

---

REVISTA DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE E  
FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DO RIO GRANDE DO SUL

---

REVISTA HCPA 2005; 25 (Supl 1) :1-251



# 25<sup>a</sup> Semana Científica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre 12º Congresso de Pesquisa e Desenvolvimento em Saúde do Mercosul

---

# Anais

REVISTA HCPA - Volume 25 (Supl 1) - Setembro 2005  
International Standard Serial Numbering (ISSN) 0101-5575  
Registrada no Cartório do Registro Especial de Porto Alegre sob nº 195 no livro B, n.2  
Indexada no LILACS

A Correspondência deve ser encaminhada para: Editor da Revista HCPA - Largo Eduardo Zaccaro Faraco - Rua Ramiro Barcelos, 2350  
90035-903 - Porto Alegre, RS - Tel: +55-51-2101.8304 - [www.hcpa.ufrgs.br](http://www.hcpa.ufrgs.br)

## RINOSSINUSITE POR HISTOPLASMA CAPSULATUM EM PACIENTE COM SIDA

MIRIAN COHEN; JOEL LAVINSKY; MICHELLE LAVINSKY WOLFF; LUIS FELIPE FERREIRA DA SILVA; LUIS ALEXANDRE GOBB MANFRIN; CELSO DALIGNA

Introdução: Em pacientes com SIDA, os principais patógenos relacionados a rinossinusites são: *P. aeruginosa*, fungos (principalmente, *Aspergillus* spp.), vírus, parasitas e micobactérias. Objetivo: Descrever um relato de

caso sobre uma rara etiologia para a rinossinusite fúngica com potencial gravidade em paciente imunocomprometido. Paciente e Métodos: M.S.M., 22 anos, masculino, branco, natural de Porto Alegre. Tem diagnóstico de HIV positivo e SIDA desde 06/2001, sendo prescrito Estavudina, Lamivudina e Efavirenz, mas seguiu tratamento irregular. O paciente buscou novamente a emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) em 06/2005 por emagrecimento, disfagia, odinofagia, adenomegalias cervicais e obstrução nasal. À oroscopia visualizava-se mucosa infiltrada e hiperêmica com ulcerações em palato mole, úvula e pilar anterior amigdaliano. Na rinoscopia anterior e na endoscopia nasal evidenciou-se a presença de crostas enegrecidas preenchendo a cavidade nasal. Foi realizada tomografia computadorizada dos seios da face, evidenciando importante espessamento do mucoperiósteo em seio maxilar esquerdo, com ausência de sinais de destruição óssea. Biópsias das cavidades nasal e oral e de linfonodo cervical confirmaram o diagnóstico de Histoplasmose Disseminada à microscopia, sendo tratado com anfotericina B. Conclusões: Rinossinusite em paciente imunocomprometido é um diagnóstico com potencial gravidade pelo risco de invasão a tecidos profundos e desfecho muitas vezes fatal, por isso a identificação e tratamento precoce é fundamental. Os pacientes podem ser pouco sintomáticos e, portanto, deve haver um alto grau de suspeição clínica. A investigação deve ser invasiva, com coleta de material para culturais e anatomopatológico. Essa rara etiologia para a rinossinusite fúngica deve fazer parte do diagnóstico etiológico diferencial, principalmente em pacientes imunocomprometidos.