

▼

Coinfecção histoplasmose e Aids *

Histoplasmosis and AIDS co-infection

Ana Tereza Orsi¹
Anette Chrusciak-Talhari³
Luiz Carlos de Lima Ferreira⁴
Carolina Talhari⁶

Lisiane Nogueira²
Monica Santos³
Sinesio Talhari⁵

Resumo: Apresenta-se um caso de coinfecção histoplasmose e Aids, com lesões cutâneas predominantemente papulosas e comprometimento sistêmico. O exame histopatológico e micológico de lesão cutânea confirmou o diagnóstico. Em doentes com Aids, a histoplasmose surge, principalmente, quando a contagem de células T-CD4-positivas é inferior a 50 células/mm³. Nesses casos, a histoplasmose pode ser grave e, se não tratada adequadamente, levar ao êxito letal, como no paciente relatado.

Palavras-chave: HIV; Histoplasma; Histoplasmose; Infecções oportunistas relacionadas com a Aids; Síndrome de imunodeficiência adquirida

Abstract: This report concerns an AIDS patient presenting systemic and cutaneous manifestations of histoplasmosis. A histopathological and mycological examination of the skin lesion confirmed the diagnosis. In AIDS patients histoplasmosis arises mainly when the T-CD4+ cell count is less than 50 cells/mm³. In such cases, histoplasmosis can be severe and if left untreated can lead to death, as occurred with this patient.

Keywords: AIDS-Related Opportunistic infections; Acquired immunodeficiency syndrome; HIV; Histoplasma; Histoplasmosis

A histoplasmose é ocasionada pelo *Histoplasma capsulatum* var. *capsulatum*. Em doentes com Aids, ocorre, principalmente, quando a contagem de células T-CD4-positivas é inferior a 50 células/mm³.¹ Nesses casos, essa micose pode ser grave e, sem tratamento adequado, pode levar ao êxito letal, como no caso do paciente apresentado.^{2,3} Clinicamente, pode ocorrer febre, hepatoesplenomegalia, linfadenomegalia, manifestações pulmonares, acometimento do sistema nervoso central e lesões cutaneomucosas.^{3,4} Lesões maculosas, purpúricas, papulosas (às vezes, acneiformes ou simulando molusco contagioso), placas e ulcerações podem aparecer isoladamente ou associadas (Figuras 1 e 2). Na



FIGURA 1: Paciente masculino, com diagnóstico recente de Aids e sem tratamento com antirretroviral, apresentava, há um mês, lesões papulosas, eritematosas, isoladas e confluentes na face, no tronco e nos membros superiores e inferiores. Detalhe das lesões da face

Recebido em 31.01.2010.

Aprovado pelo Conselho Editorial e aceito para publicação em 16.07.2010.

* Trabalho realizado na Fundação de Medicina Tropical do Amazonas (FMTAM) – Manaus (AM), Brasil.

Conflito de interesse: Nenhum / *Conflict of interest: None*

Suporte financeiro / *Financial funding:* Fundação de Medicina Tropical do Amazonas

¹ Dermatologista da Fundação de Medicina Tropical do Amazonas (FMTAM) – Manaus (AM), Brasil.

² Residente de Dermatologia da Fundação de Medicina Tropical do Amazonas (FMTAM) – Manaus (AM), Brasil.

³ Doutora em Medicina Tropical; dermatologista da Fundação de Medicina Tropical do Amazonas (FMTAM) – Manaus (AM), Brasil.

⁴ Doutor em Patologia; patologista da Fundação de Medicina Tropical do Amazonas (FMTAM) – Manaus (AM), Brasil.

⁵ Doutor em Dermatologia. Professor de Dermatologia da Universidade Nilton Lins.

⁶ Doutora; professora de Dermatologia da Universidade do Estado do Amazonas.



