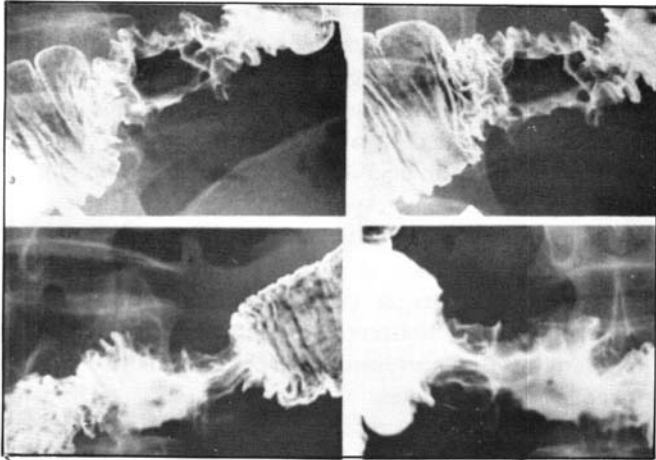
Foi estudado um caso, atendido e operado no Hospital Universitário Clementino Fraga Filho, da Universidade Federal do Rio de Janeiro:

---

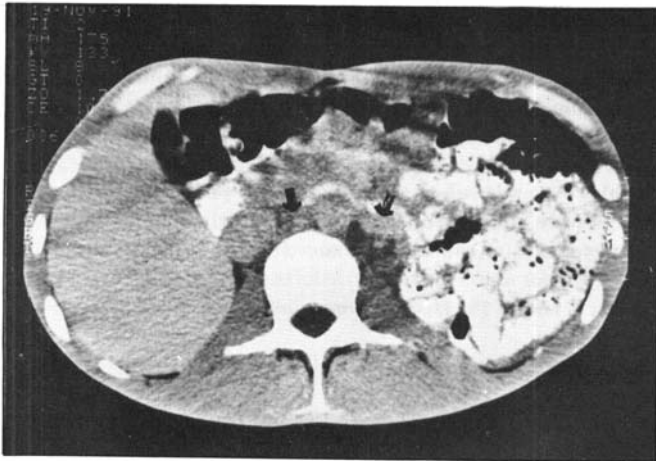
*Trabalho realizado pelos Serviços de Cirurgia Geral, Anatomia Patológica e Doenças Infecto-parasitárias do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho da Universidade Federal do Rio de Janeiro.*

Paciente do sexo masculino, 32 anos, natural do Rio de Janeiro, bissexual. Em dezembro de 1990 apresentou quadro compatível com herpes-zoster em região costal esquerda; desde então surgiu prurido generalizado, perda de 6 kg, eczema seborréico em região malar. Infecção pelo HIV detectada por ELISA e confirmada por imunofluorescência indireta. Primeira consulta em março de 1991 com poliadenomegalia cervical. Em julho do mesmo ano iniciou-se dor abdominal freqüente, em cólica, progressiva, inicialmente com irradiação para a região escrotal e posteriormente com localização em andar superior do abdômen, atingindo grande intensidade e mantendo-se intermitente. No decurso do quadro não ocorreram alterações no exame físico, exceto candidíase oral. Sem alterações hematológicas, microglobulina - 4,2/3,4; CD<sub>4</sub> 309/133, (em março/julho de 91). Retossigmoidoscopia em 12/9/91 foi normal, com biópsia inespecífica. Realizou dois trânsitos de delgado, que foram normais. Ultra-sonografia mostrou rins pélvicos; colonoscopia em nov/91 evidenciou lesões vegetantes, infiltrantes e ulceradas em ângulo esplênico e no sigmóide, e biópsia de processo inflamatório inespecífico. Clister opaco em 20/11/91 demonstrou lesões estenosantes em cólons descendente e transversos, circunferenciais, com destruição de mucosa e ulceração (Fig. 1). Tomografia computadorizada de abdômen em 19/11/91 mostrava adenomegalias intercavo-aórtica e para-aórtica à esquerda; rim em ferradura e pélvico; baço normal (Fig. 2).

