

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 cél/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 cél/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)



Introdução: Histoplasmose ou “doença das cavernas” é considerada uma micose sistêmica endêmica e de incidência mundial causada pelo *Histoplasma capsulatum*, tem um comportamento oportunista na maioria dos casos. A infecção é adquirida através da inalação de conídeos presentes na natureza (cavernas, construções abandonadas etc). Pode ter acometimento localizado (pulmonar, cutâneo etc) ou multivisceral. O quadro clínico pode variar, desde infecções assintomáticas, principalmente em imunocompetentes (95% dos casos), até quadros graves, a depender da quantidade de esporos inalados e ou da imunidade prévia do indivíduo.

Objetivo: Relatar um caso raro de histoplasmose pulmonar aguda em paciente sem comorbidades ou doenças prévias.

Metodologia: Relato de caso: masculino, 42 anos, branco e previamente hígido. Sorologia para HIV negativa. Pesquisa de H1N1 negativa. Negou etilismo e tabagismo. Com queixa de febre (39 °C), calafrios, mialgia, dor torácica e dispneia de início agudo. Cerca de 15 dias antes da sintomatologia foi exposto a fezes de aves e morcegos em laje de pesqueiro abandonado (fez a limpeza da laje por seis horas seguidas). Procurou atendimento médico e fez uso de medicações sintomáticas, porém evoluiu para insuficiência respiratória com necessidade de intubação orotraqueal e ventilação mecânica. A radiografia de tórax apresentava infiltrado reticulonodular difuso bilateral. Houve identificação do *Histoplasma* no material de cultura de aspirado traqueal e anatomopatológico de biópsia pulmonar. Paciente foi tratado com anfotericina B lipossomal (5 mg/kg/dia) por 21 dias e evoluiu com melhora clínica.

Discussão/conclusão: A porta de entrada dos esporos é o sistema respiratório, acredita-se que a inalação maciça de esporos por um período prolongado (aproximadamente seis horas) contribuiu para o desenvolvimento da doença aguda em um paciente imunocompetente. O diagnóstico é difícil, neste caso foi baseado em avaliação epidemiológica, sinais e sintomas clínicos, radiografia e tomografia de tórax e identificação do *Histoplasma* na cultura de secreção traqueal e anatomopatológico de biópsia pulmonar. O retardo no diagnóstico pode levar a um desfecho desfavorável, pois retarda-se a terapia antifúngica. Enfatizamos a importância de se eleger a histoplasmose pulmonar aguda como diagnóstico diferencial, em pacientes com história clínica compatível, visto que casos não tratados adequadamente evoluem para óbito em até 80% dos doentes.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2018.10.101>

Área: IMUNODEPRIMIDOS NÃO HIV/IMUNIZAÇÕES/MEDICINA DOS VIAJANTES

Sessão: CASOS CLÍNICOS MICOLOGIA

EP-040

PARAPLEGIA CRURAL INCOMPLETA OCASIONADA POR HISTOPLASMOSE CEREBRAL E MEDULAR EM PACIENTE SEM IMUNODEFICIÊNCIA: RELATO DE CASO



Cinthia Abílio, Amanda Oliva Spaziani, Carlos Eduardo Sandrim Longato, Diego Sanches Galavoti Gusson, João Gabriel B.G.O. Guimarães, Kamila Caixeta Gonçalves, Patrícia Natali Grandi, Beatriz Silva Ferrari, Lara Maria S.M. Colognesi, Núbia Caroline Delmondes, Talita Costa Barbosa, Gustavo Pazoto Nakamura, Paula Machado da Costa Lucas, Flávio Henrique N.B. dos Santos, Amanda Bergamo Bueno, Laura dos Reis Chalub, Isadora Abrão de Souza

Universidade Brasil, São Paulo, SP, Brasil

Data: 18/10/2018 - Sala: TV 10 - Horário: 10:51-10:56 - Forma de Apresentação: E-pôster (pôster eletrônico)

Introdução: A histoplasmose é uma micose causada pelo *Histoplasma capsulatum*. A patologia é endêmica nos Estados Unidos, na América Latina e parte da África e da Ásia. No Brasil, prevalece no Estado do Rio de Janeiro. Oportunista, atinge principalmente pacientes imunossuprimidos. O contágio se dá através da inalação de conídios presentes no meio ambiente que, ao chegar aos alvéolos pulmonares, estimulam respostas inflamatórias. A manifestação clínica varia entre infecções assintomáticas à doença disseminada grave, depende da quantidade de conídios inalados, do paciente e da virulência do fungo.

Objetivo: Relatar um caso de paraplegia incompleta causada por histoplasmose.

Metodologia: Paciente de 42 anos, masculino, etilista, não portador de imunodeficiências. Trabalhador rural que tem contato com morcegos. Referiu que havia dois anos iniciara quadro de lombalgia e evoluíra com parestesia e parastesia em membro inferior. Havia três anos fora diagnosticado com paraplegia devido a histoplasmose cerebral e medular confirmada em exame citológico de líquido, ficara internado por 10 dias em uso de anfotericina B endovenosa e após a alta fota encaminhado para reabilitação. Fez uso de Fluconazol, Omeprazol, Nortriptilina, em uso de cadeira de rodas, sem controle esfíncteriano, em tratamento com fisioterapia, fonoaudiologia, ortopedia e condicionamento físico. Evoluiu com melhora do equilíbrio e tronco, força muscular de modo a conseguir fazer transferência de ortostatismo terapêutico em barras paralelas. Independente para atividades de vida diária e iniciando treinamento de marcha com andador.

Discussão/conclusão: Geralmente assintomática, a doença tem predileção pelos sistemas respiratório e imunológico e pode se apresentar na forma aguda, crônica e disseminada, pode comprometer outros órgãos ou até o sistema nervoso central. Os pacientes assintomáticos representam 93% dos casos. Quando sintomática, os sintomas agudos incluem febre