

ABDÔMEN AGUDO PERFURATIVO POR HISTOPLASMOSE INTESTINAL: RELATO DE CASO

ACUTE PERFURATIVE ABDOMEN DUE TO INTESTINAL HISTOPLASMOSIS: CASE REPORT

Daniele Natalia Rocha Barbosa¹, Thayná Rodrigues Machado^{1*}

1 – Médica no Hospital Regional da Asa Norte, Brasília- DF

RESUMO:

Esse estudo foi feito com o objetivo de relatar o caso de um paciente imunodeprimido que foi diagnosticado com abdome agudo perfurativo na urgência da unidade de cirurgia geral do Hospital Regional da Asa Norte, Brasília – DF. Após laparotomia exploradora e biópsia da lesão, esse paciente foi então diagnosticado com Histoplasmosse disseminada como causa da perfuração. As informações foram obtidas através de análise do prontuário eletrônico, de métodos diagnósticos utilizados e revisão de literatura sobre o tema. Trata-se de caso raro, sendo frequente o sub diagnóstico. Dessa forma, esse relato de caso traz a luz a discussão de uma patologia complexa e potencialmente grave de forma a facilitar o raciocínio clínico em casos subsequentes e acelerar a suspeição clínica e diagnóstico, melhorando assim o prognóstico de futuros casos.

Palavras-chave: Abdome perfurativo; Histoplasmosse intestinal; imunodeficiência, cirurgia geral.

ABSTRACT:

This study was carried out with the objective of reporting the case of an immunocompromised patient who was diagnosed with perforative acute abdomen in the emergency department of the general surgery unit of the Hospital Regional da Asa Norte, Brasília – DF. After exploratory laparotomy and biopsy of the lesion, this patient was then diagnosed with Disseminated Histoplasmosis as the cause of the perforation. The information was obtained through analysis of the electronic medical record, diagnostic methods used and literature review on the topic. This is a rare case, and underdiagnosis is common. Thus, this case report brings to light the discussion of a complex and potentially serious pathology in order to facilitate clinical reasoning in subsequent cases and accelerate clinical suspicion and diagnosis, thus improving the prognosis of future cases.

Keywords: Perforating abdomen; Intestinal histoplasmosis; immunodeficiency, general surgery.

1. INTRODUÇÃO

A Histoplasmosse é transmitida por um fungo dimórfico, o *Histoplasma Capsulatum*. No ambiente o fungo admite a forma de micronídeo. Essa forma está presente em fezes de pássaros e morcegos. Depositados no solo ou vegetação, esses micronídeos podem ser

inalados e nos alvéolos são fagocitados por macrófagos. O microrganismo se espalha pelo sistema reticuloendotelial e assume sua segunda forma, a forma leveduriforme. Essa segunda forma pode ser capaz de produzir doença por meio de infecção aguda, reativação ou reinfecção (DEVELOUX et al., 2021).

Após a infecção, é a imunidade celular a responsável por conter a sua disseminação. É por esse motivo que indivíduos imunodeprimidos tem maior chance de desenvolver a forma disseminada da doença. Na maioria dos indivíduos imunocompetentes a Histoplasmose mantém-se subclínica ou com sintomas pulmonares e sistêmicos leves e autolimitados. Em casos de indivíduos imunodeprimidos o microrganismo pode se disseminar por via hematogênica e sua apresentação clínica depende fatores como idade, grau de imunossupressão e tamanho do inóculo (BARROS et al., 2023).

O foco desse estudo foi a forma disseminada com acometimento do sistema gastrointestinal. Esses casos são tipicamente vistos em HIV avançado, com contagem CD4 menores que 150 células/ml. Esses casos podem cursar com sintomas constitucionais como febre, fadiga, perda de peso e também pneumonia, diarreia, dor abdominal, sangramento gastrointestinal, abdome agudo perfurativo ou má absorção. Pode haver linfadenopatia, hepatomegalia ou esplenomegalia e lesões orais e cutâneas (DEVELOUX et al., 2021).

Envolvimento renal com nefrite granulomatosa e infiltração das supra-renais levando à insuficiência também foram relatados. A pancitopenia é frequentemente notada, enzimas hepáticas e fosfatase alcalina podem estar elevadas, os níveis de ferritina sérica podem ser extremamente altos. A histoplasmose disseminada progressiva pode resultar em manifestações graves com alta mortalidade, por esse motivo é tão importante a detecção precoce, diagnóstico e tratamento (AZAR et al., 2020).

