

**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 parêstesia 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

alta, tosse, astenia, dor retroesternal, aumento de linfonodos, fígado e baço. A fase crônica é rara, geralmente atinge os pacientes com depressão imunológica. No caso apresentado, o paciente apresenta-se em idade produtiva, sem imunodeficiência adquirida, apresentou lesão medular atípica, porém, com diagnóstico, tratamento e reabilitação adequados, houve melhoria na qualidade de vida.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2018.10.102>

Área: HIV-AIDS/ISTS/HEPATITES

Sessão: HIV

EP-041

#### NA ERA DO INIBIDOR DE INTEGRASE NO TRATAMENTO DA INFECÇÃO HIV/AIDS EM CENTRO DE REFERÊNCIA TERCIÁRIO EM MINAS GERAIS



Dirce Inês da Silva<sup>a,b</sup>, Janilda Maria da Silva<sup>a,b</sup>, Gilcléria da Silva Ferreira<sup>a,b</sup>, Luiz Cláudio O.A. de Sousa<sup>a,b</sup>, Natália Helena Resende<sup>a,b</sup>, Sarah Beatriz da Silva<sup>a,b</sup>, Simone Marques da Silva<sup>a,b</sup>

<sup>a</sup> Hospital Eduardo de Menezes (HEM), Belo Horizonte, MG, Brasil

<sup>b</sup> Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (Fhemig), Belo Horizonte, MG, Brasil

Data: 18/10/2018 - Sala: TV 1 - Horário: 13:30-13:35 - Forma de Apresentação: E-pôster (pôster eletrônico)

**Introdução:** A classe dos inibidores de integrase (INI) se tornou padrão-ouro para a terapia antirretroviral, desde que as principais diretrizes internacionais elegeram para compor a primeira linha de tratamento, e também no resgate da infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV). A escolha da terapia antirretroviral (TARV) inicial e no resgate diz respeito à segurança e tolerabilidade do tratamento. Os INI apresentam menor variabilidade genética, características bioquímicas, dificuldade de selecionar mutação de resistência em pessoas sem tratamento prévio, potência, conveniência e segurança no tratamento inicial da infecção pelo vírus HIV. Apresentam perfil de toxicidade limpo e pouco associado com inflamação, alterações lipídicas de danos em órgãos como fígado, rim e coração. O programa DST/Aids e Hepatites Virais do Ministério da Saúde fez a incorporação do INI: dolutegravir a partir de fevereiro de 2017, buscou cumprir a meta 90/90/90. Os objetivos da meta são: 1 - Diagnóstico de 90% da população; 2 - 90% das pessoas diagnosticadas em tratamento e 3 - 90% das pessoas com supressão virológica.

**Objetivo:** Caracterizar o perfil das pessoas que usam o dolutegravir e registrar a ocorrência de eventos adversos do centro de referência de Belo Horizonte, Minas Gerais.

**Metodologia:** Estudo transversal feito de fevereiro de 2017 a agosto de 2018, por meio de registros de sistemas de informação e planilha de Excel de pessoas que iniciaram o tratamento e estão em resgate de tratamento. A análise estatística foi feita com o software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS<sup>®</sup>) versão 20.

**Resultado:** Foram registrados 687 usuários no centro de referência, 77,8% eram do sexo masculino, na faixa de 17 a 82 anos; 51,5% dos usuários estavam na faixa de 20 a 39 anos; 64,5% dos usuários do sexo feminino estavam na idade fértil. Durante esse período do estudo ocorreram registros de quatro reações adversas relacionados ao dolutegravir: relato de crise exacerbada de ansiedade e depressão, após a substituição por outro esquema houve melhoria dos sinais e sintomas apresentados.

**Discussão/conclusão:** A incorporação do dolutegravir até o momento tem impacto positivo em termos de tolerância e segurança. Mas requer vigilância constante. Para monitoração da adesão e efetividade do dolutegravir será implantada uma coorte de acompanhamento com registro da carga viral, contagem de células CD4+ e ocorrência de reações adversas e infecções oportunistas.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2018.10.103>

EP-042

#### RESISTÊNCIA AO DOLUTEGRAVIR NA VIDA REAL



Pablo Eliack L. de Holanda, Jurandir Carvalho Filho, Erico Arruda

Hospital São José de Doenças Infeciosas, Fortaleza, CE, Brasil

Data: 18/10/2018 - Sala: TV 1 - Horário: 13:37-13:42 - Forma de Apresentação: E-pôster (pôster eletrônico)

**Introdução:** A terapia antirretroviral (TARV) modificou a perspectiva de vida das pessoas infectadas com HIV, tornou-a uma doença crônica, com boa expectativa de vida. Desde fevereiro de 2017, os inibidores de integrase (INI) passaram a fazer parte da TARV inicial no Brasil, o dolutegravir (DTG), que tem alta potência além de maior barreira genética, é o medicamento preferencial.

**Objetivo:** Relatar um caso de resistência aos INI e discutir possibilidades de minimizar esse risco no cenário nacional.

**Metodologia:** Paciente, após breve exposição ao DTG, apresentou falha de tratamento com esquema de 2 ITRN + ITRNN, em dose fixa combinada (TDF/3TC/EFV), com detecção de mutação (R263K) na integrase. LCA, 31 anos, masculino, natural de Camocim, CE, residente na cidade de Barroquinha, CE, HSH, com diagnóstico de infecção pelo HIV e neurotoxoplasmose, iniciou terapia com TDF/3TC/EFV, em fevereiro de 2017. No fim de junho de 2017, recebeu TDF/3TC/DTG, por engano, de que fez uso por apenas 30 dias, voltou a tomar TDF/3TC/EFV em agosto do mesmo ano. Os exames de CD4 e CV iniciais (fev/2017) eram, respectivamente, 86 cel/mm<sup>3</sup> (5,53%) e 1.073 cópias/ml (Log<sub>10</sub> = 3,03). Após 11 meses, foi repetida carga viral (86.045 cópias/ml; Log<sub>10</sub> = 4,94). A genotipagem feita pelo centro de genomas do Ministério da Saúde através do sequenciamento genômico da transcriptase reversa (TR), protease e integrase do gene pol do HIV-1, revelou as mutações K65R, K101E, Y181C, M184 V, G190S na TR e R263K na integrase, mostrou algum grau de resistência ao DTG e resistência.

**Discussão/conclusão:** O caso ganha importância, uma vez que a emergência de mutações a esquema de 1<sup>a</sup> linha com DTG não costuma ser observado. Por outro lado, apesar de