

Histoplasmose gastrointestinal simulando doença de Crohn em paciente imunossuprimido: relato de caso

Gastrointestinal histoplasmosis simulating crohn's disease in an immunosuppressed patient: a case report

Caio Guimarães Araújo¹, Jarom de Paula Maia¹, Claudia Biasutti¹, Esteban Sadovsky¹, Maria da Penha Zago-Gomes¹

RESUMO

Introdução: A histoplasmose é infecção fúngica causada pelo *Histoplasma capsulatum*. É uma doença que pode ser oportunista nos indivíduos imunossuprimidos, sendo comum a evolução para a forma disseminada. A histoplasmose gastrointestinal é uma das apresentações mais habituais da forma disseminada, porém de difícil diagnóstico. **Relato do caso:** Mulher, 37 anos, sabidamente infectada pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) há 14 anos, em tratamento irregular, internada há uma semana por diarreia crônica e perda ponderal. Colonoscopia evidenciou íleite e colite ulcerada extensa, sendo realizadas biópsias seriadas de íleo até reto. Endoscopia digestiva alta evidenciou pequena úlcera ativa na cárdia, além de pangastrite e bulboduodenite erosivas, locais escolhidos para biópsias. Os exames histopatológicos das biópsias evidenciaram *Histoplasma* spp, quando foi iniciada a anfotericina B por 14 dias, possibilitando melhora dos sintomas e alta hospitalar em uso de itraconazol oral. **Conclusão:** A histoplasmose gastrointestinal é uma doença comum em imunossuprimidos, porém raramente diagnosticada, sendo o envolvimento do trato digestivo clinicamente detectável em três a 12% dos casos. Os métodos diagnósticos são variados, mas deve-se dar preferência aos de boa sensibilidade. É necessário estar atento aos diagnósticos diferenciais, pois muitas vezes os achados clínicos, radiológicos e endoscópicos podem mimetizar outras condições clínicas. O diagnóstico equivocado pode ter resultados catastróficos, pois a histoplasmose disseminada é fatal quando o tratamento adequado não é instituído. A escolha terapêutica é baseada na gravidade da doença, sendo necessária a realização de tratamento de manutenção até que haja restauração do sistema imunológico do paciente.

Palavras-chave: Histoplasmose disseminada; *Histoplasma capsulatum*; Infecções oportunistas; HIV.

ABSTRACT

Introduction: Histoplasmosis is a fungal infection caused by *Histoplasma capsulatum*. Its most common presentation occurs in immunocompromised patients, where progression to the disseminated form of the infection is more frequent. Gastrointestinal histoplasmosis is one of the most frequent presentations of the disseminated form, but it is rarely diagnosed. **Case presentation:** Female patient, 37 years old, diagnosed with HIV 14 years ago, undergoing irregular treatment. Admitted due to chronic diarrhea and weight loss. Colonoscopy showed ileitis and extensive ulcerated colitis, and serial biopsies were performed from the ileum to the rectum. Upper digestive endoscopy revealed an active ulcer in the cardia, pangastritis and erosive bulboduodenitis, and biopsies were performed in these regions. The histopathological analysis of both exams showed frequent yeast-like structures suggestive of *Histoplasma capsulatum*. Treatment with amphotericin B lipid complex was started and, after 14 days, the patient was discharged from hospital using oral itraconazole with improvement in symptoms. **Conclusion:** Gastrointestinal histoplasmosis is a common infection in immunosuppressed individuals, but is rarely diagnosed. Diagnostic methods are varied, but preference should be given to those that present good sensitivity and rapid diagnosis. It is necessary to be aware of differential diagnoses, as clinical, radiological and endoscopic findings can often mimic other clinical conditions. Misdiagnosis can lead to catastrophic results, as disseminated histoplasmosis is fatal if left without adequate treatment. The choice of treatment is based on the severity of the disease, requiring maintenance treatment until there is adequate restoration of the patient's immune system.

Keywords: Disseminated histoplasmosis; *Histoplasma capsulatum*; Opportunistic infections; HIV.

¹ Hospital Universitário Cassiano Antonio de Moraes. Vitória/ES, Brasil.

Correspondência

caioguimaraes.cmb@hotmail.com

Direitos autorais:

Copyright © 2024 Caio Guimarães Araújo, Jarom de Paula Maia, Claudia Biasutti, Esteban Sadovsky, Maria da Penha Zago-Gomes.

Licença:

Este é um artigo distribuído em Acesso Aberto sob os termos da Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional.

Submetido:

14/2/2024

Aprovado:

21/3/2024

ISSN:

2446-5410

INTRODUÇÃO

A Histoplasmose é infecção micótica invasiva causada pela inalação dos esporos do fungo dimórfico *Histoplasma capsulatum*¹. Endemias foram registradas em todo o mundo, inclusive no Brasil, tendo os seguintes fatores de risco: espeleologia, agricultura, escavação e viagens para regiões endêmicas².

