

Histoplasmose em região de palato duro simulando lesão causada por *Leishmania*

Histoplasmosis at the oral cavity simulating
mucocutaneous leishmaniasis

Paulo de Tarso São Thiago, Jairo Ivo dos Santos e Mário Steindel

Resumo Os autores relatam um caso de histoplasmose em indivíduo com suspeita clínica de leishmaniose mucosa. A infecção por *Leishmania* foi descartada, pela negatividade do teste de Montenegro e ausência do parasita. O diagnóstico de histoplasmose foi confirmado pelo encontro do fungo na lesão e o seu isolamento em Ágar-Sabouraud. O tratamento do paciente com anfotericina B resultou na remissão da lesão.

Palavras-chaves: Histoplasmose mucosa. *Histoplasma capsulatum*. Santa Catarina.

Abstract A case of histoplasmosis at the oral cavity simulating mucocutaneous leishmaniasis is reported. The initial suspicion of leishmaniasis was not confirmed due to lack of amastigotes and no reactivity of the Montenegro's skin test. Diagnosis of histoplasmosis was done by Grocott's stained smears and isolation of *Histoplasma capsulatum* in Sabouraud's-agar slants. Treatment with Amphoterecin B led to complete remission of the lesion.

Key-words: Mucocutaneous histoplasmosis. *Histoplasma capsulatum*. Santa Catarina State.

Departamento de Saúde Pública, Departamento de Análises Clínicas e Departamento de Microbiologia e Parasitologia da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC.

Endereço para correspondência: Dr. Mário Steindel, Deptº de Microbiologia e Parasitologia/Centro de Ciências Biológicas/UFSC. Campus Universitário, 88040-900, Florianópolis, SC.

Fax: (048) 331-9258. E-mail ccb1mst@ccb.ufsc.br

Recebido para publicação em 25/05/97.

A histoplasmose é uma infecção micótica sistêmica causada pelo *Histoplasma capsulatum*, que apresenta duas variedades, *duboisii* e *capsulatum*, sendo esta última de distribuição mundial. Este fungo tem sido encontrado em fezes de aves e morcegos e nos locais freqüentados por estes animais⁴. A infecção humana em geral manifesta-se primariamente nos pulmões, causando quadro de pneumonite aguda, muitas vezes assintomática e de

regressão espontânea^{4 5}. Entretanto, em algumas situações, como consequência de disseminação, o fungo pode se localizar em vários outros sítios, como a região ocular, cavidade oral, laringe, tegumento, sistema nervoso e trato gastrointestinal, tanto em pacientes imunodeprimidos como em imunocompetentes^{1 3 8 9 10}.

O presente relato trata de um caso de histoplasmose mucosa de palato duro, simulando leishmaniose.

RELATO DE CASO

Paciente masculino, 56 anos, natural e residente em Caçador, no Vale do Rio do Peixe, meio-oeste do Estado de Santa Catarina, desenvolvendo atividade não especializada em fábrica de papel, foi encaminhado ao Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina com suspeita de leishmaniose cutâneo-mucosa, em julho de 1996. Ao exame clínico, apresentava lesão única, ulcerada, de contornos irregulares, dolorosa, acometendo quase integralmente o palato duro e com seis meses de evolução (Figura 1). Embora aparentando bom estado físico, o paciente relatou a perda de aproximadamente 5kg de peso, desde o aparecimento da lesão, sendo atribuído o fato à dificuldade de mastigação, causada em parte pelo uso de substância cáustica com fim terapêutico.

Ao exame radiológico foi observado infiltrado intersticial e alveolar com disposição peri-hilar em ambos os pulmões. O teste de ELISA para pesquisa de infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) foi negativo. Para pesquisa de leishmaniose foi realizado o teste intradérmico de Montenegro e biópsia do bordo da lesão, do qual foram confeccionados esfregaços por aposição e realizado estudo anatomopatológico. O resultado do teste de Montenegro foi negativo. O exame de esfregaços corados pelo método de Giemsa e hematoxilina-eosina demonstrou a presença de histiócitos intensamente parasitados por elementos arredondados medindo 2 a 5mm de diâmetro, descartando-se contudo infecção por *Leishmania* devido a ausência de cinetoplasto nas estruturas (Figura 2A). A coloração do material pelo método de Grocott (prata) permitiu evidenciar um grande número de elementos leveduriformes pequenos, de brotamento simples, sugestivos de *H. capsulatum* (Figura 2B).