O objetivo central deste trabalho pautou-se em relatar o caso de um paciente imunodeprimido que foi diagnosticado com abdome agudo perfurativo na urgência da unidade de cirurgia geral do Hospital Regional da Asa Norte – DF. Após laparotomia exploradora e biópsia da lesão, esse paciente foi então diagnosticado com Histoplasmose intestinal como causa da perfuração.

2. METODOLOGIA

Trata-se de um relato de caso aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) local, indicado sob o parecer número 5.826.500 e CAAE 64831122.1.0000.5553. O

participante e também paciente concordou em participar do estudo e voluntariamente assinou o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Foi realizado um relato de caso de um único paciente admitido na urgência do Hospital Regional da Asa Norte, Brasília- DF. As informações foram obtidas por meio de revisão do prontuário, métodos diagnósticos utilizados e revisão da literatura, comprometendo-se com o sigilo absoluto de todas as informações, sendo estas utilizadas somente para a obtenção dos dados e consequentemente, realização deste relato para fins científicos.

3. RELATO DO CASO

Paciente masculino, 37 anos, admitido em 06 de janeiro de 2020 no pronto socorro de clínica médica do Hospital Regional da Asa Norte. Paciente sabidamente portador de HIV com carga viral 47871, CD4 de 65 cel/mcL e CD8 de 762 cel/mcL em tratamento regular com Lamivudina, Tenofovir e Dolutegravir.

Inicialmente com queixas de dor abdominal há 03 dias principalmente em fossa ilíaca esquerda sem sinais de peritonite e com eliminações preservadas. Paciente refere passado de lesão por arma de fogo há 08 anos da admissão, tendo realizado laparotomia exploradora prévia na Venezuela, sem relatório do procedimento. Associado ao quadro, paciente referia febre vespertina aferida, dispneia, saturação limítrofe em ar ambiente (91-93%) e taquipneia (FR: 22 ipm). Além disso, referia dor torácica e perda de 20 kg em 06 meses.

Foi inicialmente suspeitado de tuberculose miliar apesar do escarro negativo na admissão. Paciente foi internado em leito da infectologia para investigação. Paciente já em tratamento profilático para pneumocistose e neurotoxoplasmose com sulfametoxazol e trimetropima. Nesse momento, foi então solicitados exames de imagem (tomografia de tórax, crânio e abdome). E iniciado esquema RIPE empiricamente.

A Tomografia de tórax evidenciava extensas opacidades pulmonares difusas com padrão predominantemente alveolar, sem escavações associado a Granuloma calcificado de 7 mm em lobo inferior direito e pequenos linfonodos calcificados em hilo pulmonar direito. A Tomografia de abdome evidenciava baço pouco aumentado, linfonodos peri aórticos e mesentéricos aumentado e ausência de massas ou coleções abdominais. A Tomografia de crânio não mostrava alterações. Foram então solicitadas culturas e iniciado Tazocim e linezolida (10/01 – 20/01) devido a suspeição de pneumonia bacteriana associada.

Leucograma era de 3800, sem desvios. Foi solicitada broncoscopia com lavado brônquico, sem alterações.

Paciente evolui com mudança do padrão de dor abdominal, agora em epigástrico de forte intensidade com irradiação para todo o abdome e com piora após alimentação, associado a vômitos. Solicitado então ultrassonografia e endoscopia digestiva alta que evidenciava candidíase esofágica KODSI III (tratado com micafungina e nistatina oral). Paciente apresentou elevação de transaminases após início de fluconazol) e gastrite enantematosas antral. Foram repetidas as tomografias de tórax e abdome, sem alterações significativas.

A Ultrassonografia de abdome mostrou hepatosplenomegalia e pâncreas com aspecto ecográfico sugestivo de pancreatite. Amilase indisponível no laboratório. Zerada dieta com melhora parcial do quadro e progressão conforme tolerância, paciente evolui com múltiplos quadros semelhantes na internação. Suspeitado de Citomegalovírus em trato gastrointestinal, solicitado sorologia com resultado negativo e colonoscopia, também sem evidencia de lesões. Em 28/01 foi então suspeitada de Complexo Mycobacterium Avium (MAC) disseminada pois paciente evolui com aumento de canaliculares associado a adenomegalia abdominal. Iniciado então azitromicina.

Realizada nova tomografia de tórax (06/02/2020) com múltiplos pequenos nódulos esparsos em ambos os pulmões, com dimensões variadas e contorno irregular, predominando aspecto centrolobular, com distribuição preferencial nos campos médios e superiores de ambos os pulmões, mais evidente à esquerda. Tênuas opacidades em vidro fosco de permeio aos nódulos, predominante nas bases pulmonares. Áreas de espessamentos dos septos interlobulares, mais evidente em lobo médio. Foi considerado a possibilidade de paracoccidioidomicose pulmonar ou envolvimento pulmonar pelo sarcoma de Kaposi, ou menos provavelmente, disseminação endobronquica de tuberculose pulmonar. Havia também pequenos linfonodos mediastinais e linfonodos hilares bilaterais além de linfonodos calcificados no hilo direito.