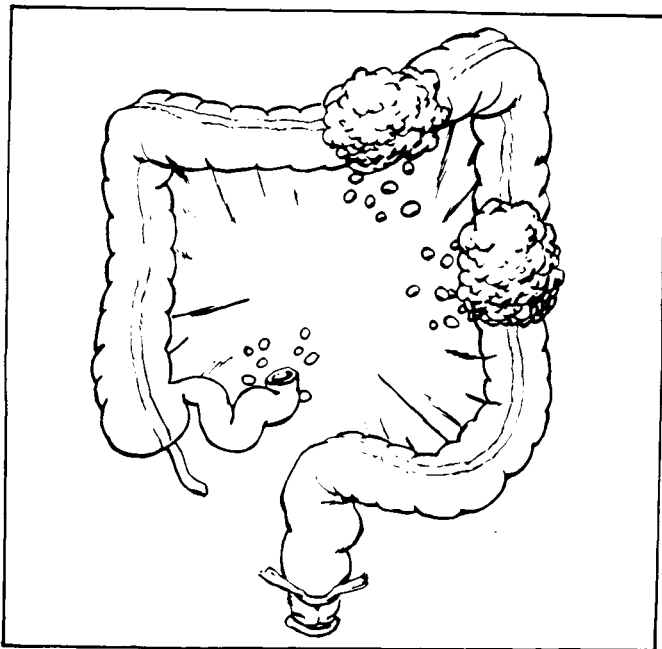
Foi submetido a laparotomia exploradora em dez/91, encontrando-se dois tumores de cólon, localizados no segmento transversos e sigmóide, de aspecto maligno, com invasão de serosa visceral e acompanhados de grandes gânglios peritumorais, em mesacólon e à distância (peri-aórticos) (Fig. 3). Feita a biópsia de congelação em gânglios peritumorais e de gânglio peri-aórtico, que revelou processo inflamatório inespecífico. Foi realizada, então, ressecção dos segmentos afetados e retirada dos gânglios contidos no mesocólon correspondente.



