

Donaduzzi, Thais; Koch, Bruna Elisa; Pimentel Hernandes Machado, Cristiane
Pápulas disseminadas em paciente imunossuprimido
Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção, vol. 2, núm. 4, octubre-diciembre, 2012,
pp. 144-145
Universidade de Santa Cruz do Sul
Santa Cruz do Sul, Brasil

Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=570464026006>

Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção

ISSN 2238-3360 | Ano II - Volume 2 - Número 4 - 2012



QUAL É O SEU DIAGNÓSTICO?

Pápulas disseminadas em paciente imunossuprimido *Palpules disseminated in immunosuppressed patients*

Thais Donaduzzi¹, Bruna Elisa Koch¹, Cristiane Pimentel Hernandes Machado¹

¹Universidade de Santa Cruz do Sul (Unisc), Santa Cruz do Sul, RS.

Recebido em: 21/08/2012

Aceito em: 19/11/2012

crisphm@gmail.com

Homem de 33 anos internou para investigação de lesões cutâneas disseminadas e astenia. Relatava aparecimento e evolução dos sintomas há 30 dias. Queixava-se de cansaço e fraqueza muscular, assim como referia picos febris de até 39,0°C. Ao exame, encontrava-se emagrecido, apresentando pápulas disseminadas pelo tronco e membros, e algumas vesículas e crostas (Figura 1). As lesões não eram pruriginosas, nem dolorosas. Foi realizada biópsia cutânea para elucidação diagnóstica. O teste ELISA foi positivo para HIV.

Qual sua hipótese diagnóstica?

- a) Tuberculose miliar
- b) Impetigo
- c) Sarcoma de Kaposi
- d) Histoplasmose
- e) Escabiose



FIGURA 1 - Lesões de pele identificadas.

O resultado do exame anatomo-patológico do tecido cutâneo revelou células leveduriformes unibrotantes sugestivas de *Histoplasma capsulatum*.

A histoplasmose é causada pelo fungo *Histoplasma capsulatum* var. *capsulatum*, encontrado em solo contaminado por fezes de aves e morcegos. Nas áreas endêmicas, as infecções ocorrem por inalação dos esporos suspensos no ar de locais onde se acumulam excretas de aves e/ou morcegos. Em indivíduos imunocompetentes as infecções costumam ser assintomáticas¹. Aqueles que manifestam

a infecção costumam ter uma doença pulmonar aguda auto-limitada, caracterizada por febre, calafrios, fadiga, tosse não produtiva, desconforto respiratório e mialgias². No entanto, pode-se manifestar em pacientes com Aids quando a contagem de linfócitos TCD4+ é inferior a 50 células/mm³ sob a forma grave³, como complicaçao da infecção primária ou reativação de um foco quiescente, podendo ser fatal, se não tratada¹.

Na forma grave, o paciente pode apresentar febre, hepatosplenomegalia, linfadenomegalia, manifestações pulmonares, acometimento do sistema nervoso central e lesões cutaneomucosas, que podem ser lesões maculosas, purpúricas, papulosas, placas e/ou ulcerações, podendo ser isoladas ou associadas. Na mucosa oral, podem-se encontrar lesões erosadas ou ulcerações³.

As lesões cutâneas resultam de invasão secundária da pele em formas disseminadas da infecção. Na maioria dos casos, a lesão ocorre por implantação traumática do agente, sendo a histoplasmose cutânea primária uma forma extremamente rara de manifestação¹.

O diagnóstico é clínico-laboratorial, sendo feito através da cultura³. No entanto, esse método tem pouca sensibilidade nos casos de histoplasmose pulmonar primária, sendo mais sensível para os casos de histoplasmose pulmonar crônica⁴. Pode ser feito, também, o diagnóstico através da detecção do antígeno polissacárido do agente na urina ou no soro por radioimunoensaio, sendo um método rápido e sensível para o diagnóstico da histoplasmose disseminada em imunodeprimidos^{3,4}.

Nos pacientes portadores da forma pulmonar aguda, leve a moderada, o tratamento não é necessário. Nos pacientes com sintomatologia há mais de um mês, pode-se iniciar o itraconazol 200 a 400mg/dia durante 6 a 12 semanas. Nas formas pulmonares agudas graves usa-se anfotericina B na dose de 0,5 a 1mg/kg/dia (não ultrapassando 50mg/dia) durante 1 a 2 semanas, seguida de itraconazol 200mg 3 vezes ao dia durante 3 dias e manutenção de 200mg 2 vezes ao dia por 12 semanas. Nos pacientes com a forma cavitária pulmonar crônica, recomenda-se o uso de itraconazol 200mg 3 vezes ao dia durante 3 dias seguidos e, após, 200 a 400mg/dia por, pelo menos, 12 meses, podendo se estender de 18 a 24 meses⁵.

REFERÊNCIAS

1. Saheki M, Schubach A, Salgueiro M, et al. Histoplasmose cutânea primária: relato de caso em paciente imunocompetente e revisão de literatura. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical. 2008;41(6):680-682.
2. Goldman L, Ausiello D. Cecil: medicina. 24nd ed. Rio de Janeiro: Elsevier Saunders; 2011.
3. Orsi AT, Nogueira L, Santos M, Ferreira LCL. Coinfecção histoplasmose e Aids. An. Bras. Dermatol. Rio de Janeiro, 2011;86(5):1025-1026.
4. Soares, LMF. Métodos diagnósticos: consulta rápida. Porto Alegre: Artmed; 2002.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – 8^a ed. rev. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.