

HISTOPLASMOSE ADRENAL MIMETIZANDO UM CARCINOMA EM HOMEM IMMUNOCOMPETENTE: RELATO DE CASO

ADRENAL HISTOPLASMOSIS MIMICKING CARCINOMA IN AN IMMUNOCOMPETENT MAN: CASE REPORT

AISSAR EDUARDO NASSIF^{1*}, PRISCILA WOLF NASSIF², NELLY DE MORAES LOPES GIL³

1. Professor Doutor Responsável pelo Serviço de Urologia e Cirurgia do Hospital Memorial; 2. Profa. Mestre responsável pelo ambulatório de dermatologia e doenças tropicais do Hospital Memorial; 3. Profa. Dra. Chefe do Serviço de CCIH do Hospital Memorial.

* Av. Rio Branco, 761, Zona 5, Maringá, Paraná, Brasil. CEP: 87015-380. acnassif@gmail.com

Recebido em 13/01/2017. Aceito para publicação em 21/03/2017

RESUME

A histoplasmoze é uma doença fúngica, causada pelo *Histoplasma capsulatum*, endêmica no Brasil. O comprometimento adrenal é incomum em pacientes imunocompetentes. Relatamos o caso de uma mulher imunocompetente de 54 anos, com incidentaloma adrenal imitando o carcinoma adrenal, submetido a cirurgia laparoscópica e tratado com itraconazol.

PALAVRA-CHAVE: Suprarrenal, histoplasmoze, cirurgia

ABSTRACT

Histoplasmosis is a fungal disease, caused by *Histoplasma capsulatum*, endemic in Brazil. The adrenal involvement is uncommon in immunocompetent patients. We report a case of a 54-year-old immunocompetent female, with an adrenal incidentaloma mimicking adrenal carcinoma, submitted to a laparoscopic surgery and treated with itraconazole.

KEYWORDS: Adrenal, Histoplasmosis, Surgery.

1. INTRODUÇÃO

In A histoplasmoze é uma infecção oportunista endêmica no Brasil, principalmente nos indivíduos imunocomprometidos^{1,2,3}. Pode apresentar-se como infecção crônica pulmonar ou disseminada quando geralmente acomete a glândula adrenal^{3,4}. Quando do acometimento, geralmente o faz unilateralmente, com maior frequência em homens, causando insuficiência adrenal, sendo rara em indivíduos hígidos^{3,4}.

A utilização mais frequente dos exames de imagem determinou aumento do diagnóstico dos incidentaloma de adrenal, sendo que a tomografia é o melhor método de triagem e a laparoscopia é o método padrão para cirurgia nos casos onde há suspeita de malignidade ou

lesões secretoras de hormônio^{5,6,7}.

Descrevemos um caso de paciente imunocompetente, com incidentaloma de adrenal secundário a infecção por histoplasmoze com apresentação clínica mimetizando neoplasia

2. RELATO DE CASO

Paciente feminina 54 anos, caucasiana, brasileira, residente na França há 20 anos e trabalhando com serviços de limpeza. Clinicamente assintomática, em exame de rotina, foi detectada massa heterogênea em topografia de adrenal esquerda (Figura 1) de 7,3 x 5,4 cm.

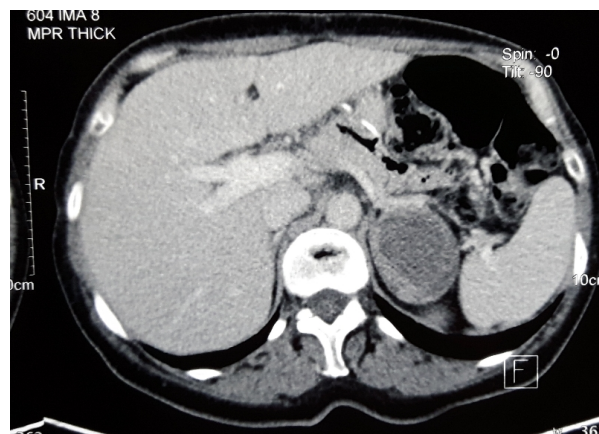


Figura 1. TAC: Lesão heterogênea em topografia de adrenal esquerda com 7.3 x 5.4cm.

Procedeu-se a investigação laboratorial, nutricional e ao painel funcional para adrenal (catecolaminas e metanefrinas sanguíneas e urinárias, aldosterona, cortisol 24h e cortisol basal) que mostraram-se dentro da normalidade. Ressonância magnética de abdome, Tomografia de abdome e tórax e PETscan sem evidências de outras lesões.

Optou-se pela retirada cirúrgica videolaparoscópica da lesão, em decorrência da suspeita clínica de neoplasia maligna primária de adrenal, com cirurgia

ocorrendo sem intercorrências e alta no 1º pós-operatório.

O exame anátomo patológico observou células gigante multinucleadas compatível com reação granulomatosa e a colocação de Grocott observou os esporos fúngicos dispersos em lençol (Figura 2) compatível com histoplasmoze.

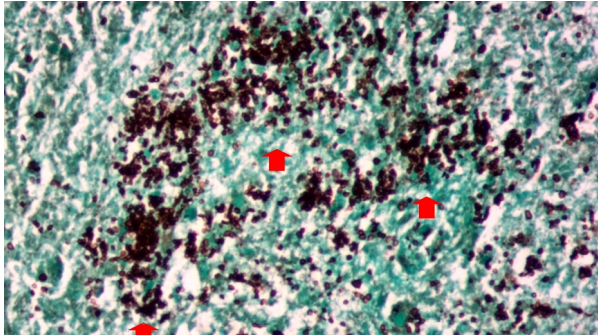


Figura 2. Coloração de Prata metanamina ("Grocott"), aumento de 200x, exibindo os esporos fúngicos dispersos em lençol, com esporos de tamanho diminuto, compatível com histoplasmoze.