O material de biópsia da lesão semeado em meio Ágar-Sabouraud e incubado a 25°C resultou, após quatro semanas, no crescimento de colônias algodoadas, claras e com leve tonalidade bege, mostrando ao exame microscópico a presença de macroconídeos tuberculados sugestivos de *H. capsulatum* (Figura 2C e D). O cultivo do fungo em meio ágar-BHI-sangue, enriquecido com 1% de cistina a 37°C, por 3 semanas, induziu a transformação do fungo da fase filamentosa para a fase leveduriforme. O tratamento do paciente com anfotericina B em doses progressivas de 5 até 40mg/dia durante 20 dias consecutivos, atingindo a dose total de 440mg, resultou na remissão completa da lesão.

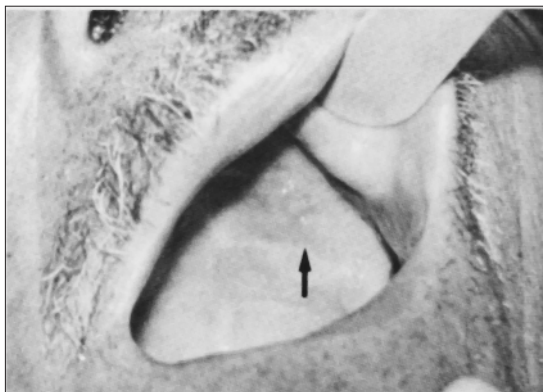


Figura 1 - Lesão de cavidade oral, ulcerada, de contornos irregulares no palato duro e com seis meses de evolução causada pelo *Histoplasma capsulatum*.

