

Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas (INI), Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Introdução: A Traqueobroncomegalia ou Síndrome de Mounier-Kuhn (SMK) é uma doença rara, observada principalmente em homens de meia idade antes da 5ª década de vida. Caracteriza-se por perda ou atrofia das fibras musculoesqueléticas da parede da traqueia e dos brônquios principais, levando a um comprometimento respiratório significativo devido a bronquiectasias, alterações que facilitam as infecções por agentes como o *Aspergillus*.

Descrição do caso: Masculino, 54 anos, Hepatite C, Diabetes Mellitus tipo 2, usuário de drogas inalatórias, ex-tabagista. Admitido por febre, tosse, hemoptise e dispneia. RT-PCR SARS-CoV-2, BAAR de escarro/Genexpert e hemocultura todos negativos. Tomografia computadorizada (TC) de tórax: Traqueobroncomegalia, calibre de traqueia 3,6 cm e brônquios com calibre de até 2,8 cm, bronquiectasias císticas / cavidades preenchidas por material sugestivo de bola fúngica (Fig. 1). Broncoscopia: Providencia (tratada com Piperacilina-Tazobactam). Imunodifusão para *Aspergillus fumigatus* e Galactomana em sangue positivo, tratado com Anfotericina B liposomal por 13 dias, suspenso por comprometimento renal e hepático, aos 50 dias de internação começou a apresentar Delirium por encefalopatia hepática, foi recomendado tratamento cirúrgico (bola fúngica) e embolização de artéria endobrônquica (hemoptise massiva intermitente requerendo transfusão de concentrado de hemácias), enquanto aguardava vaga para procedimento cirúrgico, evoluiu com ascite severa, derrame pleural a esquerda, sobre infecção pulmonar e choque séptico, foi intubado, transferido a Unidade de Cuidados Intensivos, 72 horas depois evoluiu a óbito, completando 70 dias de internação hospitalar.

Comentários: A SMK caracteriza-se pelo aumento do diâmetro da traqueia e dos brônquios principais associado à redução do clearance mucociliar, o que facilita as infecções respiratórias. O diagnóstico é feito por TC de tórax. O tratamento só é realizado nos sintomáticos, objetivando tratar o fator desencadeante da descompensação. No caso apresentado deve ser tratada a bola fúngica (*Aspergillose pulmonar*). Se a traqueobroncomegalia coexistir com condições como: necessidade de ventilação mecânica, asma, DPOC e tabagismo, a síndrome torna-se fator agravante, como é o caso do nosso paciente. A cirurgia não é realizada na maioria dos casos, sua indicação é individualizada, sendo que a implantação de stent traqueal foi benéfica em alguns casos avançados.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2021.101937>

EP 202

SÍNDROME HEMATOFAGOCÍTICA SECUNDÁRIA À HISTOPLASMOSE DISSEMINADA EM PVHIV

Caroline Soares Troccoli, Halime Silva Barcaui, Isabel Cristina Melo Mendes, Valéria Ribeiro Gomes,

Leonardo Antunes Villaca de Souza, Rafael Silveira Batista, Claudia Adelino Espanha

Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF), Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Histoplasmose é uma micose com alta endemicidade, porém o diagnóstico necessita de um alto índice de suspeição. O presente relato de caso consiste em uma paciente, sexo feminino, 26 anos, portadora de HIV por transmissão vertical em abandono de tratamento por 5 anos, apresentando CD4 de 11 células/mm³ e carga viral (CV) de 14.584 cópias/mL. Após 2 meses de início de terapia de antirretroviral (TARV), a mesma apresentou aumento de CD4 para 26 células/mm³ e CV indetectável e iniciou quadro de síndrome pancerebelar e piramidal, sendo aventada hipótese de síndrome de reconstituição imune e leucoencefalopatia multifocal progressiva. A punção líquórica foi dentro da normalidade e o PCR para vírus JC foi negativo no líquido cefalorraquidiano (LCR). Ressonância nuclear magnética de crânio evidenciou romboneningoencefalite. Foi então iniciada corticoterapia com resposta clínica parcial. Durante internação evoluiu com hepatoesplenomegalia, pancitopenia, aumento de ferritina e transaminases, além de hipertrigliceridemia e piora clínica progressiva necessitando de amins vasoativas, sendo aventada a hipótese diagnóstica de síndrome hematófagocítica. Realizado aspirado de medula óssea, mielocultura e nova punção líquórica. Tanto na medula, quanto no sangue e no LCR evidenciando crescimento de *Histoplasma capsulatum*. Foi iniciado tratamento com Anfotericina B complexo lipídico por 42 dias, e então, iniciado Itraconazol com programação de manter o tratamento por 1 ano. A paciente evoluiu com melhora clínica importante, inclusive neurológica e segue em desmame de corticoterapia e em uso de TARV, profilaxias e Itraconazol. Descrevemos o caso de uma possível histoplasmose disseminada com acometimento neurológico secundário à síndrome de reconstituição imune e agravada por síndrome hematófagocítica, com boa resposta clínica ao tratamento antifúngico associado à corticoterapia.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2021.101938>

EP 203

SÍNDROME OCULOGLANDULAR DE PARINAUD SECUNDÁRIA À INFECÇÃO POR SPOROTHRIX SPP.: RELATO DE DOIS CASOS EM CRIANÇAS

Maria Gláucia Pereira de Andrade^a, Luíza Natielly Tavares Avelino^a, Claudia Elise Ferraz Silva^a, Reginaldo Gonçalves de Lima Neto^a, Matheus de Andrade Magalhães^b, Igor Wesland Assunção de Sá^a, Stephanie Gomes Lins de Araújo^a, Mariana Távora de Sousa Domingues^c,