**Fig. 1** - Clister opaco: lesões estenosantes em cólon transverso e cólon descendente.

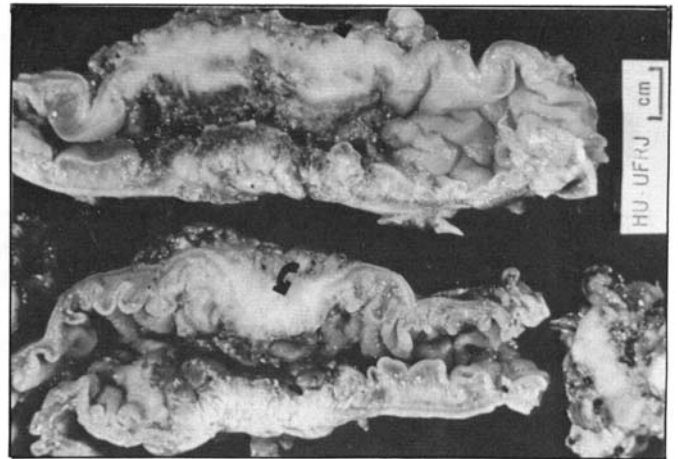


**Fig. 2** - Tomografia computadorizada de abdômen: adenomegalia intercavo-aórtica e para-aórtica à esquerda (setas).

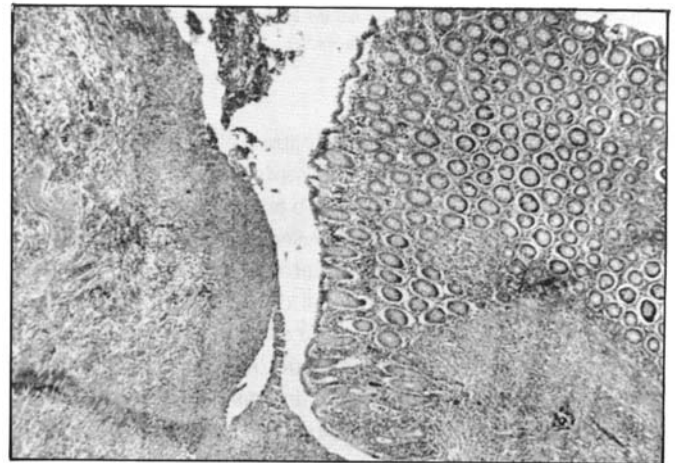


**Fig. 3** - Aspecto per-operatório: tumor sincrônico em cólons transverso e descendente com adenomegalias à distância.

A macroscopia da peça mostrou comprometimento em toda a espessura do cólon transverso e lesão semelhante no descendente, com respectivamente 3 e 4,5 cm; o aspecto era de lesão estenosante, ulcerada e infiltrante, com destruição da muscular. Chamou a atenção o achado de numerosos gânglios satélites, alguns com aspecto necrótico (Figs. 4 e 5). A microscopia foi compatível com infecção por *Histoplasma capsulatum* (Figs. 6 e 7). Foi tratado posteriormente (após a recuperação da cirurgia), com anfotericina B, havendo resolução completa do quadro. Alta em fev/92.



**Fig. 4** - Dois segmentos do cólon abertos: a parte superior das duas peças mostrando lesão brancacenta ulcerada, inclusive com interrupção das musculares (seta em curva), e na parte de baixo das mesmas exibindo lesão necrótica menos volumosa. O fundo das úlceras era cruento e meio brilhante no exame a fresco. Aos lados, vários gânglios necróticos conglomerados.



**Fig. 5** - Corte panorâmico de úlcera tipo fissura com fibrose e infiltrado inflamatório. HE (pequeno aumento).

## DISCUSSÃO

Nos últimos anos, com o aumento do número de pacientes HIV<sup>+</sup>, o padrão clássico de uma série de afecções conhecidas vem apresentando evolução diferente da habitualmente conhecida. Isto se deve à baixa da imunidade desses doentes.

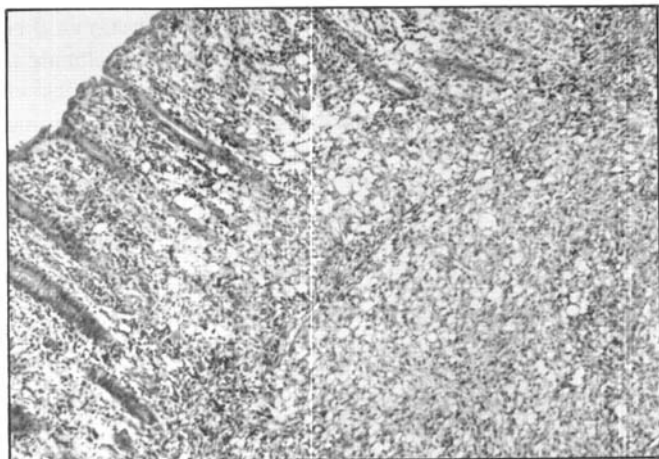


Fig. 6 - Mucosa com densa infiltração inflamatória macrófágica (espaços claros) e criptas comprimidas. HE (médio aumento).