Dia 20/02/20 evolui com novo episódio de dor abdominal difusa e de forte intensidade com dor a descompressão brusca. Solicitada rotina de abdome agudo evidenciando pneumoperitônio, discutido caso com unidade de cirurgia geral que indicou laparotomia exploradora por abdome agudo perfurativo. No procedimento foi evidenciado moderada quantidade de líquido entérico em cavidade; entero-entero anastomose prévia término-lateral, sem alterações; Identificado anastomose íleo-cólica latero-lateral, sem alterações, ponto de perfuração em alça de delgado com 0,5 cm de diâmetro à cerca de 30

cm da anastomose íleo-cólica; identificado no mínimo três tumorações de consistência fibroelástica , irregulares, intraluminais em alças de delgado sem promover obstrução da luz; Mesentério com linfonodomegalias.

Foi procedido revivamento de bordas da perfuração e enviado material ao anatomo-patológico; colhida cultura de secreção livre na cavidade, não colhidas biopsias das lesões tumorais descritas. Procedida a enterorrafia da lesão em delgado. Paciente evolui sem intercorrências no pós operatório e recebe alta da cirurgia geral em 27/02 e mantém aos cuidados da infectologia.

Paciente evolui no dia 01/03/20 (10 dias de pós operatório) com novo quadro de dor abdominal intensa e difusa associado a redução de eliminação de fezes e flatos e distensão abdominal. Além disso, evolui com saída de secreção purulenta pela ferida operatória. Associado ao quadro evolui com desvio a esquerda em hemograma. Realizou USG de abdome (03/03/20) com líquido espesso perihepático com septações, sugerindo peritonite com lojas bem definidas com cerca de 116 x 35 mm.

Realizada laparotomia exploradora evidenciando peritonite difusa com líquido sero-entérico por toda a cavidade e coleção sero-purulenta bloqueada em goteira parietocólica esquerda. Visto também Perfuração sem causa aparente e com bordas necrosadas na transição jejunooileal próximo à coleção bloqueada. Demais anastomoses e suturas íntegras. Foi Realizada lise de aderências e Jejunostomia à Stamm em local de perfuração. Colhida biopsia de linfonodo mesentérico. Mantido meropenem e iniciado vancomicina.

Paciente recebe alta em bom estado geral no 20º dia de pós operatório de Laparotomia Exploradora com Jejunostomia à Stamm. Foi orientado retorno programado com cirurgia geral e acompanhamento contínuo com infectologia. Foi mantido o esquema TARV e profilaxia de pneumocistose e troca do esquema RIPE para RI visto ter completado 2 meses do tratamento de TB.

Este, retorna dia 30/03 com nova queixa de dor abdominal, agora com saída de secreção purulenta pela ferida operatória. Realizada tomografia de abdome com contraste com coleção líquida organizada intra-abdominal, adjacente a parede abdominal anterior no flanco direito se estendendo inferiormente à pelve com volume estimado de 255 ml. Foi iniciado Cefepime e metronidazol e realizada tentativa de punção guiada por tomografia, porém com saída de , sugestivo de pouca secreção, sugestiva de coleção espessa. Coletado material para cultura. Optado por tratamento conservador da coleção.

A Biópsia das bordas da lesão entérica revelava intenso processo inflamatório crônico granulomatoso, com células gigantes do tipo corpo estranho. Não foi evidenciada

neoplasia. Realizados colorações especiais para fungos e BAAR com pesquisa de BAAR negativa e de fungo positiva (*Histoplasma capsulatum* - Grocott positivo). Fechado o diagnóstico de perfuração de delgado espontânea secundária a Histoplasmose. Avaliado pela infectologia que orienta manter tratamento tuberculostático e iniciar tratamento com Anfotericina B lipossomal por 15 dias, o paciente foi então transferido ao HBDF para infectologia em 07/04 para seguimento clínico.

4. DISCUSSÃO

Trata-se de caso de histoplasmose disseminada, doença infecciosa com quadro clínico variado, o que contribui para o atraso diagnóstico. Na suspeita diagnóstica, o teste de antígeno para *Histoplasma* é altamente sensível e pode fornecer um rápido diagnóstico e também acompanhamento da resposta ao tratamento. Além disso, várias outras modalidades diagnósticas podem auxiliar no diagnóstico, como exames de imagem, histopatologia, culturas e sorologia (VILLAREAL et al., 2023).