A infecção pode acometer tanto os indivíduos imunocompetentes como os imunossuprimidos, particularmente os infectados pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) e que desenvolveram a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS)³. Atualmente é a micose endêmica mais diagnosticada nesta população⁴.

A doença se manifesta mais comumente no trato respiratório na forma de histoplasmose pulmonar aguda ou crônica e, nos casos mais graves, pode evoluir para a forma disseminada através de propagação hematogênica do fungo, levando ao acometimento de múltiplos órgãos, como a pele, medula óssea, glândulas adrenais, linfonodos, sistema nervoso central, fígado, baço e trato gastrointestinal^{1,5}. A forma disseminada ocorre mais frequentemente nos pacientes imunossuprimidos com contagem de células T CD4⁺ abaixo de 200 células/mm³, e é invariavelmente fatal caso não tratada⁴.

A exata incidência da histoplasmose gastrointestinal é desconhecida, pois apesar desses órgãos serem afetados comumente na forma disseminada, raramente o diagnóstico é realizado, visto que a maioria dos indivíduos se mantém assintomático^{1,3}. Dentre os pacientes com infecção do trato gastrointestinal, os sintomas ocorrem em cerca de três a 12% dos indivíduos⁶. Além disso, a maioria dos sintomas como diarreia e dor abdominal são inespecíficos, tornando o diagnóstico de histoplasmose raramente pensado, particularmente nas áreas não endêmicas, fato que pode gerar atrasos no diagnóstico e no tratamento⁴.

O objetivo deste trabalho é compartilhar um caso clínico de histoplasmose gastrointestinal, pelas dificuldades no diagnóstico e manejo de uma infecção raramente reconhecida. Este relato de caso foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Cassiano Antonio Moraes (UFES) com o número de parecer 6.341.019.

RELATO DE CASO

Mulher de 37 anos, natural e residente na região metropolitana da cidade de Vitória/ES, em região com acesso a saneamento básico, trabalhando como auxiliar de serviços gerais na área de higienização há 9 anos. Possui diagnóstico de HIV há 14 anos e estava sem a terapia antirretroviral (TARV) até março de 2023, quando retornou ao ambulatório e foi reintroduzida a medicação e seguida de forma regular. O esquema terapêutico atual consistia na combinação de tenofovir (TDF), lamivudina (3TC) e dolutegravir (DTG), sendo a terceira linha de tratamento da paciente, vigente desde 2019. Já havia feito uso prévio de TDF, 3TC e efavirenz (EFV) como esquema de primeira linha, além de zidovudina (AZT), 3TC, lopinavir e ritonavir (LPV/r) como esquema de segunda linha, todos de forma irregular. Negava outras comorbidades, uso de outras medicações, história de etilismo ou internações recentes. Tabagista de longa data, com carga tabágica de 9,5 maços-ano. Em julho de 2023 compareceu a nova consulta com diarreia líquida há um ano, sem produtos patológicos e com despertar noturno, associado a inapetência, dor epigástrica, vômitos recorrentes e perda ponderal de 12 Kg neste período. Há dois meses apresentava dor abdominal difusa, febre e sudorese noturna por cerca de duas a três vezes por semana. Negava ocorrência de dispneia, tosse ou outros sintomas. Após avaliação ambulatorial, foi encaminhada para internação no hospital universitário. Apresentava-se emagrecida, hipocorada, desidratada, com dor abdominal difusa, sem sinais de peritonite ou presença de visceromegalias à palpação abdominal. Na oroscopia notavam-se lesões esbranquiçadas aderidas na lateral e dorso da língua. Foram visualizadas lesões crostosas em cicatrização no ombro direito e região direita do dorso, além de múltiplas linfonodomegalias nas regiões axilares, submandibular e cervical, todas medindo entre um e 1,5 centímetros, móveis, indolores, não aderidos aos planos profundos e sem sinais flogísticos.

