

CONCOMITANTE ASPERGILOSE PROSTÁTICA E RENAL EM PACIENTE TRANSPLANTADO CARDÍACO - RELATO DE CASO

Gastrointestinal

DADOS DO CASO

Autores: Felipe Montevechi Luz - Faculdade de Ciências Médicas - UNICAMP;

Vinicius Ramos Daoud Yacoub - Faculdade de Ciências Médicas - UNICAMP

Carla Jerônimo Peres Fingerhut - Faculdade de Ciências Médicas - UNICAMP;

Autor correspondente: Felipe Montevechi Luz - Faculdade de Ciências Médicas - UNICAMP;

Palavras-Chave: Transplante de Coração, Doenças Prostáticas, Aspergilose, *Aspergillus fumigatus* e Próstata;

URL: <https://brad.org.br/article/4195/pt-BR/concomitante-aspergiloseprostática-e-renal-em-paciente-transplantado-cardiaco--relatode-caso>

DOI: 10.5935/2965-1980.2022v1n1a19

RESUMO

A aspergilose com acometimento do trato geniturinário é uma condição rara, com poucos relatos na literatura. Nesse estudo apresentamos o segundo caso de infecção prostática e renal concomitante e recidivada em um paciente submetido à transplante cardíaco. O diagnóstico nesse caso sucedeu-se por meio de exames de imagem e biópsia prostática, e iniciou-se o tratamento com antifúngicos e abordagens cirúrgicas. Apresentamos no presente artigo a correlação dos nossos achados com os da literatura.

HISTÓRICO CLÍNICO

Masculino, 56 anos, portador de DM2 e HAS, transplantado cardíaco há 5 anos por miocardiopatia viral, e nefrectomizado à direita há 2 anos em razão de abscesso renal fúngico (*Aspergillus fumigatus*). Refere disúria e dor lombar à esquerda há 15 dias, associado à diminuição do jato urinário e da diurese.

DISCUSSÃO

A aspergilose prostática invasiva (IPRA) é uma condição rara, com 12 casos identificados na literatura, e nós reportamos o segundo caso de um acometimento prostático em um paciente submetido a transplante cardíaco [1,2], em que apresentou recidiva na loja renal concomitante.

A aspergilose prostática foi identificada em três pacientes transplantados, sendo receptores de um coração, um fígado e um rim [2,3,4]. A baixa amostragem deve ser em razão de subdiagnóstico e subnotificação. A maioria dos pacientes (58,3%) apresentam algum grau de imunossupressão e 25% deles foram submetidos a transplante de órgão sólido [2,3,4].

Entretanto, é evidente que também atinge pacientes imunocompetentes, que não possuem os fatores de risco clássicos para a IRPA. Os sintomas mais comuns são do trato geniturinário, como disúria (66,7%) e retenção urinária (41,6%) [1]. O exame físico na maioria dos casos é inocente, sendo o aumento prostático, ao toque retal, identificado na metade dos casos [1,2,3,5,6]. Em razão da apresentação clínica e laboratorial não específica, a IRPA deve ser considerada em pacientes imunocomprometidos com sintomas geniturinários, principalmente quando não houver crescimento bacteriano nas culturas ou quando a urocultura identificar *Aspergillus sp.* O acometimento extraprostático da IPRA está presente em metade dos casos, sendo o rim o local mais comum, em 33,3% dos casos [2]. Portanto, a extensão extraprostática sempre deve ser excluída mediante realização de tomografia computadorizada de tórax e abdome, em que os achados de aumento das dimensões prostáticas com presença de nódulos ou coleções devem ser valorizados e indicado prosseguir investigação com obtenção de material histológico [3]. A análise histológica do tecido prostático é essencial para o diagnóstico e demonstram a invasão do tecido prostático pelas hifas na maioria dos casos (66,6%) [2]. O diagnóstico microbiológico através da cultura positiva esteve presente em 9 dos 12 pacientes, sendo o *Aspergillus Fumigatus* o patógeno mais identificado (50%) [2,3,7]. No contexto do paciente imunossuprimido, as amostras devem ser testadas para vários micro-organismos, incluindo micobactérias e fungos. Em nosso caso, houve crescimento do patógeno na cultura obtida do tecido prostático biopsiado e depois em análise histológica produto da prostatectomia. As opções de tratamento são a utilização de antifúngicos, a abordagem cirúrgica, ou a combinação entre eles [1,2]. A

abordagem cirúrgica foi necessária mediante crescimento das lesões, resistência ao Voriconazol e manutenção dos sintomas.

LISTA DE DIFERENCIAIS

Abscessos prostáticos bacterianos;
Metástases.

