

Diagnóstico e tratamento de manifestação oral de Histoplasmose: relato de caso raro

Bortoloto, J.G.P¹; Sangalette, B.S²; Shinohara, A.L³; Toledo, G.L⁴; Cappellari, V.I⁵; Capelari, M.M⁶.

¹Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo.

²Departamento de Ciências Biológicas, Anatomia, Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo.

³Departamento de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial, Universidade Estadual do Norte do Paraná.

⁴Faculdade de Medicina, Fundação Educacional do Município de Assis - FEMA.

⁵Departamento de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial da Santa Casa de Misericórdia de Santa Cruz do Rio Pardo.

Causada pelo *Histoplasma capsulatum*, a Histoplasmose é uma das patologias sistêmicas mais relevantes das Américas, sobretudo do Brasil. Sua inoculação ocorre através da inalação de conídios presentes em locais como cavernas, galinheiros, etc. Trata-se de uma infecção oportunista com quadro clínico variável, sendo a priori assintomática ou assemelhando-se a um resfriado comum que pode evoluir para casos mais graves, revelando sinais clássicos de lesões ulceradas na mucosa orofaríngea, bem como comprometimento sistêmico. Paciente do gênero feminino, leucoderma, 69 anos, compareceu ao ambulatório de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial do Hospital de Base de Bauru (AHB-HB) com queixa de lesões ulcerativas de boca. Durante anamnese a mesma referiu ser “do lar”, porém com atividades diárias em horta e criação de aves (galinhas), além de ser tabagista crônica e ter o hábito de mascar folhas cruas de hortelã colhidas em horta e sem a devida higienização. Associado ao quadro clínico, apresentava disfonia (rouquidão) importante e progressiva. Ao exame físico intraoral, notou-se presença de lesão ulcerativa assintomática em região de rebordo alveolar de maxila esquerda, sangrante ao toque, com aproximadamente 50x30mm, evoluindo há cerca de 4 semanas. No lado contralateral, havia lesão semelhante desenvolvendo-se. As hipóteses diagnósticas foram de Carcinoma Espinocelular (CEC) ou Blastomicose, sendo realizada, então, biópsia incisional. Contudo, o diagnóstico definitivo dado pelo exame histopatológico apontou Histoplasmose. Estabeleceu-se a terapêutica medicamentosa, sistêmica e tópica, com Fluconazol e Miconazol, respectivamente, e em ato contínuo, encaminhou-se a paciente para Clínica Médica. Com 30 dias de pós-operatório, as lesões bucais já haviam regredido por completo, o mesmo com o quadro de rouquidão. Não haviam outros comprometimentos sistêmicos associados, e a paciente recebeu alta pela Clínica Médica após 12 meses de uso do Fluconazol.