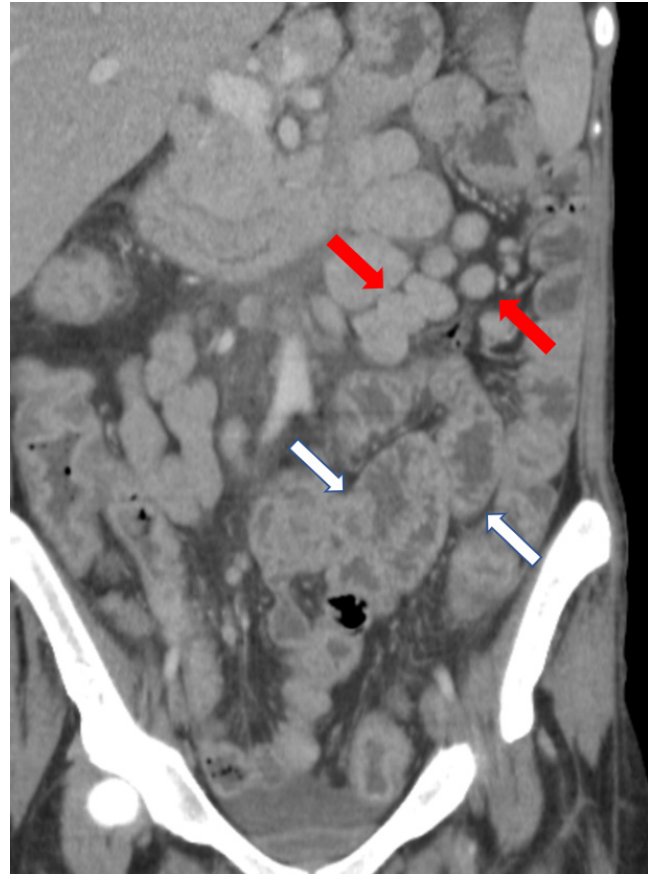
Os exames laboratoriais evidenciaram anemia normocítica e normocrômica (Hb 9,4 g/dL; VCM 84,2 fl; HCM 28,9 pg), hiponatremia (123 mEq/L), hipofosfatemia (2,2 mg/dL), hipoalbuminemia (1,8 g/dL), hipovitaminose D (8,8 ng/mL) e alteração das enzimas canaliculares (gamaglutamil transferase 60 U/L; fos-

fatase alcalina 532 U/L). A dosagem de vitamina B12, potássio, função renal e transaminases se encontravam dentro dos valores de referência. Apresentava sorologias negativas para histoplasmoze, paracoccidiodomicose, hepatite B, hepatite C e sífilis. A pesquisa de anticorpos IgG contra hepatite A e toxoplasmose foram positivas. A carga viral para o HIV, dosada três meses após a reintrodução da TARV seguida de forma regular, encontrava-se indetectável e a quantificação de linfócitos T CD4⁺ em 36 células/mm³. As amostras de fezes foram enviadas para análise, com resultados negativos para parasitoses oportunistas, pesquisa de toxinas A e B para *Clostridioides difficile*, protozooscopia e helmintoscopia. Não foi enviado material para coprocultura. As lesões crostosas da pele do ombro e dorso direitos foram submetidas à citologia esfoliativa, com quadro citológico compatível com dermatite herpética. Além disso, foi realizada punção aspirativa por agulha fina nos linfonodos submandibular e cervical esquerdos, que se encontravam com diâmetro aumentado ao exame físico, mas ambos apresentavam ácinos serosos e células ductais sem atipias.

A enterotomografia identificou espessamento parietal concêntrico com acentuação de captação de contraste na camada interna do íleo terminal, além de esplenomegalia e múltiplas linfonodomegalias abdominais e pélvicas. A tomografia computadorizada do abdômen, realizada um mês após a enterotomografia citada anteriormente, mostrou linfonodomegalias semelhantes àquelas visualizadas em exame de imagem prévio, além de pequena quantidade de líquido livre intracavitário e espessamento parietal difuso e realce mucoso proeminente das alças intestinais, dessa vez com acometimento de outras regiões que não apenas o íleo terminal (Figura 1). A tomografia computadorizada de tórax evidenciou linfonodomegalias mediastinais e cervicais medindo, respectivamente, até 1,5 e 2,8 cm em seu maior diâmetro.

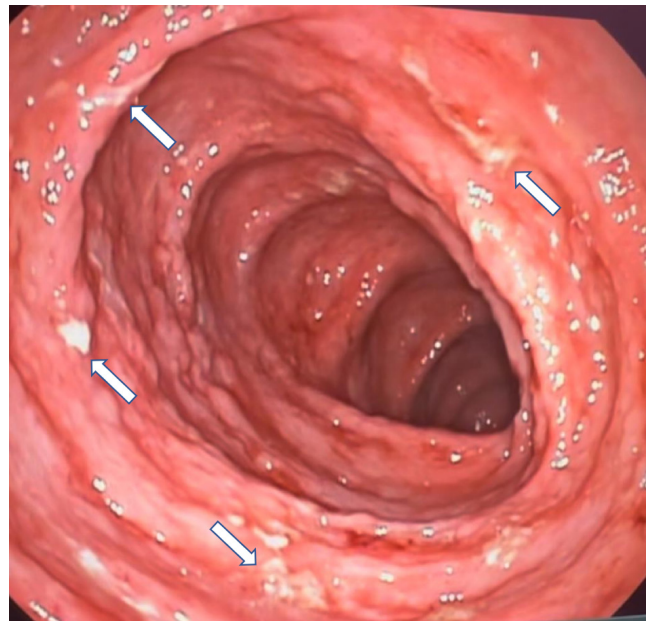
A colonoscopia foi realizada até 10 cm do íleo terminal, com bom preparo do cólon. No íleo terminal foi visualizada mucosa com enantema, edema e algumas úlceras profundas, com observação até camada muscular, medindo entre 1,5 e 2 cm. Em todo o cólon e reto foi visto mucosa com edema e enantema difusos, friabilidade e múltiplas úlceras profundas de tamanhos variados, medindo entre um e dois centímetros (Figuras 2 e 3).

