

3% e bastões: 18%, eosinófilos: 33%). Descartado Hepatites Virais, HIV, Sífilis, HTLV e Leishmaniose Visceral. As biópsias da lesão de pele e de linfonodo cervical revelaram presença de fungos compatíveis com *Paracoccidioides brasiliensis*. Iniciado anfotericina B desoxicolato. Durante internação, evoluiu com dor abdominal súbita em hipocôndrio esquerdo de forte intensidade. Tomografia de abdômen evidenciou esplenomegalia com extensas áreas de menor realce esparsas pelo parênquima, sugestivas de infartos. Realizada investigação complementar através de ecodoppler do sistema portal, o qual constatou hipertensão portal severa e trombose total do ramo direito, sendo introduzido enoxaparina em dose terapêutica. Recebeu alta hospitalar com Itraconazol por 12 meses e seguimento no ambulatório de Infectologia.

Discussão/Conclusão: A forma subaguda septicêmica da PCM caracteriza-se por acometimento do sistema fagocítico mononuclear, o que justifica as alterações hepatoesplênicas e adenomegalias generalizadas. Febre, perda de peso e anorexia são frequentes. Eosinofilia periférica é um achado comum, ocorrendo em 30 a 50% dos casos. Alterações estas vistas no relato descrito. A hipertensão portal é uma complicação rara e severa da PCM. O paciente citado apresentava sinais clínicos e de imagem compatíveis à hipertensão portal. O infarto esplênico é causa atípica de abdômen agudo. O presente relato configura um caso de infarto esplênico secundário a hipertensão portal, confirmada pelo doppler hepático.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2020.101443>

EP-366

SÍNDROME OCULOGLANDULAR DE PARINAUD COM CULTURA POSITIVA PARA SPOROTHRIX BRASILIENSIS

Amanda Silva Guimarães, Hugo Pessotti Aborghetti, Bruno Oggioni Moura, Luciana Catelan, Pedro Gabriel Coffler Zorzal, Ricardo Tristão Sá

Hospital Universitário Cassiano Antonio Moraes (HUCAM), Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), Vitória, ES, Brasil

Introdução: A Síndrome Oculoglandular de Parinaud (SOP) é uma rara conjuntivite granulomatosa, acompanhada de linfadenopatia satélite pré-auricular ou submandibular, mais comumente causada por inoculação de patógeno na conjuntiva, principalmente a *Bartonella henselae*. Há casos descritos na literatura de SOP por *Sporothrix* spp., escassos, sendo a maioria relacionados ao *S. schenkii*. Na última década, deu-se mais atenção ao *S. brasiliensis* após surtos no Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul e, em menores porções, no Espírito Santo. Essa espécie possui maior virulência, com transmissão relacionada à mordedura ou arranhadura de felinos infectados.

Objetivo: Descrever um caso de SOP causada pelo *S. brasiliensis*.

Resultados: Paciente masculino, 24 anos, apresenta-se ao ambulatório do Hospital Universitário Cassiano Antonio de Moraes (HUCAM), queixando-se de lesão granulomatosa em olho esquerdo, hiperêmica, com ardência e dor esporádicas e sem melhora com uso de antibióticos, negando outras comor-

bidades. Relata possuir 3 gatos domésticos, estando 2 em tratamento para esporotricose, e que a lesão surgiu após uso de lentes de contato vencidas, sem outras lesões associadas. Passara por vários médicos, com tratamentos ineficazes. O exame físico era normal, com exceção de linfonodomegalias pré-auricular esquerda e mandibular posterior esquerda. A principal hipótese diagnóstica foi de SOP por esporotricose ocular, tendo como conduta itraconazol oral (100 mg, 4 comprimidos/dia) e acompanhamento ambulatorial mensal. Foi realizada cultura que evidenciou *S. brasiliensis*. Fez uso de itraconazol por 2 meses, sem melhora completa do quadro, trocando-se o medicamento por iodeto de potássio (KI) 25%, 12 mL/dia. Fez uso de KI por 3 meses, apresentando melhora do quadro, e o mesmo foi suspenso, com conduta expectante e retorno ambulatorial em 1 mês. O paciente retornou apenas após 4 meses, apresentando cura clínica e teve alta do serviço, orientado a acompanhamento oftalmológico.

Discussão/Conclusão: A esporotricose ocular é rara e pode ser a única manifestação da SOP, mas deve ser considerada em pacientes imunossuprimidos ou em quadro unilateral isolado acometendo principalmente a conjuntiva tarsal, podendo se estender para a bulbar. A história é essencial para o diagnóstico, visto que a causa mais frequente é inoculação traumática ou não por contato com animais ou objetos infectados. Deve-se, assim, considerar esse diagnóstico e familiarizar-se, uma vez que, apesar de causar cegueira em alguns casos, o tratamento precoce leva à cura.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2020.101444>

EP-367

PARACOCCIDIOIDOMICOSE AGUDA/SUBAGUDA COM ARTRITE EM TORNOZELO COMO PRIMEIRA MANIFESTAÇÃO

Wdson Luis Lima Kruschewsky, Renata Gregorio Carrera, Bruno Metzker Novais, Tânia Regina Grão-Velloso, Sarah Santos Gonçalves, Aloísio Falqueto, Marcos Rosa Júnior, Paulo Mendes Peçanha

Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), Vitória, ES, Brasil

Introdução: A paracoccidiodomicose (PCM) é uma das micoses endêmicas sistêmicas mais importantes na América Latina e no Brasil, sendo causada pelo complexo *P. brasiliensis* e *P. lutzii*. Apresenta-se em duas formas clínicas: crônica, marcada por acometimento pulmonar expressivo e lesões cutaneomucosas, e aguda/subaguda, usualmente em indivíduos abaixo de 30 anos de idade apresentando-se com linfadenomegalia generalizada, hepatoesplenomegalia e febre. Em ambas as formas, mas sobretudo na aguda, o fungo pode atingir múltiplos tecidos e órgãos por via hematogênica, incluindo ossos e articulações.

Objetivo: Relatar caso de acometimento osteoarticular por PCM aguda/subaguda como primeira manifestação.

Metodologia: Paciente masculino, 26 anos, é admitido referindo dor e edema em tornozelo esquerdo há três meses. Evoluiu com tosse seca, sudorese noturna e febre associ-