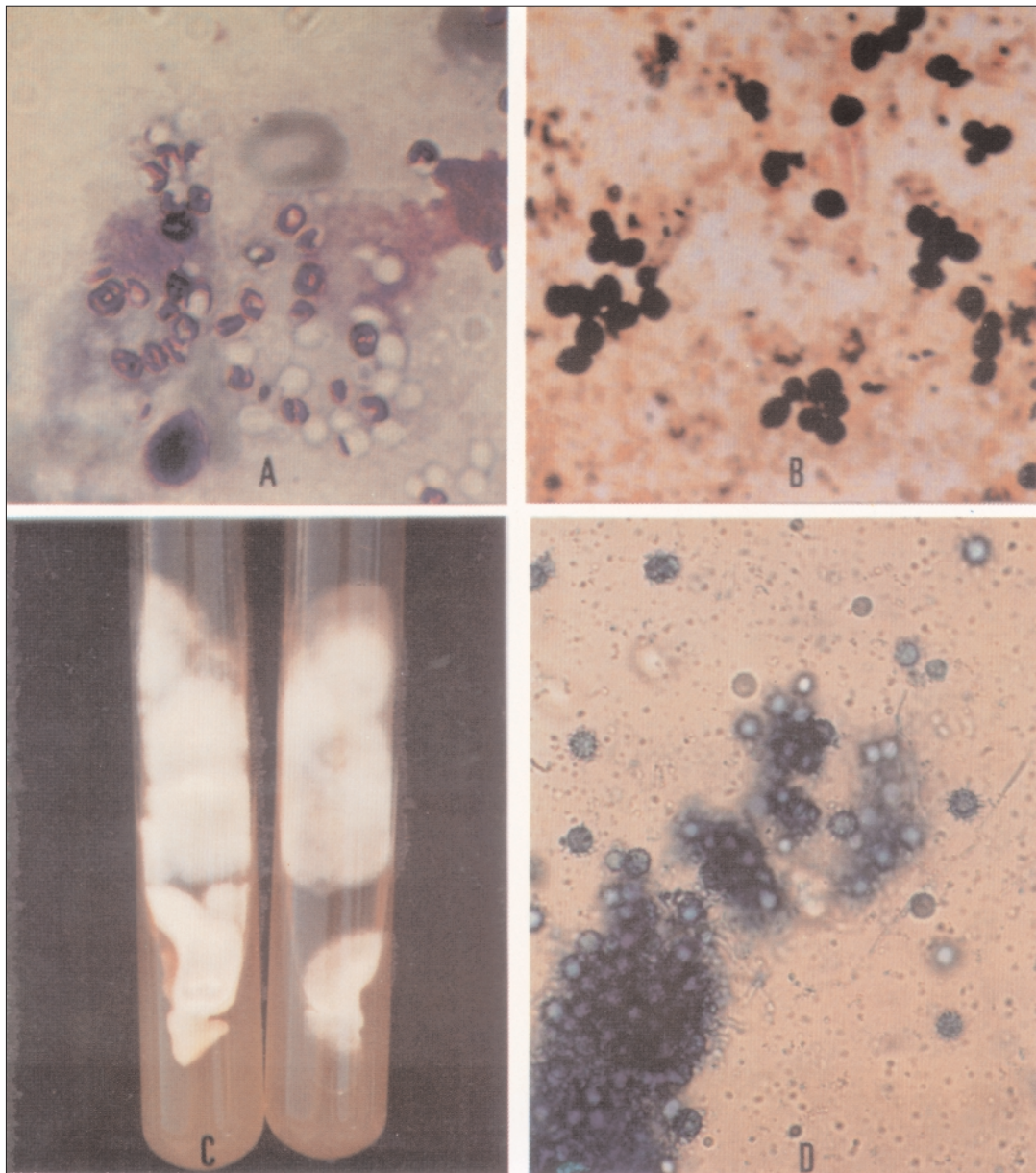


Figura 2 - Micromorfologia de *Histoplasma capsulatum*: A - Histiócito corado pelo Giemsa com inúmeras formas leveduriformes intracelulares (1000x); B - "Imprint" de biópsia da lesão corada pelo método de Grocott mostrando leveduras com brotamento (1000x); C - Colônia de *H. capsulatum* cultivada em ágar-Sabouraud a 25°C; D - Micromorfologia de *H. capsulatum* corado pelo azul de algodão mostrando macroconídeos tuberculados, característicos da fase filamentosa do fungo (200x).

DISCUSSÃO

Casos autóctones de leishmaniose tegumentar têm sido registrados em dois municípios do extremo-oeste do Estado de Santa Catarina⁷. O

paciente, embora proveniente de município sem relato da parasitose, apresentava lesão ulcerada no palato, semelhante às observadas na

leishmaniose mucosa. Entretanto, o diagnóstico presuntivo de leishmaniose não foi confirmado em virtude da ausência de amastigotas no material de biópsia e pela negatividade do teste intradérmico de Montenegro. Embora se desconheça a prevalência da histoplasmose doença ou infecção em áreas endêmicas para leishmaniose a histoplasmose deve ser incluída no diagnóstico diferencial de lesões mucosas.

O acometimento da cavidade oral com lesão semelhante à observada neste paciente também ocorre com frequência na infecção pelo *Paracoccidioides brasiliensis* e no carcinoma escamoso⁴. No entanto, não foram observadas evidências da presença deste fungo ou de células neoplásicas no material examinado.

Os testes laboratoriais demonstraram tratar-se inequivocamente de um caso de histoplasmose. O isolamento do fungo na fase filamentosa e sua reversão para a fase leveduriforme em meio BHI-sangue contendo 1% de cistina comprovaram seu dimorfismo. Segundo Kwon-Chung⁴, este dimorfismo pode ser observado quando se cultiva o fungo em diferentes condições nutricionais e de temperatura, sendo a presença de cistina ou cisteína no meio fundamental para indução do processo de transformação da fase filamentosa em leveduriforme.

