

vez que a falta de tratamento tem resultado potencialmente fatal. Manifestações embólicas requerem atenção pela relação com pior prognóstico. Infecção em mais de 2 locais, como múltiplos êmbolos pulmonares, e pacientes previamente hígidos com febre prolongada devem sugerir EI no contexto apropriado, permitindo investigação e tratamento.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2020.101485>

EP-408

#### RELATO DE CASO: TUBERCULOSE UROGENITAL EM PACIENTE INDÍGENA

Rafael Darwich Coral Soares, Ennara Nascimento Borges, Antonio Alexandre Valente Meireles, Carolina Gomes Almeida, Caio Vinicius Santos Cerqueira, Sebastiana Tamyres Queiroz de Abreu, Dyone Karla Barbosa da Silva, Isabelly Montenegro Teixeira, Raiza Júlia Viana Rodrigues, Renan Mesquita Rodrigues Silva

Universidade Federal do Amapá (UNIFAP), Macapá, AP, Brasil

**Introdução:** A tuberculose testicular é uma entidade rara que ocorre em aproximadamente 3% dos casos de tuberculose genital. Os homens entre os 20 e os 50 anos são os mais frequentemente afetados e queixam-se de dor ou aumento testicular. O diagnóstico possui dificuldades e, em geral, acontece tardiamente.

**Objetivo:** Apresentar caso de tuberculose testicular, patologia não tão frequente na literatura, em indígena.

**Metodologia:** A.A., 42 anos, natural de Almerin-PA, morador da aldeia Bona Tumucumaca, agricultor e coordenador pedagógico. História familiar de pai diabético; mãe, filha, esposa e pai com história de tuberculose (TB) pulmonar. Em 2016, fez teste de escarro para TB, com resultado negativo e tratamento para leishmaniose. Posteriormente, em um episódio de pesca, sentiu dor lombar com irradiação para o testículo intermitentemente, paciente fez uso de gel caseiro. Com a evolução, procurou unidade de saúde pelo edema testicular e inguinal esquerda, além de massa visível à inspeção que interferiam na deambulação. Iniciou anti-inflamatório, e ampicilina injetável, sem melhora do quadro. Foi encaminhado pela CASAI ao urologista, realizou biópsia e cirurgia removedora de testículo. No pós-operatório, apresentou melhora do quadro e voltou para a aldeia sem esperar o laudo da biópsia. Um mês depois, em janeiro de 2017, voltou a dor lombar e o edema inguinal com as mesmas características do quadro pré-operatório. Retornou a CASAI, foi encaminhado a infectologia, e mediante o laudo da biópsia que atestou resultado de micropatologia nos nódulos para-testiculares: processo inflamatório crônico granulomatoso, com grandes áreas de necrose de caseificação circundadas por granulomas do tipo tuberculoide. Com isso, foi iniciando o esquema RIP (Rifampicina, isoniazida, pirazinamida e etambutol), com duração de 6 meses. Durante o tratamento, paciente apresentou quadro de fraqueza, poli-dipsia, xerostomia e emagreceu 10 kg em 3 meses. Com o tratamento, houve a resolução das lesões na região inguinal

esquerda, paciente não apresentou mais dor na região lombar ou na região inguinal.

**Discussão/Conclusão:** Esse caso refere-se a paciente concordante com a epidemiologia e clínica da doença e reafirma a dificuldade de diagnóstico descrita na literatura. Foi preconizado tratamento antibacilar com o esquema habitual; no entanto, em algumas situações, pode ser necessária intervenção cirúrgica.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2020.101486>

EP-409

#### PNEUMONIA EOSINOFÍLICA PELO USO DE DAPTOMICINA: RELATO DE CASO

Jocarla Soares Araújo, Luiz Fernando Cabral Passoni, Mariana Torres, Carolina Oliveira Venturotti, Manoel Rodrigues Lima Neto, Sarah Lanferini Frank, Luis Eduardo Fernandes, Halime Silva Barcaui, Rossana Coimbra Brito, Luiz Felipe Souza Moreira

Hospital Federal dos Servidores do Estado, Rio de Janeiro, RJ, Brasil

**Introdução:** Daptomicina é um antibiótico indicado para o tratamento de infecções graves causadas por bactérias gram positivas. Dentre seus efeitos colaterais está a pneumonia eosinofílica, que se desenvolve em 2 a 4 semanas após seu início, melhora com sua interrupção e início de corticoterapia e caracteriza-se por eosinofilia no sangue periférico e/ou alveolar. Os sintomas são causados pelo acúmulo e rompimento desses eosinófilos teciduais e variam de febre, tosse e dispneia até insuficiência respiratória grave potencialmente fatal. Achados radiológicos típicos incluem infiltrados alvéolo-intersticiais mal definidos, ocasionalmente associados a derrame pleural (DP). A descontinuação do fármaco constitui o melhor teste diagnóstico e habitualmente conduz à resolução clínica.

**Objetivo:** Relatar caso de paciente que desenvolveu pneumonia eosinofílica com uso de daptomicina.

**Metodologia:** Paciente do sexo feminino, 94 anos, hipertensa, internada com quadro de osteomielite e artrite séptica em ombro direito, cinco meses após vacinação na região deltoideia contra influenza. Desde a aplicação apresentou dor local e evoluiu com surgimento de hematoma. Ultrassonografia e ressonância nuclear magnética de ombro direito evidenciaram abscesso na região de deltoide e sinais de osteomielite. Iniciada antibioticoterapia empírica com daptomicina e realizada drenagem cirúrgica. O exame histopatológico confirmou osteomielite crônica. A paciente seguia com melhora clínica, mas no nono dia de antibioticoterapia desenvolveu tosse, dispneia súbita e ausculta pulmonar com crepitações difusas e sibilos. Radiografia de tórax evidenciou infiltrado pulmonar bilateral predominando em ápices e tomografia computadorizada de tórax mostrou DP moderado bilateral, atelectasias, fibroses difusas e consolidações em ápices, sugerindo bronquiolite obliterante com pneumonia em organização. Eosinofilia (19%; 2052/mm<sup>3</sup>) era a única alteração nos exames laboratoriais. Foi aventada hipótese de pneumonia eosinofílica por fármaco e trocou-se daptomicina por linezolida, pipe-