3. DISCUSSÃO

A maioria dos incidentalomas de adrenal (85%) constituem-se de adenoma benignos ou hiperplasia adrenocortical nodular. Dentre os demais: 5% são carcinomas adrenais, 5% feocromocitoma e 2% metástases. Considera-se como critério cirúrgico tumores: 1. Tomografia (TAC): massas com densidade maior do que 30 UH (Unidade de Hounsfield), *washout* de contraste <50% no 10º minuto e 2. Ressonância magnética: falta de lipídeos. Utilizam-se também: massas maiores que cinco centímetros, heterogêneas ou de crescimento rápido^{5,6,7}.

Devem ser levado em conta no diagnóstico diferencial: lesões vasculares (angiosarcomas e hiperplasia endotelial), metástases (côlon, mama, pulmão), infecções disseminadas (tuberculose, paracoccidiodomicose, criptococose), linfoma, sarcoidose^{4,8,9}.

A infecção adrenal é causada pela disseminação hematológica, sendo incomum casos de infecções fúngicas. O mais frequente patógeno associado é o *Mycobacterium tuberculosis* e entre os fungos a aspergilose, a criptococose, a blastomicose e a penicilose³. Existem menos do que dez casos de histoplasmoze adrenal descritos em pacientes imunocompetentes, pois na grande maioria a doença limita-se a infecção pulmonar⁴.

A sintomatologia inclui fadiga crônica, perda de peso, anorexia e febre, sendo que os achados tomográficos incluem lesão uni ou bilateral da glândula, com aumento e áreas de necrose, hemorragia e destruição da glândula, nestes casos pode se apresentar com insuficiência adrenal^{3,10}. Ainda que o diagnóstico laboratorial tenha uma boa sensibilidade o diagnóstico histopatológico foi fundamental para o fechamento deste caso em decorrência dos achados clínico e de imagem sugerindo tumor¹¹. O tratamento

da histoplasmoze adrenal deve ser realizada como o da histoplasmoze disseminada, nesse caso optando-se pelo itraconazol 200mg dia por seis meses³.

4. CONCLUSÃO

Num país onde temos endemia das lesões fúngicas é importante que estas estejam dentro do diagnóstico diferencial, devendo ser investigadas no pré-operatório. Grande parte dos pacientes são de risco para intervenção cirúrgica e por vezes o tratamento clínico é suficiente para controle e cura.

5. REFERÊNCIAS

- [1] Faiolla RCL, Coelho MC, Santana RC, Martinez R. Histoplasmosis in immunocompetent individuals living in an endemic area in the Brazilian Southeast. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical* 2013; 46(4): 461-465.
- [2] Colombo AL, Tobon A, Restrepo A, Queiroz-Telles F, Nucci M. Epidemiology of endemic systemic fungal infection in Latin America. *Medical Mycology* 2011; 49:785-798.
- [3] Larbcharoenub N, Boonsakan P, Aroonroch R, Rochanawutanon M, Nitiyanant P, Phongkitkarun S, Poonvutikul S, Watcharananan SP, Ngarmukos C. Adrenal histoplasmosis: a case series and review of literature 2011; 42(4):920-925.
- [4] Benevides CF, Durães RO, Aquino B, Schiavon LL, Narciso-Schiavon JL, Buzzoleti FC. Bilateral adrenal Histoplasmosis in an immunocompetent man. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical* 2007; 40:230-233.
- [5] Loh HH, Yee A, Loh HS, Sukor N, Kamaruddin NA. The natural progression and outcomes of adrenal incidentaloma: a systematic review and meta-analysis. *Minerva Endocrinologica Epub* 2015; Dec 23.
- [6] Nassif AE, Cury-Filho AM, Taguchi WS, Castilho TJ. Laparoscopic Adrenalectomy - Analysis of 40 cases of a surgical residency Service. *Brazilian Journal of Video endoscopic Surgery* 2011; 4(2): 72-77.
- [7] Paganini AM, Guerrieri M, Balla A, Quaresima S, Isidori AM, Iafrate F, D'Ámbrosio G, Lezoche G, Lezoche E. Management of adrenal incidentaloma by laparoscopic transperitoneal anterior and submesocolic approach. *Langenbecks Archives of Surgery* 2016; 401(1): 71-79.
- [8] Nassif AE, Pozzobon HJ, Azevedo EZ, Taguchi WS. Papillary endothelial hyperplasia of adrenal: case report. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões* 2009; 36(3): 277-278.
- [9] Pai RR, Kangath RV, Tambar I. Histoplasmosis mimicking adrenal carcinoma. *Connecticut Medicine* 2014; 78(1):17-20.
- [10] Gajendara S, Sharma R, Goel S, Lipi L, Sarin H, Guleria M, Ritesch S. Adrenal histoplasmosis in immunocompetent patients presenting as adrenal insufficiency. *Turk Patoloji Derg* 2016; 32:105-111.
- [11] Pereira GH, Lanzoni VPB, Beirão EM, Timerman A, Melhem MSC. Disseminated fungal infection with adrenal involvement: report of two HIV-negative Brazilian patients. *Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo* 2015; 57(6):527-530.