FIGURA 1. Imagem de tomografia computadorizada do abdômen



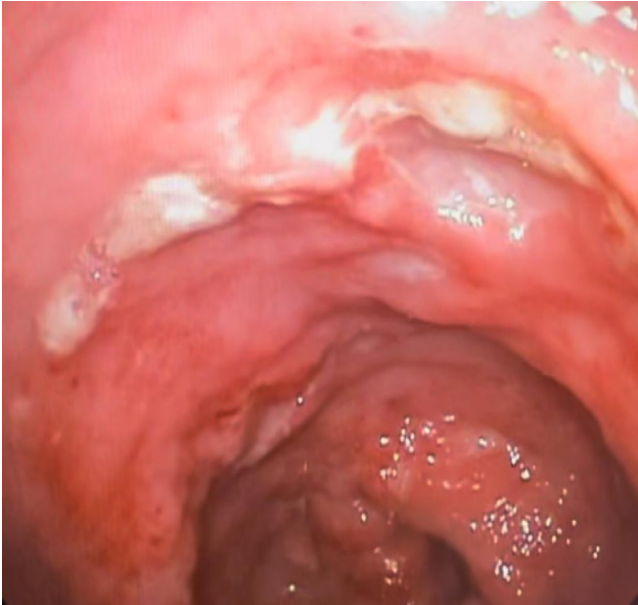
A tomografia mostra espessamento parietal difuso e realce mucoso proeminente das alças intestinais (setas brancas), além de inúmeras linfonodomegalias intra-abdominais (setas vermelhas). Fonte: Os autores.

FIGURA 2. Imagem de colonoscopia com colite ulcerada extensa



Observa-se mucosa com intenso edema, enantema e friabilidade, com múltiplas úlceras de tamanho, forma e profundidade variados (setas brancas). Fonte: Os autores.

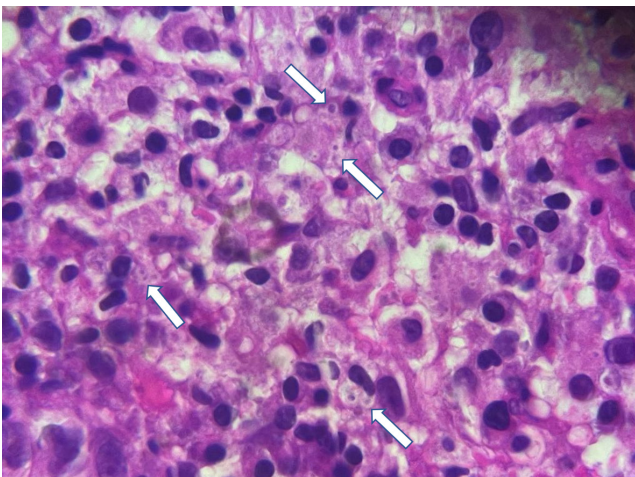
FIGURA 3. Imagem de colonoscopia, evidenciando a presença de úlcera profunda no cólon



Observa-se fundo recoberto por fibrina e entremeada por mucosa edematosa e enantema. Fonte: Os autores.

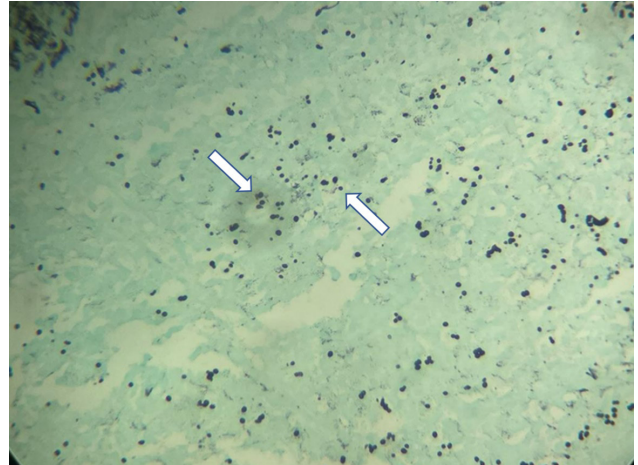
Foram realizadas biópsias seriadas de íleo, cólon direito, cólon esquerdo e reto, incluindo centro e borda das úlceras, além das áreas não ulceradas da mucosa inflamada. Na análise histopatológica foram evidenciadas no íleo, cólons e reto, respectivamente, ileíte crônica granulomatosa ulcerada, colite crônica granulomatosa necrosante e ulcerada e retite crônica granulomatosa necrosante e ulcerada. Em todas as amostras foram identificadas frequentes estruturas leveduriformes sugestivas de *Histoplasma* sp. (Figuras 4 e 5).