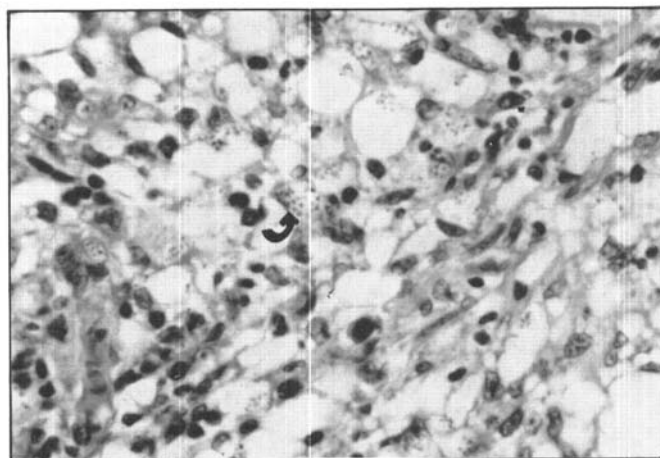


Fig. 7 - Detalhe da figura mostrando microorganismos no interior de macrófago (seta em curva). HE (imersão).

Como foi descrito anteriormente, trata-se de um caso atípico de suboclusão intestinal em paciente HIV<sup>+</sup>, cuja evolução e exames propedêuticos sugeriam a presença de doença maligna, apesar da biópsia por colonoscopia mostrar processo inflamatório inespecífico. Havia, entretanto, a possibilidade desta ter sido realizada em local de processo inflamatório circunvizinho ao tumor. Durante a laparotomia o aspecto do tumor era de adenocarcinoma sincrônico do cólon, em fase avançada, pois invadia todas as camadas e se acompanhava de adenomegalias no mesocólon, à distância no mesentério ileal, e em cadeia aórtica.

A conduta adotada de somente ressecção dos segmentos comprometidos foi decidida após o resultado da biópsia de congelamento, realizada nos gânglios peritumorais e gânglios à distância, confirmando assim um processo inflamatório inespecífico. Neste caso tal decisão baseou-se na possibilidade de tratar-se de uma doença inflamatória que pudesse responder a tratamento específico. Isto de fato ocorreu, pois após o diagnóstico de histoplasmose, pelo estudo histopatológico (coloração para identificar os microorganismos vistos dentro de macrófagos nas lesões descritas, a saber: PAS e prata metenamina de Grocott), o paciente foi medicado com anfotericina B, havendo regressão quase total das adenomegalias remanescentes.

**GONÇALVESMDC, RAMOS FILHO CF, MADI K, CHAGAS VLA, RODRIGUES ASS & BOGOSSIAN AT - Colonic histoplasmosis mimicking syncronic malignant tumor in HIV<sup>+</sup> patient.**

**SUMMARY:** The increase of incidence of Immune Deficiency Syndrome over the last years, has been causing the appearance of different - to the worse evolution for well known diseases. We describe a case of HIV<sup>+</sup> patient with histoplasmosis. Two segments of his colon were affected leading to a suboccluded intestinal status, whose clinic, propedeutic, peri-surgical and macroscopic aspect suggested cancer in advanced fase, involving lymphonodes close and far apart the tumor. Microscopic analysis using special stain, revealed the *Histoplasma capsulatum* inside the cells.

**KEY WORDS:** histoplasmosis; colonic cancer; syncronic tumoration

#### REFERÊNCIAS

1. Huang CT e cols. Disseminated histoplasmosis in the acquired immunodeficiency syndrome. Arch Intern Med, 1987; 147: 1181-1184.
2. Taylor MN, Baddour LM, Alexander JR. Disseminated histoplasmosis associated with acquired immunodeficiency syndrome. Am J Med 1984; 77: 579-580.
3. Mandell W, Goldberg DM, New HC. Histoplasmosis in patients with the acquired immune deficiency syndrome. Am J Med 1986; 81: 974-978.
4. Masur H, Kovacs JA, Ognibene F et al. Infectious complications of AIDS. In: De Vita VT Jr., Hellman S, Rosenberg SA (eds.): AIDS etiology, diagnosis, treatment and prevention. Philadelphia: JB Lippincott Co., 1985: 161-184.

#### Endereço para correspondência:

Manoel Domingos C. Gonçalves  
Rua Conde de Bonfim, 232 - Sala 513 - Tijuca  
20520 - Rio de Janeiro - RJ