

e discreto espessamento das paredes brônquicas, sendo associado corticoide inalatório e azitromicina. Prova de função respiratória (PFR) na ocasião já apresentava distúrbio ventilatório obstrutivo acentuado, FEV1 de 45%. DECHc grave (pulmonar grau II). Segue em remissão completa da LMA, DRM negativa por imunofenotipagem e quimerismo 100%. **Discussão:** A DECHc pulmonar possui apresentação clínica semelhante a outros diagnósticos diferenciais, e particularmente na faixa etária pediátrica, são escassas as publicações e diretrizes específicas. Na presença de achados diagnósticos de DECHc em outro órgão, a detecção de padrão obstrutivo na PFR associada a TC tórax com aprisionamento de ar, bronquiectasia e/ou espessamento das pequenas vias aéreas são suficientes para o diagnóstico de DECHc pulmonar, não sendo necessária biópsia para a documentação de bronquiolite obliterante (BO). O esquema com fluticasona, azitromicina e montelucaste (FAM) é uma boa opção adjuvante no tratamento de DECHc pulmonar, mas na literatura a corticoterapia sistêmica segue sendo o tratamento padrão ouro e deve ser precocemente iniciado. **Conclusão:** A DECHc pulmonar é menos frequente em pediatria e seu diagnóstico difícil, mesmo assim é fundamental estar atento ao surgimento desta complicação devido sua gravidade e necessidade de tratamento precoce.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2020.10.490>

489

#### SCOPULARIOSE INVASIVA EM PACIENTE IMUNOSSUPRIMIDO: RELATO DE CASO



C. Voltarelli, B.C. Tan, L. Costa, R. Pasquini, V. Funke

Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (UFPR), Curitiba, PR, Brasil

Descrevemos um caso de infecção disseminada fatal por *Scopulariopsis sp.* em paciente com DECHc após transplante alogênico de células tronco hematopoiéticas não aparentado compatível 9/10 para Mielodisplasia, diagnosticada em 2014. Paciente masculino de 59 anos, DECHa grau III de pele, fígado e olho, tratado com prednisona. Houve perda de seguimento em 2017, quando foi diagnosticado com DECHc. Retorna em março de 2020, em uso de prednisona em baixa dose desde 2017 e com quadro pulmonar infeccioso, além de DECHc de pele, olho, fígado, boca e provável pulmão, grau grave e sem características de risco. Em abril de 2020, após três internações prévias por quadro respiratório, uma TC de tórax revelou lesão escavada sugerindo infecção fúngica, iniciou voriconazol. Também apresentava diarreia por *C. difficile* que foi tratada. Retorna após um mês com piora da dispneia e do padrão pulmonar em TC em uso de voriconazol oral. Iniciou voriconazol endovenoso. Em maio, durante procedimento de broncoscopia houve sangramento pulmonar e internamento em UTI. Lavado broncoalveolar sugeriu quadro viral por CMV, iniciando ganciclovir. Em junho, como havia áreas em vidro fosco na TAC de tórax sugestivas de quadro viral realizou sorologia para COVID-19, tendo como resultado IgG positivo. Foi então realizado RT-PCR negativo para COVID-19. Nova TC mostrou infiltrado em vidro fosco, nódulo com sinal

do halo, consolidação e derrame pleural bilateral. Piora do quadro pulmonar com dispneia e tosse produtiva. Pesquisa e cultura de escarro mostrou crescimento de *Scopulariopsis sp.*, sendo iniciados Itraconazol e Anfotericina B lipossomal. Não houve resposta ao tratamento, evoluindo com piora clínica progressiva, vindo a óbito em julho por insuficiência respiratória. Pacientes imunocomprometidos possuem risco maior de infecções fúngicas oportunistas devido a diversos fatores. Os principais fatores de risco incluem neutropenias graves, catéteres vasculares e urinários, disrupção da mucosa gastrointestinal ou orofaríngea por quimioterapia, uso de antibióticos de amplo espectro e terapia com corticosteroides para DECH. Raramente causa infecções invasivas, o fungo filamentosso não dermatófito *Scopulariopsis sp.* está mais associado a onicomioses. Há altas taxas de resistência desses fungos a praticamente todos os antifúngicos usados atualmente, incluindo anfotericina B e voriconazol, que estão entre os medicamentos mais usados para a profilaxia e tratamento de primeira linha de infecções sistêmicas por fungos. Há um número crescente, porém ainda restrito, de infecções por esse agente em hospedeiros imunocomprometidos. Seu diagnóstico é difícil e não há manifestações clínicas específicas, não há sorologia disponível, sendo necessária cultura e exame micológico direto. Nosso paciente possuía como fator de risco história de DECH com uso contínuo de corticosteroides e infecção por CMV. Não é possível afirmar qual o papel da infecção prévia por COVID-19 no desfecho deste caso pois o diagnóstico foi sorológico mas a coinfeção por fungo e SARS COV-2 tem sido relatada em pacientes imunossuprimidos. A terapia apropriada para infecções por *Scopulariopsis* ainda não foi definida. Trata-se de um fungo resistente à variedade de drogas empregadas. Assim, mais estudos são necessários para definir a melhor conduta nestes casos, além de demonstrar a importância de um diagnóstico etiológico precoce e preciso das infecções fúngicas invasivas potencialmente fatais em pacientes imunocomprometidos.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2020.10.491>

490

#### TRANSPLANTE AUTÓLOGO DE CÉLULAS TRONCO HEMATOPOIÉTICAS 7 ANOS PÓS TRANSPLANTE ALOGÊNICO EM MIELOMA MÚLTIPLO RECIDIVADO: RELATO DE CASO



V.R.H. Nunes, I.S.E. Pimentel, M.N. Kerbauy, J.Z.M.D. Nascimento, A.I.D.D. Santos, D.C. Pasqualin, A.M.P.S. Bezerra, L.F.S. Dias, A.A.F. Ribeiro, N. Hamerschlag

Hospital Israelita Albert Einstein (HIAE), São Paulo, SP, Brasil

Relatamos o caso de paciente masculino, 54 anos, diagnosticado em 2005 com plasmocitoma solitário em osso ilíaco e tratado com radioterapia local. Três anos após o diagnóstico, a doença progrediu para Mieloma Múltiplo (MM) cadeia leve Kappa, com deleção do TP53. Neste momento, foi realizado protocolo CyBorD (Bortezomib + Ciclofosfamida + Dexametazona) e TCTH autólogo em maio de 2009. Em 2013, o paciente evoluiu com recaída do MM, com lesões osteolíti-