FIGURA 4. Estruturas leveduriformes no interior de macrófagos sugestivas de *Histoplasma* sp. em mucosa do cólon (setas brancas)



Fonte: Os autores.

FIGURA 5. Análise pela coloração de metenamina de prata de Grocott-Gomori (GMS)



Análise amplamente utilizada para detectar fungos, sendo visualizadas com maior facilidade as estruturas leveduriformes sugestivas de *Histoplasma* sp. em mucosa do cólon (setas brancas). Fonte: Os autores.

A pesquisa de bacilo álcool-ácido resistente (BAAR) foi negativo em todas as amostras. A endoscopia digestiva alta mostrou úlcera em atividade na região de cárdia, com bordas enantematosas e fundo recoberto por fibrina, medindo cerca de 0,4 cm. Também foi identificada pangastrite erosiva elevada, intensa, de corpo e antro e bulboduodenite enantematosa intensa. As biópsias da mucosa gástrica foram realizadas na lesão ulcerada da cárdia, corpo e antro gástrico, sendo os histopatológicos compatíveis com gastrite crônica ativa ulcerada e granulomatosa. As biópsias de bulbo e segunda porção duodenal evidenciaram através do histopatológico duodenite crônica ativa com infiltração histiocitária da lâmina própria. A pesquisa de fungos na úlcera de cárdia e no duodeno foram positivas e consistentes com *Histoplasma* sp. As pesquisas de BAAR foram negativas em todas as amostras.

Após o diagnóstico histológico, foi iniciado tratamento com anfotericina B complexo lipídico por 14 dias. A paciente apresentou redução significativa dos sintomas, com melhora gradual da diarreia e dor abdominal, além de melhora da hiporexia. Recebeu alta hospitalar em uso contínuo de terapia antirretroviral (TARV) e de itraconazol oral na dose de 400mg por dia, na fase de consolidação, e posteriormente, 200mg por dia como profilaxia de recorrência da histoplasmose gastrointestinal, visto que a paciente mantinha uma contagem de linfócitos T CD4⁺ menor de 200 células/mm³. Após a alta

hospitalar, manteve seguimento ambulatorial regular e, nas consultas subsequentes, apresentando-se assintomática, em uso regular das medicações prescritas, com ganho de peso ao exame físico.

DISCUSSÃO

A histoplasmose gastrointestinal é uma das infecções oportunistas que deve ser aventada como hipótese diagnóstica em pacientes imunossuprimidos com sintomas do trato digestivo, principalmente quando predominam a diarreia crônica e a perda ponderal. Apesar do envolvimento do trato gastrointestinal ser comum na histoplasmose disseminada, as manifestações clínicas são consideradas raras, ocorrendo entre três e 12% dos casos e, mesmo quando presentes, muitas vezes são inespecíficas^{1,4,6}. Os sinais e sintomas mais comuns incluem diarreia crônica, perda ponderal, dor abdominal, náuseas, vômitos, anorexia, sudorese noturna e hepatoesplenomegalia^{1,2,3}. Outros sintomas menos frequentes são o surgimento de lesões perianais, constipação, distensão abdominal, odinofagia, hematêmese e icterícia². O caso relatado apresentava sintomas inespecíficos, predominando a diarreia crônica e a síndrome consumptiva, além de achados como linfonodomegalias e hepatoesplenomegalia ao exame físico e nos exames de imagem.

Os fatores de risco para a ocorrência de histoplasmose disseminada incluem AIDS, uso de medicações imunossupressoras, extremos de idade, pacientes transplantados e portadores de distúrbios imunológicos primários, como a imunodeficiência comum variável^{1,3}. Nos pacientes com HIV e contagem de linfócitos T CD4⁺ menor que 200 células/mm³, essa forma da infecção pode ser desencadeada⁴. No presente relato, o uso irregular da TARV contribuiu para o agravamento do status imunológico da paciente, que tinha contagem de linfócitos T CD4⁺ em 36 células/mm³, possivelmente o principal fator no desenvolvimento da histoplasmose gastrointestinal. A carga viral do HIV encontrava-se indetectável, porém este exame foi realizado quando a paciente estava em tratamento regular há três meses com esquema composto por TDE, 3TC e DTG. Desde 2018, este é o esquema endossado pela

