
HISTOPLASMOSE DO CÓLON, SIMULANDO TUMOR MALIGNO SINCRÔNICO, EM PACIENTES HIV⁺

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⁺. *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⁺ 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 poliadenomalia 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; CD₄ 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.

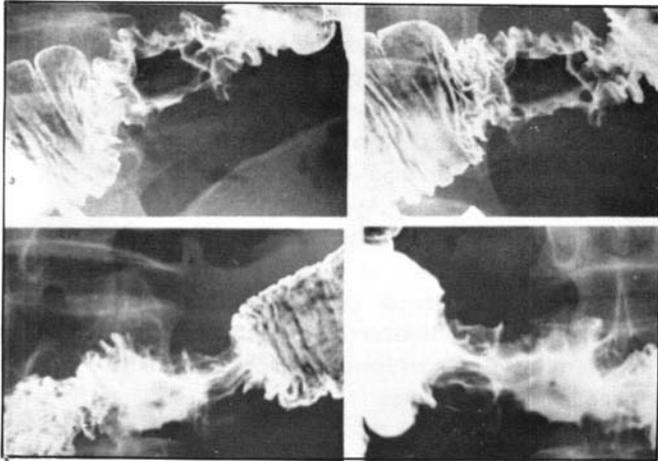


Fig. 1 - Clister opaco: lesões estenosantes em cólon transverso e cólon descendente.

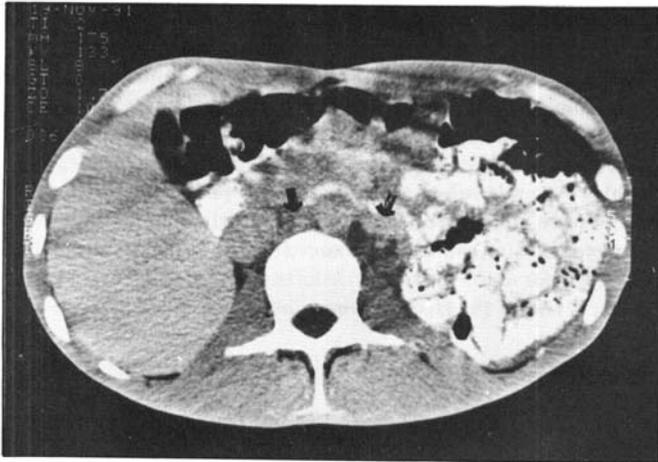


Fig. 2 - Tomografia computadorizada de abdômen: adenomegalia intercavo-aórtica e para-aórtica à esquerda (setas).

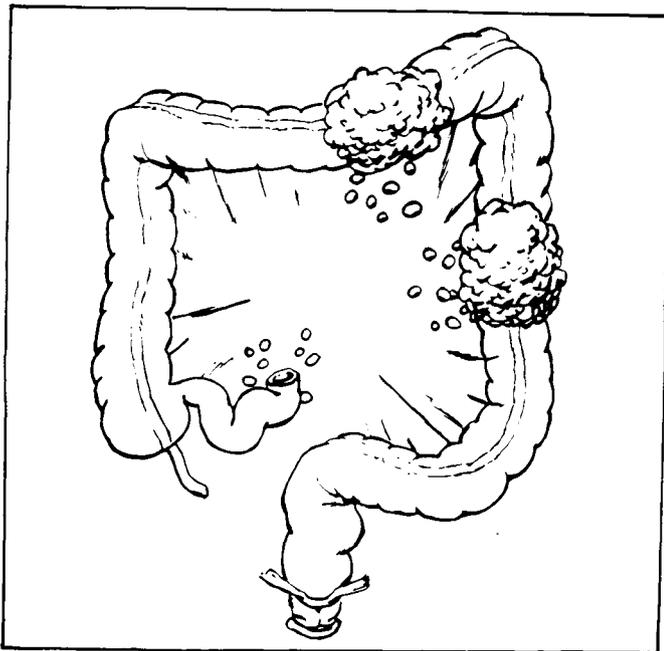


Fig. 3 - Aspecto per-operatório: tumor sincrônico em cólons transverso e descendente com adenomegalias à distância.

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.