DIAGNÓSTICO

Aspergilose Invasiva com acometimento concomitante renal e prostático.

APRENDIZADO

No contexto do paciente imunossuprimido, pode haver a apresentação de diversas doenças, e deve ser investigado e excluídos todas as possíveis etiologias, principalmente em pacientes que foram submetidos a transplantes de órgão sólido e estão em terapia imunossupressora, que também podem desenvolver neoplasias.

REFERÊNCIA

1. Hemal AK, Talwar M, Dinda A. Concomitant renal and prostatic aspergillosis. *Int Urol Nephrol*. 1999;31(2):157-162. doi:10.1023/a:1007116523000
2. Valerio M, Fernandez-Cruz A, Fernández-Yañez J, et al. Prostatic Aspergillosis in a Heart Transplant Recipient: Case Report and Review. *J Heart Lung Transplant*. 2009;28(6):638646. doi:10.1016/j.healun.2009.03.002
3. Fisher ME, Nisenbaum HL, Axel L, Broderick GA. Prostatic abscess due to *Aspergillus fumigatus*: TRUS and MR imaging findings. *J Ultrasound Med*. 1998;17(3):181-184. doi:10.7863/jum.1998.17.3.181
4. Kaplan-Pavlovic S, Masera A, Ovcak Z, Kmetec A. Prostatic aspergillosis in a renal transplant recipient. *Nephrol Dial Transplant Off Publ Eur Dial Transpl Assoc - Eur Ren Assoc*. 1999;14(7):1778-1780. doi:10.1093/ndt/14.7.1778
5. Karayannopoulos SI, Stylianea A. *Aspergillus flavus* in prostatic fluid. *Br J Urol*. 1981;53(2):192. doi:10.1111/j.1464-410x.1981.tb03168.x
6. Khawand N, Jones G, Edson M. Aspergillosis of prostate. *Urology*. 1989;34(2):100-101. doi:10.1016/0090-4295(89)90173-8
7. Campbell TB, Kaufman L, Cook JL. Aspergillosis of the prostate associated with an indwelling bladder catheter: case report and review. *Clin Infect Dis Off Publ Infect Dis Soc Am*. 1992;14(4):942-944. doi:10.1093/clinids/14.4.942

IMAGENS



FIGURA 1 - Ultrassonografia demonstrando próstata de dimensões globalmente aumentadas, exibindo múltiplas áreas de aspecto cístico de permeio, distribuídas por toda glândula. Tais achados apresentam conteúdo anecogênico associado a finas traves internas, sem fluxo ao estudo Doppler, de limites mal definidos, limitando sua mensuração. Aumento da ecogenicidade dos planos adiposos periprostáticos. A próstata mede 5,4 x 4,9 x 4,2 cm, com peso estimado em 60g. Vesículas seminais de aspecto preservado.



FIGURA 2- Tomografia computadorizada do abdome com contraste, seqüência axial, demonstrando múltiplas coleções coalescentes em topografia de loja cirúrgica (nefrectomia à direita), com realce periférico pelo meio de contraste, medindo cerca de 6,8 x 5,9 x 4,4 cm. A lesão apresenta a seguinte relação com as estruturas adjacentes: está indistinta da adrenal direita (provavelmente envolvida); estende-se superiormente à região subfrênica, destacandose sinais de infiltração do pilar diafragmático homolateral; mantém íntimo contato com o lobo hepático direito, observando-se distúrbio perusional transitório do parênquima dos segmentos posteriores, sugestivo de extensão do processo inflamatório/infeccioso; mantém contato, com perda de plano de clivagem do músculo psoas direito, aparentemente infiltrado; densificação dos planos mioadiposos regionais adjacentes; proeminência linfonodal adjacente, o maior medindo 1,2 x 0,8 cm. A maior coleção mede 4,0 x 3,1 x 3,4 cm.



FIGURA 3 -Tomografia computadorizada do abdome com contraste, sequência coronal, demonstrando próstata de dimensões aumentadas, com múltiplas coleções coalescentes, com realce ao meio de contraste, e densificação dos planos adiposos adjacentes. A maior coleção mede 2,2 x 2,6 x 2,2 cm.