Organização Mundial de Saúde (OMS) como TARV de primeira linha para a maioria dos adultos e adolescentes, recentemente diagnosticados com o HIV, sendo eficaz e seguro, porém sem dados quanto à segurança e tolerabilidade em pacientes que já fizeram uso de outros esquemas⁷. Em março de 2023, o estudo de Suárez-García e colaboradores avaliou a eficácia e a tolerância da combinação de DTG e 3TC entre indivíduos virgens de tratamento e naqueles que estavam em tratamento prévio por outro esquema terapêutico. Tratava-se de coorte prospectiva multicêntrica da Rede Espanhola de Pesquisa sobre HIV/AIDS (CoRIS) durante 2018 a 2021, incluindo um total de 2160 pacientes, que concluiu ser eficaz e bem tolerada em ambos os grupos.

Dentre os indivíduos que não eram virgens de tratamento e foram submetidos à substituição para esquema contendo DTG/3TC, o estudo mostrou que mais de 95% permaneceram com carga viral indetectável após 24 e 48 semanas da substituição medicamentosa⁸. A paciente relatada fez uso regular da medicação a partir de março de 2023. Após 12 semanas de uso contínuo do TDE, 3TC e dolutegravir, na internação no hospital universitário, a dosagem da carga viral do HIV estava abaixo de 50 cópias/mL.

Os tecidos linfóides da boca ao ânus podem ser acometidos pela histoplasmose disseminada, sendo o intestino o local de envolvimento mais comum, particularmente o íleo terminal e o ceco, devido maior abundância de tecidos linfóides. O comprometimento do estômago é raro². Os achados endoscópicos podem incluir ulcerações isoladas ou difusas, edema e enantema da mucosa, massas que simulam neoplasias, lesões polipóides e estenoses ou obstruções secundárias ao espessamento concêntrico da mucosa^{2,3}, quadros endoscópicos que mimetizam outras doenças, tais como: doença de Crohn, tuberculose intestinal, linfoma e cânceres, podendo levar a diagnósticos errôneos³. No caso descrito, a paciente apresentava ulcerações profundas entremeadas por mucosa edemaciada e enantematosa em todo o cólon, além de acometimento de trato gastrointestinal alto, incluindo o estômago e duodeno, que não é comumente visto na histoplasmose gastrointestinal. A infecção, neste caso, mimetizou o aspecto endos-

cópico da doença de Crohn com envolvimento do trato gastrointestinal superior e ileocolônico, afastado após análise histopatológica.

As alterações radiológicas na histoplasmose disseminada são frequentes, porém geralmente inespecíficas⁴. No acometimento gastrointestinal, os achados radiológicos incluem espessamento da parede intestinal, presença de massas intra-abdominais, obstrução intestinal e pneumoperitônio. Outros achados frequentes na histoplasmose disseminada incluem hepatoesplenomegalia, infiltrados pulmonares e linfonodomegalias generalizadas¹. No caso apresentado, os exames de imagem evidenciaram alterações inespecíficas, conforme descrito acima.

Atualmente, uma gama de exames complementares pode ser utilizada para o diagnóstico da histoplasmose disseminada, incluindo culturas para fungos, detecção de antígenos do *H. capsulatum*, pesquisa de anticorpos contra o fungo e exame microscópico direto³. Apesar da cultura tecidual ser considerada o padrão-ouro para o diagnóstico, os resultados podem demorar de quatro a seis semanas, atrasando o diagnóstico e o tratamento. Dessa forma, a cultura tecidual não é o método ideal para o diagnóstico inicial¹. A detecção do antígeno do *H. capsulatum* no sangue ou urina pode fornecer um rápido diagnóstico nos pacientes com histoplasmose disseminada, porém pode ter resultado falso-negativo nos pacientes onde a infecção está em sítio localizado, como a mucosa gastrointestinal³. Também é possível a ocorrência de resultados falso-positivos através de reação cruzada com antígenos de outros fungos como *Coccidioides immitis*, *Paracoccidioides brasiliensis*, *Blastomyces dermatidis* e *Penicillium marneffe*⁴. A pesquisa de anticorpos contra o *H. capsulatum* deve ser realizada em todos os casos suspeitos de histoplasmose, porém apresenta baixa sensibilidade nos casos disseminados e em imunossuprimidos³. O teste sorológico positivo indica a ocorrência de contato prévio com o fungo, mas não necessariamente infecção ativa⁴. O exame microscópico direto, apesar de menos sensível que as culturas, fornece diagnóstico mais rápido nos pacientes com a forma disseminada da infecção. Todos os indivíduos com suspeita de histoplasmose gastrointestinal devem ser submetidos a biópsias da mucosa gastrointestinal, com posterior análise his-

topatológica e pesquisa para fungos³. No caso relatado, durante a internação hospitalar, a paciente foi submetida a diversos exames laboratoriais, incluindo sorologia para histoplasmose, que foi negativa, fato comum nos pacientes imunossuprimidos. O diagnóstico ocorreu pela análise histopatológica das alterações encontradas nos exames endoscópicos, sendo visualizadas estruturas leveduriformes sugestivas de histoplasmose, possibilitando o diagnóstico e instituição do tratamento.