Embora as imagens radiográficas do infiltrado intersticial e alveolar nos pulmões sejam inespecíficas, é provável a disseminação do fungo para a cavidade oral a partir de um foco pulmonar primário. Em geral, na histoplasmose pulmonar primária, ocorre resolução espontânea da lesão. Porém, a localização do fungo em sítios extrapulmonares requer tratamento antifúngico^{4 10}. Casos de histoplasmose mucosa ou tegumentar têm sido relatados esporadicamente em pacientes imunocompetentes^{2 4} e freqüentemente em pacientes imunodeficientes^{1 6 8 10}. No presente caso, o teste de ELISA para detecção da infecção pelo HIV foi negativo. A administração de anfotericina B durante 20 dias na dose total de 440mg, resultou na regressão total da lesão mucosa. Entretanto, avaliação radiográfica pulmonar após o tratamento não foi realizada

As informações sobre histoplasmose em Santa Catarina são escassas e antigas. Resultados de um único inquérito intradérmico com histoplasmina mostraram uma positividade de 6,3% entre 110 indivíduos testados⁵. Tendo em vista que até o momento não foram realizados inquéritos epidemiológicos para histoplasmose na região de origem do paciente e nem relatados

outros casos, torna-se difícil avaliar a importância desta micose no meio-oeste catarinense. Estudo recente utilizando testes intradérmicos com histoplasmina e paracoccidioidina realizado em soldados nos municípios de Cachoeira do Sul e Santo Ângelo, no estado Rio Grande do Sul, verificou respectivamente 82% e 39% de reações positivas para paracoccidioidina e 89% e 48% para histoplasmina¹¹, comprovando a endemicidade destas micoses naquele Estado. Neste sentido, torna-se importante a realização de inquéritos epidemiológicos semelhantes para determinar a importância da histoplasmose para a saúde pública no meio-oeste catarinense.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Borges AS, Ferreira MS, Silvestre MTA, Nishioka AS, Rocha A. Histoplasmose em pacientes imunodeprimidos: estudo de 18 casos observados em Uberlândia, MG. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical 30:119-124, 1997.
2. Castro RM, Pinzón CA, Pássaro EMC, Forjaz MHH, Soler SR. Histoplasmose tegumentar. Relato de um caso. Anais Brasileiros de Dermatologia 61:37-40, 1986.
3. Feman SS, Tilford RH. Ocular findings in patients with histoplasmosis. Journal of American Medical Association 253:2534-2537, 1985.
4. Kwon-Chung, KJ, Bennett JE. Histoplasmosis. In: Kwon-Chung KJ, Bennett JE (eds) Medical Mycology. Lea & Febiger, Philadelphia, p. 464-513, 1992.
5. Lacaz CS, Porto E, Martins JEC. Histoplasmose clássica. In: Lacaz CS, Porto E, Martins JEC (eds) Micologia médica - Fungos, actinomicetos e algas de interesse médico. 8ª edição Sarvier, São Paulo, p. 327-341, 1991.
6. Rocha MM, Severo LC. Histoplasmose disseminada em pacientes com síndrome de imunodeficiência adquirida (SIDA). Estudo de 25 casos. Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo 36:167-170, 1994.
7. São Thiago PT, Guida U. Leishmaniose tegumentar no oeste do Estado de Santa Catarina, Brasil. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical 23: 201-203, 1990.
8. Souza Filho FJ, Lopes M, Almeida OP, Scully C. Mucocutaneous histoplasmosis in AIDS. British Journal of Dermatology 133:472-474, 1995.
9. Specht CS, Mitchell KT, Bauman AE, Gupta M. Ocular histoplasmosis with retinitis in a patient with acquired immune deficiency syndrome. Ophthalmology

- 98:1356-1359, 1991.
10. Wheat J. Endemic mycoses in AIDS: a clinical review. *Clinical Microbiology Reviews* 8:146-159, 1995.
11. Zembrzuski MM, Bassanesi MC, Wagner LC, Severo LC. Inquérito intradérmico com histoplasmina e paracoccidioidina em duas regiões do Rio Grande do Sul. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical* 28:1-3, 1996.