

# Histoplasmose adrenal:

## Relato de caso e revisão de literatura

Paciente, sexo masculino, 61 anos, natural e residente em Unai-MG, autônomo.

Refere escurecimento de pele e perda de peso de 18Kg associado a hiporexia com evolução de 2 anos.

- **Antecedentes:** natural de Minas Gerais vivendo infância e adolescência em zona rural. Teve contato com plantação, tomava leite de vaca não pasteurizado.

- **Antecedentes patológicos:**

Etilista

Ex tabagista (2 carteiras/dia desde 20 anos), parou há 2 anos.

Histórico de enfisema pulmonar.

Nega DM e HAS.

- **Ectoscopia:** BEG, LOTE, hipocorado 2+/4/+, afebril, acianótico e anictérico, emagrecido. Hepatomegalia palpável. Demais aspectos do exame físico sem alterações dignas de nota.

# Histoplasmose – Revisão de literatura

**Micose sistêmica** causada por *Histoplasma (capsulatum e duboisii)*.

Acomete o pulmão primariamente, nos imunocomprometidos pode se disseminar pelas vias linfática e hematogênica.

Fatores de risco para forma disseminada:

- Imunossupressão/extremos de idade/fatores de risco para exposição.

Rara em imunocompetentes.

Endêmica no Brasil e dentre as micoses endêmicas, é a causa mais comum de hospitalização.

Morcegos e aves exercem o papel de disseminador do fungo na natureza, devido ao intenso parasitismo das células de sua mucosa intestinal, eliminando o fungo nas suas excretas.

Apresentações clínicas variáveis e inicialmente inespecíficas, que dependem do nível de exposição e do estado imunológico do indivíduo. Outros sintomas clínicos dependem do sistema orgânico envolvido.



**Culturas** devem ser realizadas em todos os casos suspeitos, as culturas são positivas em cerca de 65% dos casos.

**Testes de anticorpos:** baixa sensibilidade



**Citologia e histopatologia:** embora possa ser demonstrado pela coloração de hematoxilina e eosina, o método padrão ouro são a prata metenamina (Grocott) ou as colorações de ácido periódico de Schiff (PAS)  
É o método que define o diagnóstico.

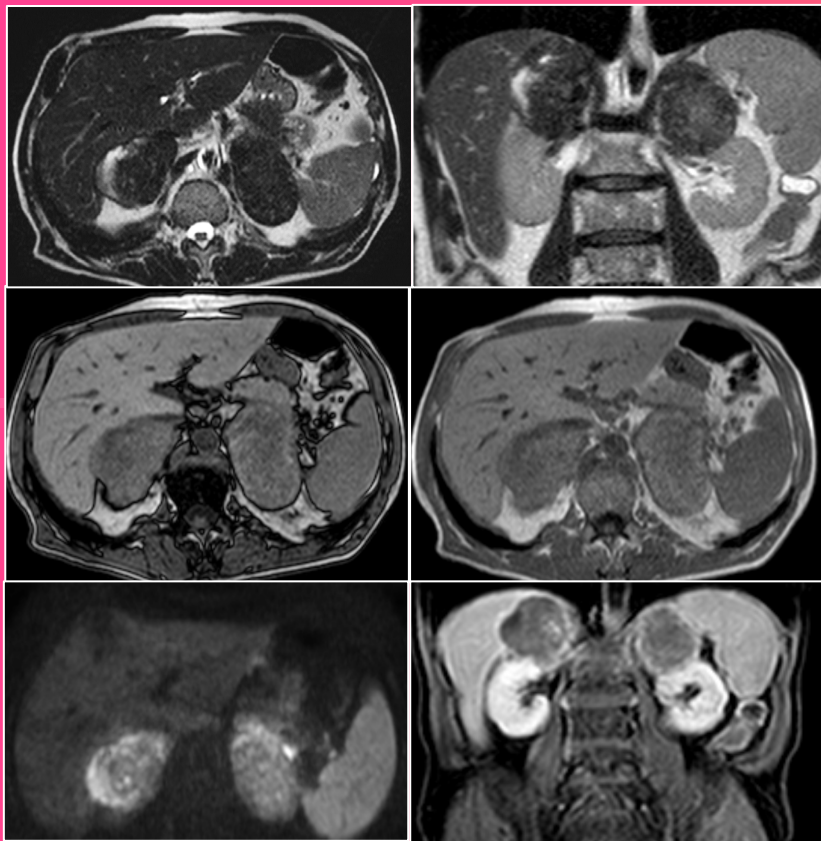


**Imagem:** a depender do sistema acometido.

**Neste contexto:** aumento volumétrico das adrenais, focos de calcificações, áreas de necrose, realce heterogêneo e sinal variável na RM. Importante reconhecer os diagnósticos diferenciais dentre as doenças granulomatosas.