Os achados histopatológicos na histoplasmose gastrointestinal incluem infiltrado linfoplasmocitário difuso, ulceração do revestimento epitelial, presença de granulomas e, em alguns casos, reação inflamatória mínima¹. Nos pacientes com imunodeficiência avançada, os achados clássicos de inflamação granulomatosa podem estar ausentes⁵. Os macrófagos da mucosa e submucosa podem conter organismos eosinofílicos arredondados, medindo entre um e quatro micrômetros, com halo circunjacente. O uso de coloração de metenamina de prata de Grocott-Gomori (GMS) aumenta a acurácia diagnóstica ao corar a cápsula que envolve o fungo, facilitando seu reconhecimento pelo examinador¹. No caso apresentado, foram visualizados granulomas na mucosa gástrica, ileal, e nos cólons direito, esquerdo e reto. Infiltração histiocitária foi observada na lâmina própria do bulbo e segunda porção duodenal.

No tratamento da histoplasmose pulmonar grave e da histoplasmose disseminada utiliza-se a anfotericina B desoxicolato e após melhora sintomática substituída pelo derivado imidazólico. No caso de recorrência da infecção, possível entre 10 a 20% dos pacientes, o voriconazol é a escolha^{1,3}. A mortalidade da histoplasmose disseminada é alta, mas os avanços das terapias antirretrovirais e antifúngicas reduziram sua prevalência e melhoraram o prognóstico⁵. A histoplasmose disseminada é fatal caso permaneça sem tratamento adequado¹. A terapia de consolidação é realizada com itraconazol na dose de 200mg duas vezes por dia, e a profilaxia secundária com 200mg dia. Com a restauração da contagem de linfócitos T CD4⁺ acima de 200 células/mm³, pode ser considerada a suspensão medicamentosa nos pacientes com boa resposta à TARV³. Em alguns casos é necessário tratamento cirúrgico para

manejo de complicações como obstrução, perfuração ou sangramento do trato gastrointestinal⁵. No caso descrito, a paciente apresentava forma grave da doença, seguiu todas as etapas terapêuticas, com a anfotericina B, substituição posterior pelo itraconazol e alta utilizando a TARV e tratamento de consolidação, obtendo melhora sintomática gradual. A programação é de manter o itraconazol como profilaxia secundária e reavaliar sua suspensão caso haja melhora da contagem de linfócitos T CD4⁺.

Em março de 2023, foi publicada uma revisão de literatura na *Multidisciplinary Digital Publishing Institute* (MDPI) por Ekeng e colaboradores, onde foram incluídos relatos de casos de histoplasmose gastrointestinal ocorridos entre janeiro de 2001 e dezembro de 2021. No período citado, foram descritos 212 casos. Destes, 142 (67%) eram homens, e 124 (58,5%) eram portadores de HIV. A maioria dos casos era da América do Norte (n=88/41,5%) e América do Sul (n=79/37,3%).

O diagnóstico ocorreu predominantemente através de análise histopatológica (n=109/88,6%), assim como nesse caso relatado. Nos pacientes portadores de HIV, o sintoma mais frequente foi a dor abdominal, que ocorreu em 65,9% dos pacientes, e o sítio mais acometido do trato gastrointestinal foi o cólon, sendo afetado em 46,3% dos doentes. O envolvimento do duodeno e estômago foram relatados, respectivamente, em dois (7,1%) e três (10,7%) dos pacientes incluídos na revisão.

Os achados endoscópicos mais comuns foram as úlceras no ceco, visualizadas em 32,1% dos pacientes. No caso relatado neste artigo, os sintomas predominantes foram a diarreia crônica e perda ponderal; além do cólon, também houve acometimento de topografias incomuns como estômago e duodeno; e apresentava ulcerações na cárdia, ceco e por toda a extensão do cólon. No estudo de Ekeng e colaboradores o tratamento e seus resultados foram especificados em 119 pacientes, dentre os quais 111 (93,3%) obtiveram desfechos favoráveis e oito (6,7%) foram fatais. A maioria dos pacientes recebeu tratamento inicial com anfotericina B seguido por imidazólicos orais (n=70/58,8%). Todos os pacientes que receberam este tratamento obtiveram boa resposta, semelhante ao observado neste relato.