Na maioria dos casos a Histoplasmose é autolimitada e muitas vezes oligossintomática. Porém, nos casos de Histoplasmose aguda disseminada o quadro evolui de forma potencialmente grave, sendo o diagnóstico e tratamento precoce imprescindíveis para melhor prognóstico. Essa síndrome pode ser primária progressiva após um quadro agudo de infecção pulmonar ou desenvolver muitos anos após uma infecção previamente detida (doença latente), uma vez que um paciente se tornou recentemente imunocomprometido (FRANKLIN et al., 2021).

A terapia antifúngica é sempre indicada para histoplasmose disseminada pois trata-se de forma potencialmente grave. Em casos leves, Itraconazol pode ser usado, mas a maioria dos casos necessita do uso de anfotericina B forma lipossomal como terapia inicial por 1 a 2 semanas a depender do quadro clínico, podendo chegar a 4 a 6 semanas de houver comprometimento do sistema nervoso central. A terapia antifúngica é recomendada para mínimo de 12 meses, a depender da melhora clínica. Associado ao tratamento antifúngico, há a necessidade de recuperação do sistema imunológico para erradicação do *Histoplasma* (AZAR et al., 2020; BONGOMIN et al., 2020).

O caso relatado trata-se de caso complexo e de difícil diagnóstico tendo em vista a baixa prevalência da forma disseminada da Histoplasmose e os múltiplos diagnósticos diferenciais a serem descartados. Nesse caso o paciente foi submetido a múltiplos exames complementares, foram suspeitados de Tuberculose Miliar, MAC, Citomegalovírus,

perfuração por corpo estranho, lesão neoplásica e só chegado ao diagnóstico final por correlação com a biopsia de peça cirúrgica. Esse fato pode ter ocasionado um atraso no tratamento adequado, podendo ter corroborado para nova perfuração espontânea de delgado o que leva a pior prognóstico do paciente.

Dessa forma, esse relato de caso traz à tona a importância do diagnóstico e suspeição clínica precoce. Deve-se realizar coleta de material para análise sempre que possível a fim de acelerar o correto diagnóstico, seja ela por histopatologia, cultura ou sorologia a depender da disponibilidade. Além disso, traz a luz um diagnóstico pouco frequente, mas muito mórbido que é o da Histoplasmose disseminada. Esse diagnóstico deve ser considerado como diagnóstico diferencial em casos de pacientes imunossuprimidos com dor abdominal e lesão tumoral em trato gastrointestinal associado ou não a sintomas respiratórios.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O caso relatado e publicações levantadas trazem à luz a discussão do diagnóstico precoce e terapêutica adequada de uma situação complexa e mórbida que é a Histoplasmose disseminada. Vimos que apesar de se ser condição rara, deve ser precocemente suspeitada a fim de instituir os meios diagnósticos corretos e terapêutica precoce, o que é capaz de trazer resultados satisfatórios e regressão completa do quadro infeccioso com bom prognóstico.

6. REFERÊNCIAS

AZAR, Marwan M. et al. Current concepts in the epidemiology, diagnosis, and management of histoplasmosis syndromes. In: Seminars in respiratory and critical care medicine. Thieme Medical Publishers, 2020. p. 013-030.

BARROS, Nicolas; WHEAT, Joseph L.; HAGE, Chadi. Pulmonary histoplasmosis: a clinical update. *Journal of Fungi*, v. 9, n. 2, p. 236, 2023.

BONGOMIN, Felix et al. Treatment of Histoplasmosis. *Histoplasma and Histoplasmosis*, p. 69, 2020.

DEVELOUX, M.; AMONA, F. M.; HENNEQUIN, C. Histoplasmosis caused by *Histoplasma capsulatum* var. *duboisii*: a comprehensive review of cases from 1993 to 2019. *Clinical infectious diseases*, v. 73, n. 3, p. e543-e549, 2021.

FRANKLIN, Alexander D. et al. A comparison of presentations and outcomes of histoplasmosis across patients with varying immune status. *Medical Mycology*, v. 59, n. 6, p. 624-633, 2021.

VILLAREAL, Kenneth et al. The Current and Future States of Diagnostic Tests for Histoplasmosis with a Focus on People with HIV and Disseminated Histoplasmosis. *Journal of Fungi*, v. 9, n. 8, p. 793, 2023.

***Autor para correspondência:**

Thayná Rodrigues Machado

E-mail: thaynamachadounb@gmail.com

Hospital Regional da Asa Norte, Brasília- DF

RECEBIDO: 05/03/2024 ACEITE: 19/04/2024