

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 lipossomal 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/mm<sup>3</sup> 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/mm<sup>3</sup> 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 hematofagocítica. 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 hematofagocítica, 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<sup>a</sup>, Luíza Natielly Tavares Avelino<sup>a</sup>, Claudia Elise Ferraz Silva<sup>a</sup>, Reginaldo Gonçalves de Lima Neto<sup>a</sup>, Matheus de Andrade Magalhães<sup>b</sup>, Igor Wesland Assunção de Sá<sup>a</sup>, Stephanie Gomes Lins de Araújo<sup>a</sup>, Mariana Távora de Sousa Domingues<sup>c</sup>,

Paulo Sérgio Ramos de Araújo<sup>a</sup>,  
Helen Priscila dos Santos Onias<sup>a</sup>,  
Manuela de Sousa Moura Fé<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Hospital das Clínicas, Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Recife, PE, Brasil

<sup>b</sup> Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS), Recife, PE, Brasil

<sup>c</sup> Instituto de Medicina Integral de Pernambuco (IMIP), Recife, PE, Brasil

**Introdução:** A esporotricose é doença fúngica infecciosa causada por *Sporothrix* spp., que é encontrado em solo, plantas e lesões de gatos infectados, podendo ser adquirido por inoculação, através de material vegetal, mordedura, arranhadura de felinos, e inalação. A infecção, no Brasil, é causada principalmente pelo *S. brasiliensis*. A forma mais comum de apresentação é a linfocutânea, embora também possa se apresentar na forma ocular, rara em indivíduos imunocompetentes ou sem trauma ocular prévio.

**Relatos:** Caso 1: Escolar masculino com quadro de conjuntivite à esquerda há 1 mês. Evoluiu com surgimento, à esquerda, de nódulos eritematosos em pálpebras e região pré-auricular. Genitora relatava ter gatos infectados em domicílio, mas negava lesões traumáticas. Ao exame físico: eritema conjuntival com presença de pápulas de aspecto granulomatoso em conjutiva tarsal do olho esquerdo, presença de nódulos eritematosos em pálpebras e linfonodomegalia pré-auricular e submandibular à esquerda. Foi identificado *Sporothrix* spp. através de exame micológico. Iniciado itraconazol com boa resposta clínica. Caso 2: Escolar feminina com relato de surgimento, à direita, de nódulos eritematosos e dolorosos em pálpebra inferior e região cervical há 6 semanas. Em uso de doxiciclina, prescrita por hipótese de doença da arranhadura do gato, sem melhora. Afirmava contato com gatos com esporotricose. Ao exame físico: nódulo eritematoso em pálpebra inferior direita com linfangite, presença de pápulas de aspecto granulomatoso e eritema em conjutiva tarsal e bulbar, respectivamente. Linfonodomegalia em regiões pré-auricular e submandibular direitas. Exame micológico identificou *Sporothrix* spp. Suspensa doxiciclina, iniciado itraconazol, com resposta clínica satisfatória. Discussão: A síndrome oculoglandular de Parinaud é caracterizada por conjuntivite granulomatosa, linfadenopatia regional ipsilateral dolorosa. É classicamente associada à infecção por *B. henselae*, causadora da doença da arranhadura do gato, porém pode ser causada por outros agentes. Crianças, mulheres e idosos compõem o perfil epidemiológico típico da infecção por *Sporothrix* spp., pois tendem a ter mais contato com gatos, em ambiente domiciliar. A esporotricose é tratada com itraconazol, um antifúngico eficaz, segundo literatura atual. Diante de todo o exposto, é imprescindível, portanto, o conhecimento a respeito do tema por profissionais de diferentes especialidades, para de firmar diagnóstico e tratamento precoces.

EP 204

## TUMOR MIOFIBROBLÁSTICO ASSOCIADO A ACTINOMICOSE EM PARTES MOLES DE PAREDE ABDOMINAL: RELATO DE CASO

Clarissa Pieresan Winkelmann<sup>a</sup>,  
Rafael Fontana<sup>b</sup>, Carolina Pompermaier<sup>a</sup>,  
Crislly Preussler Chiaradia<sup>a</sup>,  
Marcelo Costamilan Rombaldi<sup>a</sup>,  
Guilherme Soldatelli Teixeira Kurtz<sup>c</sup>

<sup>a</sup> Universidade de Caxias do Sul (UCS), Caxias do Sul, RS, Brasil

<sup>b</sup> Hospital Geral de Caxias do Sul, Caxias do Sul, RS, Brasil

<sup>c</sup> Universidade de Passo Fundo (UPF), Passo Fundo, RS, Brasil

**Introdução:** O Tumor Miofibroblástico Inflamatório (TMI) é uma lesão neoplásica geralmente benigna, que pode se manifestar com comportamento invasivo. Uma causa rara para sua formação é a actinomicose (ACM), infecção que pode simular outras neoplasias.

**Relato:** G.T., feminina, 63 anos, hipertensa, diabética. Procurou atendimento por dor abdominal difusa, episódio único de sangramento anal superficial e perda ponderal de 11 kg em 1 ano. Histórico familiar de câncer de mama e cólon. Ao exame, massa palpável de cerca de 12 cm, pétreo, móvel e de bordos regulares em quadrante superior esquerdo. Colonoscopia normal. À TC de abdome, formação expansiva de tecido mole junto à parede abdominal esquerda, de 6,6 x 4,2 cm com massa sobre o cólon transverso e espessamento do músculo reto abdominal esquerdo. À RNM de abdome total, lesão em epíplon de 8,9 x 4,5 x 4,3 cm, contornos irregulares, adjacente ao cólon transverso em plano paramediano esquerdo. Submetida à laparotomia exploradora, realizou-se omentectomia, ressecção de parede abdominal e músculo reto abdominal esquerdos e colectomia segmentar de cólon transverso. Lavado peritoneal negativo para malignidade. Ao anatomopatológico, TMI associado à ACM em partes moles de parede abdominal com aderência à superfície externa intestinal.

**Comentários:** TMI é conhecido como pseudotumor inflamatório ou granuloma de células plasmáticas. Origina-se em tecidos moles e predomina em crianças e adultos jovens. É benigno, porém, tem comportamento agressivo, duplicando o tamanho em poucos meses, gerando sintomas compressivos em órgãos vizinhos. Acomete pulmão, mesentério, fígado e baço, sendo o intestino menos atingido. A etiologia é pouco conhecida, porém, fatores como trauma, doenças autoimunes e processos inflamatórios ou infecciosos podem contribuir. ACM é causada pela infiltração de bactérias da espécie *Actinomyces* spp. em tecidos lesionados e definida como doença crônica, progressiva e supurativa. Caracteriza-se pela formação de abscessos, tecido de granulação e tecido fibroso denso, induzindo a formação de tumores. Como na TMI, o tratamento da ACM é exérese cirúrgica tumoral seguida de antibioticoterapia de longa duração.