CONCLUSÃO

A histoplasmose gastrointestinal é infecção comum em indivíduos imunossuprimidos, principalmente naqueles com diagnóstico de HIV. Apesar da elevada incidência, seu diagnóstico é difícil, pois na maioria dos casos é assintomática e, nos casos sintomáticos, a clínica costuma ser inespecífica. A hipótese diagnóstica deve ser pensada nos casos de imunossupressão que evoluam com diarreia crônica e perda ponderal. Os métodos diagnósticos são variados, preferindo-se àqueles com boa sensibilidade e maior rapidez no resultado. É necessário estar atento aos diagnósticos diferenciais, visto que os achados clínicos, radiológicos e endoscópicos podem frequentemente mimetizar outras condições clínicas como apendicite, malignidades e doenças inflamatórias intestinais. O diagnóstico equivocado pode ser catastrófico, pois a histoplasmose disseminada é fatal quando sem tratamento adequado. A escolha terapêutica se baseia na gravidade da doença, adotar tratamento de consolidação e posterior manutenção até a restauração do sistema imunológico do paciente.

REFERÊNCIAS

1. Sharma R, Lipi L, Gajendra S, Mohapatra I, Goel RK, Duggal R, Mishra SR, Gautam D. Gastrointestinal Histoplasmosis: A Case Series. *Int J Surg Pathol*. 2017 Oct;25(7):592-598. doi: 10.1177/1066896917709945.
2. Ekeng BE, Itam-Eyo AE, Osaigbovo II, Warris A, Oladele RO, Bongomin F, Denning DW. Gastrointestinal Histoplasmosis: A Descriptive Review, 2001-2021. *Life (Basel)*. 2023 Mar 3;13(3):689. doi: 10.3390/life13030689.
3. Kahi CJ, Wheat LJ, Allen SD, Sarosi GA. Gastrointestinal histoplasmosis. *Am J Gastroenterol*. 2005 Jan;100(1):220-31. doi: 10.1111/j.1572-0241.2005.40823.x.
4. Suh KN, Anekthananon T, Mariuz PR. Gastrointestinal histoplasmosis in patients with AIDS: case report and review. *Clin Infect Dis*. 2001 Feb 1;32(3):483-91. doi: 10.1086/318485.
5. Assi M, McKinsey DS, Driks MR, O'Connor MC, Bonacini M, Graham B, Manian F. Gastrointestinal histoplasmosis in the acquired immunodeficiency syndrome: report of 18 cases and literature review. *Diagn Microbiol Infect Dis*. 2006 Jul;55(3):195-201. doi: 10.1016/j.diagmicrobio.2006.01.015. Epub 2006 Mar 20.
6. Wheat LJ, Connolly-Stringfield PA, Baker RL, Curfman MF, Eads ME, Israel KS, Norris SA, Webb DH, Zeckel ML. Dissem-

- inated histoplasmosis in the acquired immune deficiency syndrome: clinical findings, diagnosis and treatment, and review of the literature. *Medicine (Baltimore)*. 1990 Nov;69(6):361-74. doi: 10.1097/00005792-199011000-00004.
7. McCluskey SM, Pepperrell T, Hill A, Venter WDF, Gupta RK, Siedner MJ. Adherence, resistance, and viral suppression on dolutegravir in sub-Saharan Africa: implications for the TLD era. *AIDS*. 2021 Dec 15;35(Suppl 2):S127-S135. doi: 10.1097/QAD.0000000000003082.
 8. Suárez-García I, Alejos B, Hernando V, Viñuela L, Vera García M, Rial-Crestelo D, Pérez Elías MJ, Albendín Iglesias H, Peraire J, Tiraboschi J, Díaz A, Moreno S, Jarrín I; Cohort of the Spanish HIV/AIDS Research Network (CoRIS). Effectiveness and tolerability of dolutegravir/lamivudine for the treatment of HIV-1 infection in clinical practice. *J Antimicrob Chemother*. 2023 Jun 1;78(6):1423-1432. doi: 10.1093/jac/dkad102.

DECLARAÇÕES

Contribuição dos autores

Concepção: CGA, MPZG. Investigação: CGA. Metodologia: CGA, MPZG. Coleta de dados: CGA, JPM. Tratamento e análise de dados: CGA, JPM. Redação: CGM. Revisão: CB, ES, MPZG. Aprovação da versão final: CB, ES, MPZG. Supervisão: MPZG.

Financiamento

O artigo contou com financiamento próprio.

Conflito de interesse

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

Aprovação no comitê de ética

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Cassiano Antonio Moraes, sob o número CAAE 74375423.2.0000.5071 e parecer 6.341.019.

Disponibilidade de dados de pesquisa e outros materiais

Dados de pesquisa e outros materiais podem ser obtidos por meio de contato com os autores.

Editores responsáveis

Carolina Fiorin Anhoque, Blima Fux.

Endereço para correspondência

Av. Estudante José Julio de Souza, 2600, apto. 703-B, Itaparica, Vila Velha/ES, Brasil. CEP: 29102010.