

ao patógeno. O diagnóstico pode ser feito através do exame microscópico de amostras sanguíneas, lesões de pele ou mucosa, medula óssea, escarro ou líquido. O anatomopatológico demonstra granulomas epitelioides, de aspecto sarcoide, nos quais os fungos são visualizados no interior das células fagocíticas. A cultura, em pacientes com doença disseminada, é extremamente útil, pode ser positiva em 50-85% dos casos. O tratamento recomendado para a forma disseminada é a anfotericina B.

Objetivo: Apresentar um caso de histoplasmose disseminada em criança imunossuprimida pós-transplante hepático.

Metodologia: Paciente do sexo masculino, 13 anos, apresentou queixa de perda ponderal, associada a dor abdominal e anemia. Foi submetido a endoscopia digestiva alta e o anatomopatológico de biópsia de duodeno evidenciou lesões sugestivas de histoplasmose. Teve diagnóstico prévio de deficiência de alfa-1-antitripsina, submetido a transplante hepático aos dois anos, atualmente em uso regular de imunossuppressores. O tratamento foi iniciado com anfotericina B desoxicolato. Devido a pioria de função renal, a terapia foi trocada para itraconazol. Com a finalidade de melhor estadiamento de doença hepática, foi feita biópsia hepática guiada por ultrassonografia e a cultura do material evidenciou crescimento de *H. capsulatum* em duas amostras. O paciente evoluiu com persistência de disfunção renal, optou-se então pelo tratamento com anfotericina B complexo lipídico por sete dias e posteriormente foi reintroduzido o itraconazol. Houve evolução satisfatória e o paciente recebeu alta hospitalar. Quarenta dias após, foi reinternado por hemorragia digestiva alta. Evoluiu com pioria clínica importante, insuficiência hepática, má função do enxerto e óbito, após seis meses do diagnóstico.

Discussão/conclusão: Em pacientes com história de transplante de órgãos sólidos, a histoplasmose não é uma doença frequente, apresenta incidência cumulativa de 0,1% em 12 meses, em estudo feito no EUA. Nesses pacientes, a manifestação mais comum é a forma disseminada, como no caso relatado. Tendo em vista a imunossupressão e a gravidade da doença disseminada, o paciente teve desfecho desfavorável, apesar do tratamento prolongado.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2018.10.099>

Área: MISCELÂNEA

Sessão: CASOS CLÍNICOS MICOLOGIA

EP-038

RELATO DE CASO: HISTOPLASMOSE DISSEMINADA EM GESTANTE HIV POSITIVO

Paulo Pera Neto, Ana Luiza Assin Squillace, Isabela Lopes Martin, Maria Patelli Juliana Souza L., Marlirani Dalla Costa Rocha, Raquel Alfaro Pessagno, Elisa Teixeira Mendes, Dulce Aparecida Cavalcante

Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC-Campinas), Campinas, SP, Brasil

Data: 18/10/2018 - Sala: TV 10 - Horário: 10:37-10:42 - Forma de Apresentação: E-pôster (pôster eletrônico)

Introdução: A histoplasmose é uma micose sistêmica amplamente distribuída no continente americano causada pelo *Histoplasma capsulatum*, que geralmente contamina ambientes de solos quentes e úmidos. No Brasil tratava-se de afecção rara antes do advento da Aids, é diagnosticada raramente em pacientes hematológicos e transplantados; ocorre com níveis de linfócitos CD4 abaixo de 200 células/mm³, geralmente de curso agudo e potencialmente fatal, tem melhor prognóstico quando iniciado tratamento precoce.

Objetivo: Relatar um caso de histoplasmose disseminada em uma paciente gestante HIV positivo.

Metodologia: Paciente de 26 anos, secundigesta, HIV positivo com último CD4 de 33 células/mm³ e carga viral de 10.000 cópias (exames de 2016) deu entrada no PS da PUC-Campinas em 27/02/17, em virtude de febre intermitente havia 15 dias. Queixou-se também de dor lombar, mialgia, cefaleia e náuseas e relatava recente descoberta de gravidez. Ao exame físico tinha baço palpável e pápulas violáceas em tronco e membros inferiores; hemograma com pancitopenia e US transvaginal compatível com gestação tópica de cinco semanas. Foi internada e iniciou-se sulfametoxazol com trimetoprim e azitromicina profiláticos, além de introdução da TARV. Feita biópsia das lesões de pele, coletadas hemoculturas e cultura de medula óssea na admissão. Evoluiu com vômitos e desconforto respiratório, apresentava ao exame físico estertoração em base esquerda; feita radiografia de tórax que mostrou infiltrado intersticial e iniciada antibioticoterapia para pneumonia nosocomial. Apresentou sequencialmente sangramento vaginal com confirmação de óbito embrionário e pioria da função respiratória, com necessidade de intubação. Confirmado *Histoplasma capsulatum* em culturas e biópsias no 8º dia, foi introduzida anfotericina B desoxicolato. Evoluiu com pioria de função renal, foi indicada hemodiálise por equipe de nefrologia. Veio a óbito no 13º dia de internação em decorrência da infecção disseminada.

Resultado: Não se aplica.

Discussão/conclusão: A gravidez isolada altera o sistema imunológico da mulher e, associada ao HIV, a imunossupressão se torna mais intensa, permite a instalação de doenças oportunistas com maior facilidade. A letalidade da histoplasmose disseminada em pacientes HIV positivo chega a 71,3% em estudos nacionais; a letalidade da histoplasmose coassociada com a Aids e gestação carece ainda de dados, devido a raros relatos na literatura.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2018.10.100>

EP-039

HISTOPLASMOSE PULMONAR AGUDA EM PACIENTE PREVIAMENTE HÍGIDO – RELATO DE CASO

Cynthya Massae Asahide, Mariana Costa Marques, Amanda Almira Alves

Hospital Regional de Mato Grosso do Sul, Campo Grande, MS, Brasil

Data: 18/10/2018 - Sala: TV 10 - Horário: 10:44-10:49 - Forma de Apresentação: E-pôster (pôster eletrônico)

