



22 A 26
DE OUTUBRO
DE 2024
FLORIANÓPOLIS - SC



Trabalhos Científicos

Título: Histoplasmose: Causa De Febre Prolongada. Relato De Caso.

Autores: CRISTINA MOGNON (HOSPITAL QUINTA D'OR), LUANA DE SOUZA MADEIRA (HOSPITAL QUINTA D'OR), MARIANA ALVES PINHEIRO (HOSPITAL QUINTA D'OR), MARCELLE BUENO PRATA DE JESUS (HOSPITAL QUINTA D'OR), RAQUEL FIGUEIREDO PEQUENO (HOSPITAL QUINTA D'OR), DENISE CARDOSO DAS NEVES SZTAJNBOK (HOSPITAL QUINTA D'OR), ALESSANDRA NUNES DA FONSECA (HOSPITAL QUINTA D'OR)

Resumo: A histoplasmose é causada pelo fungo *Histoplasma capsulatum*, encontrado no solo contaminado por fezes de aves e morcegos. A exposição prolongada à quantidade elevada de esporos e o status imunológico do paciente, podem levar à infecção aguda ou crônica. HML, 6 anos, menina, asmática, frequente escola próxima a área de mata e passeia pela Floresta da Tijuca. Há um mês com febre associada a infecção de vias aéreas superiores (IVAS), associada a tosse secretiva e prostração. Recebeu diagnóstico de sinusite e pneumonia, fez dois esquemas de antibiótico. No 10º dia de febre, realiza radiografia de tórax que mostra imagem de consolidação persistente, e é internada para investigação. Recebeu inicialmente ceftriaxona e azitromicina. Os exames complementares apresentaram na tomografia de tórax, que mostrou várias opacidades nodulares esparsas bilateralmente, alguns com atenuação em vidro fosco adjacente, derrame pleural laminar bilateralmente e linfonodos mediastinais proeminentes, linfonodomegalias e conglomerado linfonodal com densidade heterogênea, que podem estar relacionados à degeneração cística/necrótica, sugestiva de infecção fúngica, ecocardiograma normal, ultrassonografia de abdome com múltiplos cálculos em vesícula biliar, PPD não reator, IGRA negativo, sorologias diversas, incluindo mycoplasma IgM e IgG, não reatores, BAAR e GeneXpert negativos. Iniciou Anfotericina B lipossomal. Após 24 horas cessa a febre. Evolui com melhora clínica e tem resultado confirmatório de *H. capsulatum* anticorpo banda M (positivo). Alta com prescrição de itraconazol por 6 semanas. No caso relatado, as manifestações iniciais da histoplasmose incluem sintomas respiratórios persistentes e febre. Esta história clínica e imagem radiológica persistente com linfonodomegalias nos leva a considera o diagnóstico mais provável no nosso meio, a tuberculose. Outros diagnósticos diferenciais são infecções por micobactérias, linfoma, leucemia e doenças reumatológicas. A confirmação diagnóstica é por sorologia, detecção de antígeno, ensaio molecular ou cultura, através de urina, sangue ou lavado broncoaveolar. O tratamento depende da gravidade da infecção, quando não há melhora clínica dentro de um mês, é recomendado o uso de itraconazol e em situações mais graves, anfotericina B. No caso da paciente, a introdução precoce de Anfotericina B resultou em rápida melhora clínica, seguido pela manutenção do tratamento com itraconazol por seis semanas. Conclusão: O caso apresentado ressalta a importância da histoplasmose no diagnóstico diferencial e da investigação detalhada em crianças com infecção respiratória persistente e febre considerando a história epidemiológica da exposição.