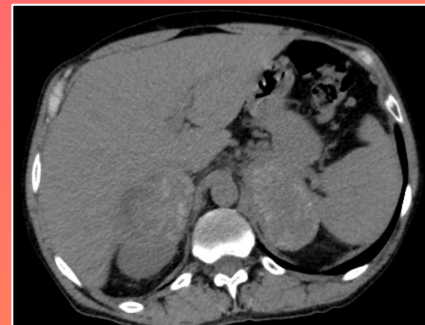
# Exames iniciais

## Ressonância de abdome total com contraste



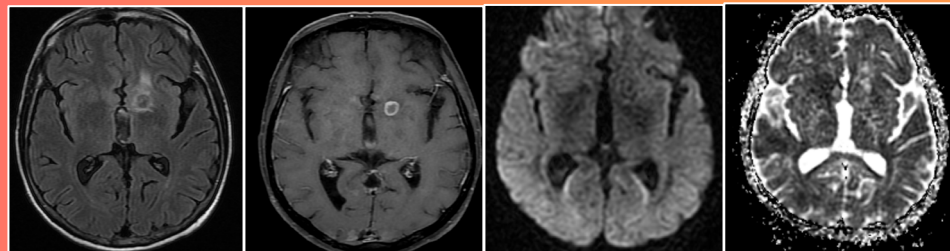
Lesões adrenais com baixo sinal T2, sem evidência de gordura macroscópica e com realce heterogêneo.

## Tomografia de abdome total sem contraste



Lesões adrenais com focos de calcificação de permeio.

## Ressonância magnética do crânio com contraste



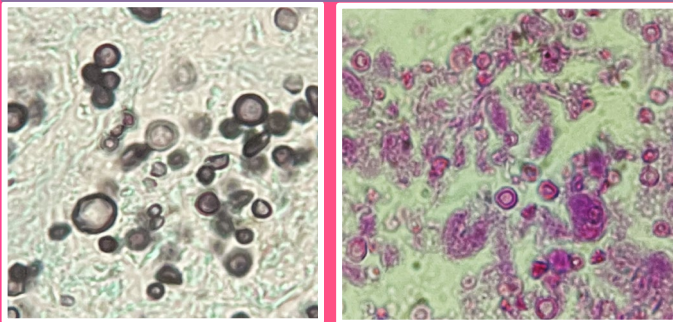
Lesão nodular focal na substância cinzenta profunda com hipossinal FLAIR, circundada por edema, sem evidencia de restrição e com realce anelar homogêneo.

# Exames de controle

## Biópsia guiada por tomografia

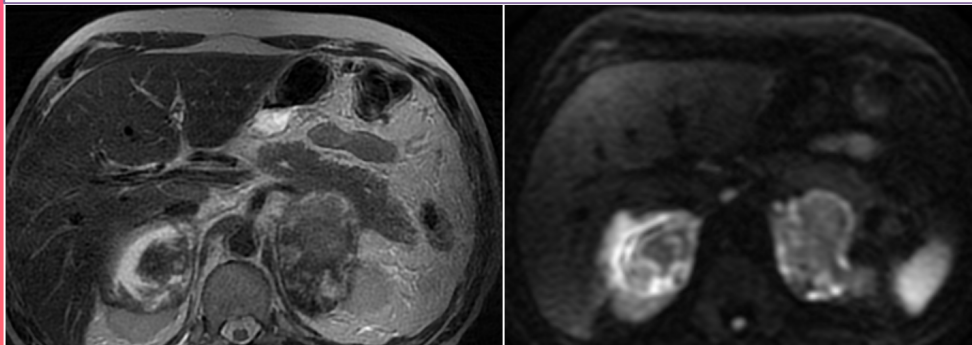


## Histopatológico



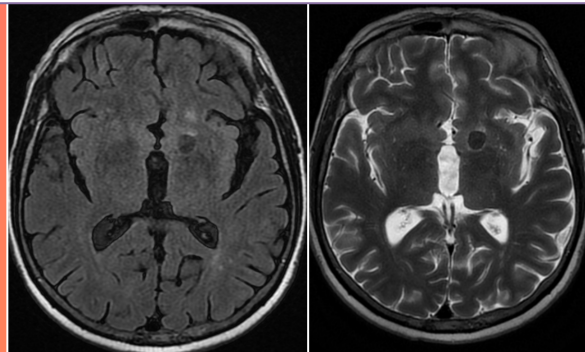
Estruturas fúngicas pequenas com paredes finas, que se coram fortemente pelo método de Grocott compatíveis com Histoplasma.

## Ressonância de abdome total



Maior heterogeneidade (necrose) da lesão aspecto esperado em vigência do tratamento antifúngico.

## Ressonância magnética do crânio



Redução do edema vasogênico com persistência da formação nodular com marcado hipossinal, em tendência a formação de granuloma.

# Diagnósticos diferenciais



## Tuberculose

Glândulas adrenais  
atróficas  
Sinal heterogêneo  
Necrose (doença  
ativa)  
Calcificações  
(tardia/tratada)



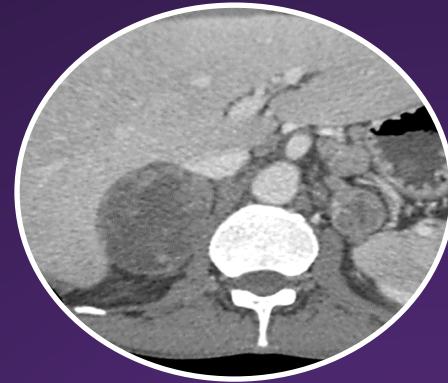
## Paracoccidioidomicose

Aumento difuso da  
glândula, uni ou bilateral  
Lesão heterogênea  
Necrose caseosa  
Realce periférico  
Calcificações



## Hemorragia

TC: Lesão hiperdensa  
Traumática  
Complicação  
Coagulopatias  
RM: intensidade de  
sinal variada com base  
na idade do  
hematoma.



## Metástases

Bilaterais  
Pulmão, mama, cólon,  
melanoma, rim e  
carcinoma  
hepatocelular (CHC).  
Massas focais  
Lavagem mais lenta.