FIGURA 2: Maior detalhe das lesões papulosas do tronco, evidenciando-se o local onde a biópsia cutânea foi realizada

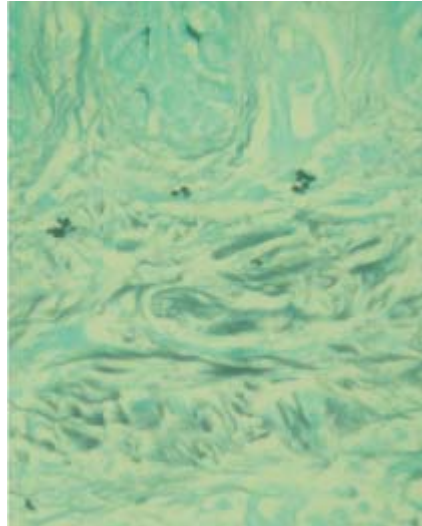


FIGURA 4: Na coloração pela prata observam-se escassos parasitas, isolados e agrupados (Grocott, 400X)

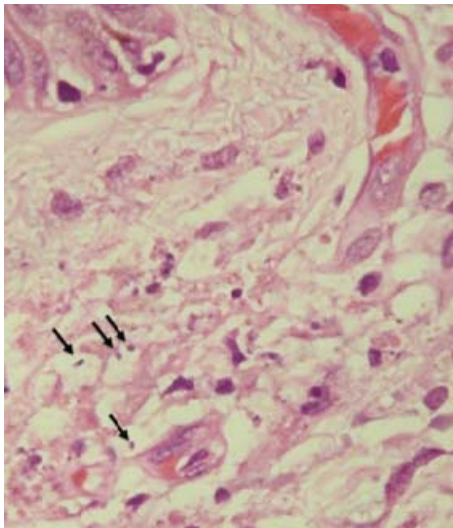


FIGURA 3: O exame histopatológico evidencia histiócitos espumosos e estruturas arredondadas, basofílicas, em seu interior – algumas indicadas por setas (hematoxilina e eosina, 400X)

mucosa oral, podem-se encontrar lesões erosadas ou ulcerações.^{4,7} Chega-se ao diagnóstico por meio de exame direto, cultura e histopatológico (Figuras 3 e 4). O tratamento dos casos graves (linfócitos T-CD4-positivos abaixo de 100 células/mm³ e/ou estado geral comprometido) é feito com anfotericina B (1mg/kg) até a regressão do quadro clínico, seguida de manutenção com fluconazol ou itraconazol (200-300mg/dia), até que a contagem de linfócitos T-CD4-positivos atinja 150 células/mm³.^{1,4,7} □

REFERÊNCIAS

1. Bonifaz A, Chang P, Moreno K, Fernández-Fernández V, Montes de Oca G, Araiza J, Ponce RM. Disseminated cutaneous histoplasmosis in acquired immunodeficiency syndrome: report of 23 cases. *Clin Exp Dermatol.* 2009;34:481-6.
2. Souza SL, Feitoza PV, Araújo JR, Andrade RV, Ferreira LC. Causes of death among patients with acquired immunodeficiency syndrome autopsied at the Tropical Medicine Foundation of Amazonas. *Rev Soc Bras Med Trop.* 2008;41:247-51.
3. Gon AS, Franco C, Maia IL, Rodrigues VSM, Pozzetti EMO, Antônio JR. Histoplasmoze cutânea na síndrome de imunodeficiência adquirida - relato de 4 casos. *An Bras Dermatol.* 1992;67:221-6.
4. Talhari C, Braga A, Chrusciak-Talhari A, Niedermeier A, Carlos Ferreira L, Talhari S. Cutaneous ulcer due to histoplasmosis and HIV infection. *Hautarzt.* 2009;60:992-4.
5. Cunha VS, Zampese MS, Aquino VR, Cestari TF, Goldani LZ. Mucocutaneous manifestations of disseminated histoplasmosis in patients with acquired immunodeficiency syndrome: particular aspects in a Latin- American population. *Clin Exp Dermatol.* 2007;32:250-5.
6. Talhari C, Talhari S, Massone C. Widespread crusted lesions in a patient with HIV-quiz case. *Arch Dermatol.* 2009;145:1447-52.
7. Porro AM, Yoshioka MCN. Manifestações dermatológicas da infecção pelo HIV. *An Bras Dermatol.* 2000;75:665-91.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA / MAILING ADDRESS:

Carolina Talhari

Av. Via Láctea, 1085, apt 300, Aleixo
69060-085 Manaus - AM

E-mail: carolinatalhari@gmail.com

Como citar este artigo/How to cite this article: Orsi AT, Nogueira L, Chrusciak-Talhari A, Santos M, Ferreira LCL, Talhari S, Talhari C. Coinfecção histoplasmoze e aids. *An Bras Dermatol.* 2011;86(5):1025-6.