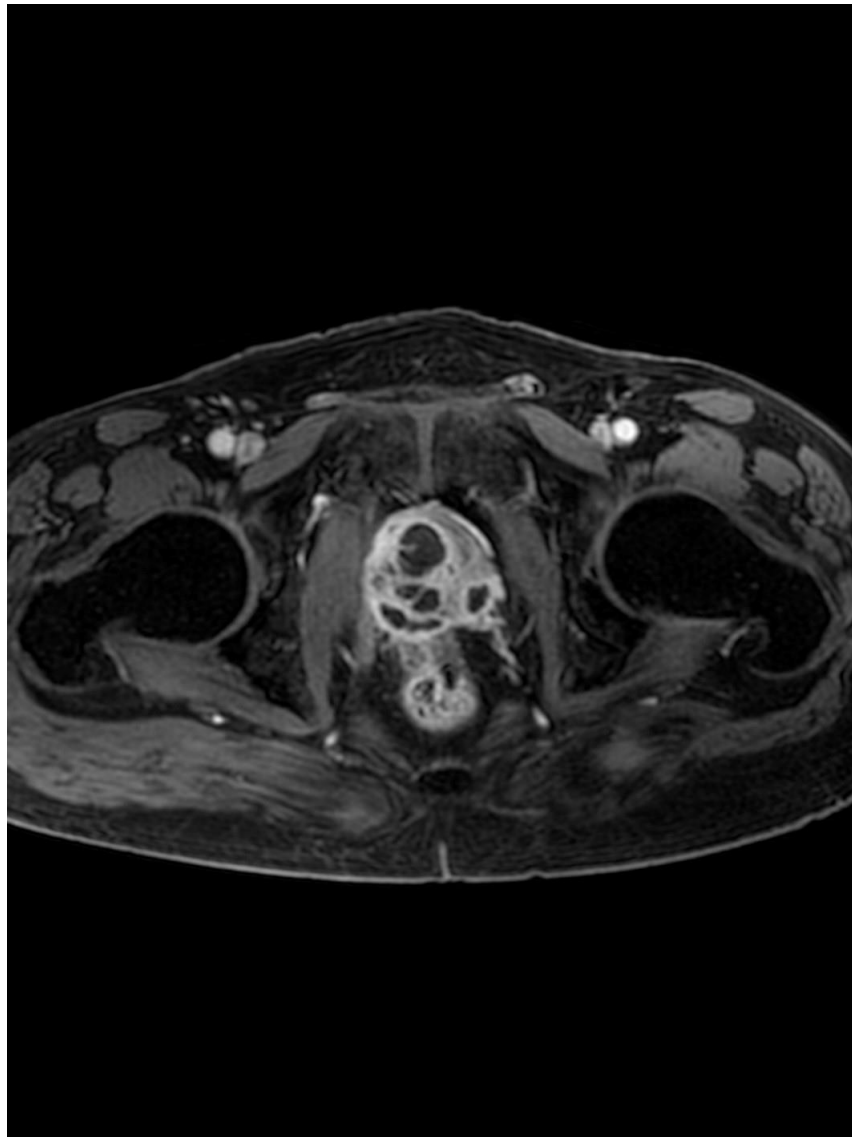


FIGURA 4 -Ressonância magnética da próstata com administração de contraste paramagnético, na sequência axial, ponderada em T1, e com alto sinal em T2, na sequência sagital. Próstata de contornos lobulados, medindo 4,3 x 4,0 x 4,5 cm e com volume estimado em 56,2 cm³, apresentando múltiplas coleções com alto sinal em T2, restrição à difusão e realce periférico pelo contraste difusamente distribuídas, determinando indistinção de suas zonas. Destacam-se as seguintes coleções com extensão extra-prostática: Múltiplas coleções confluentes localizadas na zona periférica à direita, com extensão posterior que mantém contato com a face anterolateral do reto (10h), medindo o conjunto 1,2 x 1,2 x 1,0 cm e volume de 0,8 cm³; localizada inferiormente à próstata e posteriormente à uretra membranosa, medindo 1,9 x 1,8 x 1,8 cm e volume de 3,2 cm³.



FIGURA 5 - Ressonância magnética da próstata com administração de contraste paramagnético, na sequência axial, ponderada em T1, e com alto sinal em T2, na sequência sagital. Próstata de contornos lobulados, medindo 4,3 x 4,0 x 4,5 cm e com volume estimado em 56,2 cm³, apresentando múltiplas coleções com alto sinal em T2, restrição à difusão e realce periférico pelo contraste difusamente distribuídas, determinando indistinção de suas zonas. Destacam-se as seguintes coleções com extensão extra-prostática: Múltiplas coleções confluentes localizadas na zona periférica à direita, com extensão posterior que mantém contato com a face anterolateral do reto (10h), medindo o conjunto 1,2 x 1,2 x 1,0 cm e volume de 0,8 cm³; localizada inferiormente à próstata e posteriormente à uretra membranosa, medindo 1,9 x 1,8 x 1,8 cm e volume de 3,2 cm³.