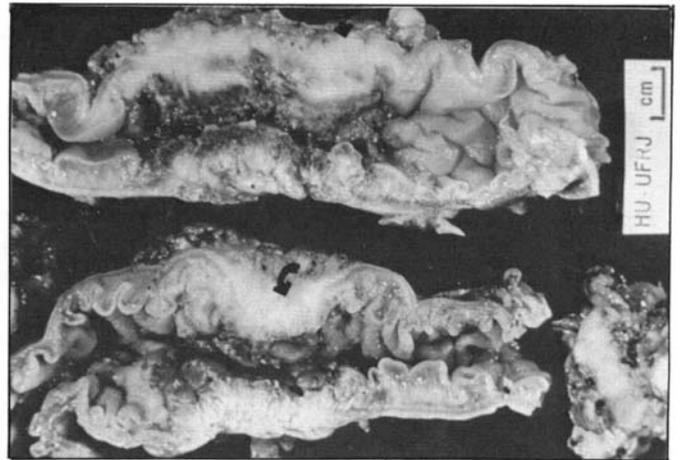


Fig. 4 - Dois segmentos do cólon abertos: a parte superior das duas peças mostrando lesão brancacenta ulcerada, inclusive com interrupção das musculares (seta em curva), e na parte de baixo das mesmas exibindo lesão necrótica menos volumosa. O fundo das úlceras era cruento e meio brilhante no exame a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

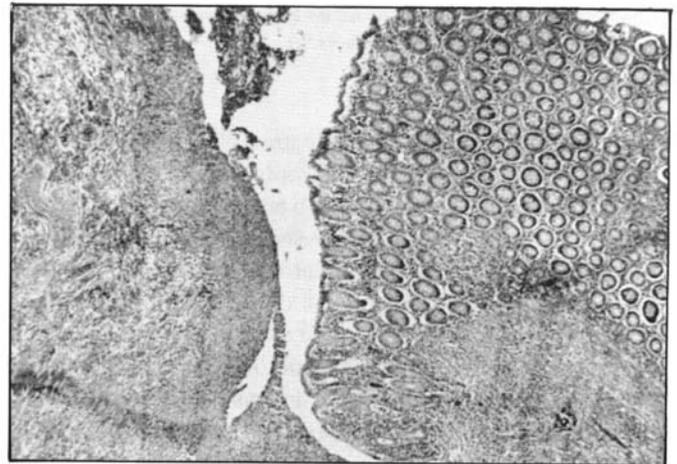


Fig. 5 - Corte panorâmico de úlcera tipo fissura com fibrose e infiltrado inflamatório. HE (pequeno aumento).

DISCUSSÃO

Nos últimos anos, com o aumento do número de pacientes HIV⁺, 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.

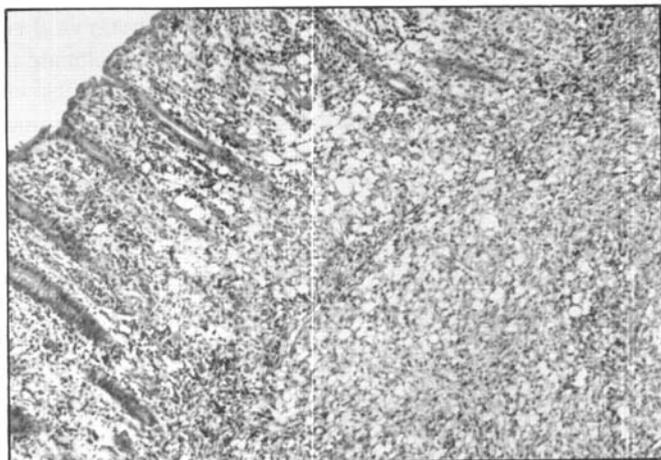


Fig. 6 - Mucosa com densa infiltração inflamatória macrófágica (espaços claros) e criptas comprimidas. HE (médio aumento).

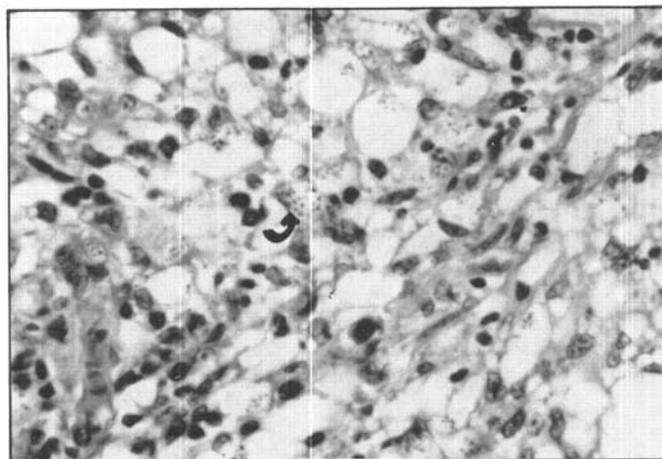


Fig. 7 - Detalhe da figura mostrando microorganismos no interior de macrófago (seta em curva). HE (imersão).

Como foi descrito anteriormente, trata-se de um caso atípico de suboclusão intestinal em paciente HIV⁺, 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⁺ 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⁺ 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