

nificativa melhora do quadro após uso de imunoglobulina, a hipótese de SGB tornou-se fortalecida.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2020.101501>

EP-424

NOCARDIOSE CUTÂNEA PRIMÁRIA POR NOCARDIA BRASILIENSIS EM PACIENTE IMUNOCOMPROMETIDO: IMPORTÂNCIA NO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DAS PIODERMITES



Alex Pereira Ramos, Mariana Moura da Silva, Thiago Barbosa Peixoto, Cesar Figueiredo Veiga, Ana Carolina Alonso dos Santos, Juliana Cassia Lopes dos Santos Pena, Leonardo Flavio Nunes dos Santos, Leonardo Paiva de Souza

Hospital Norte D'Or, Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Introdução: A nocardiose é uma infecção bacteriana que acomete principalmente pacientes imunossuprimidos. É causada por bactérias do gênero *Nocardia* spp., afetando principalmente os pulmões podendo também se instalar em outros órgãos. A maioria dos relatos de caso de infecção cutânea por *Nocardia brasiliensis* é do subtipo linfocutânea, sendo a espécie mais envolvida nesse tipo de infecção. A nocardiose cutânea geralmente é representada por uma infecção cutânea primária através da inoculação direta local. Pode-se assemelhar com piodermites causadas por germes comuns, gerando dificuldades diagnósticas. Devido seu caráter invasivo, o diagnóstico e tratamento assistido é imprescindível para correto manejo da doença e desfecho favorável.

Objetivo: Relato de caso de nocardiose cutânea primária em paciente imunossuprimido pelo uso de metotrexato para artrite reumatoide.

Metodologia: Mulher de 75 anos, portadora de artrite reumatoide, em uso de metotrexato e corticoide sistêmico, refere surgimento de pústula dolorosa em membro superior com disseminação posterior em membro inferior. Foi admitida em unidade hospitalar com administração de antibioticoterapia empírica com ceftarolina e suspensão dos imunossupressores. Houve piora das lesões ao longo do tratamento com necessidade de drenagem cirúrgica e envio de material para cultura microbiológica, com crescimento de *Nocardia brasiliensis*, sendo então iniciado sulfametoxazol-trimetoprima. Exames de imagem de rastreamento não evidenciaram comprometimento extracutâneo. Paciente evoluiu com melhora das lesões cutâneas e posterior acompanhamento ambulatorial.

Discussão/Conclusão: *Nocardia brasiliensis* é a espécie do gênero mais implicada nas infecções cutâneas. Devido à grande variação das manifestações clínicas do quadro cutâneo, o diagnóstico pode ser desafiador com necessidade de exclusão de outras infecções causadas por outras bactérias, fungos e parasitas. O diagnóstico é realizado a partir da identificação do agente em cultura. O gênero apresenta resistência intrínseca a diversas classes de antibióticos, dificultando o tratamento antimicrobiano. A resposta ao tratamento pode ser variada. Devido ao caráter insidioso e tropismo pelo sistema nervoso central, o acompanhamento

ambulatorial é imprescindível, com atenção à sintomatologia neurológica. Ao contrário de outras piodermites, o tratamento é de longo prazo, mesmo após o desaparecimento das lesões, para o bom manejo clínico.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2020.101502>

EP-425

INFECÇÃO ESTREPTOCÓCICA COM ESPESSEAMENTO E PROLAPSO DE VALVA MITRAL: UM RELATO DE CASO



Fenísia G. Carvalho Saldanha, Júlia de Abreu Teixeira, Hugo Pessotti Aborghetti, Rafael Firme Ginelli, Tamires Rayane Paula Cruz Silva, Bruno Rocha Moreira, Mayko Nascimento Merscher, Bruno Oggioni Moura, Ricardo Tristão Sá

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

Introdução: Endocardite infecciosa é o processo inflamatório do endocárdio, sobretudo daquele localizado nas valvas cardíacas, causado por microrganismos. A vegetação, lesão característica, é composta por plaquetas, fibrina, microrganismos e células inflamatórias. Ela acomete mais comumente a valva mitral (40%) ou aórtica (34%), seguida pelo acometimento de ambas as valvas. Ruptura de folhetos, cordoalhas ou perfurações valvares, além de fístulas intracardíacas e insuficiência cardíaca são possíveis complicações. A endocardite é a segunda etiologia mais frequente de ruptura de cordoalha, sendo esta última a principal responsável pela regurgitação mitral pura em países desenvolvidos, representando a causa de 90% dos casos agudos.

Objetivo: Relatar caso de endocardite subaguda por *Streptococcus mutans* com ruptura de cordoalha da valva mitral, correlacionando achados e conduta clínica com dados da literatura.

Metodologia: Paciente masculino, 47 anos, casado, agricultor, procurou serviço de saúde com queixa de dor abdominal periumbilical, emagrecimento e febre diária há 5 meses, associada a hiporexia e astenia. Ao exame físico, apresentava-se com sopro sistodiastólico 4+/6+ em foco mitral, irradiando para focos tricúspede e aórtico, pescoço e axila esquerda. No ecocardiograma transesofágico, foi observado valva mitral com espessamento de ambas as cúspides e prolapso, com maior comprometimento da cúspide posterior. Notou-se também imagem altamente sugestiva de cordoalha rota. Em consequência, há uma flail mitral valve e grave insuficiência valvar.

O diagnóstico de endocardite subaguda foi dado após hemocultura positiva para *S. mutans* e seguiu-se por tratamento com ampicilina por 28 dias e gentamicina por 14 dias, suspensos após hemocultura negativa. No momento da alta, apresentou-se estável clinicamente e tem cirurgia cardíaca programada.

Discussão/Conclusão: O diagnóstico de endocardite infecciosa tem o prolapso da valva mitral como fator de risco e deve-se levar em consideração a integração de aspectos clíni-

cos, laboratoriais e ecocardiográficos. Muitas vezes, o paciente apresenta-se com anormalidades laboratoriais inespecíficas, incluindo anemia, leucocitose e PCR elevado. Comumente, encontram-se lesões causadas por *S. aureus* (30%), no entanto, um grande grupo de patógenos podem ser responsáveis por tal acometimento, como o apresentado nesse caso. A ruptura de cordoalha pode se apresentar tanto com curso clínico agudo, subagudo ou crônico. O prognóstico a longo prazo é melhor quando feito tratamento cirúrgico.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2020.101503>

EP-426

LEPTOSPIROSE EVOLUINDO COM SÍNDROME DE WEIL: RELATO DE CASO



Isabella Versiani M. Rocha, Livia Bissoli, Marcela Ercolini Carnio, Fernando Carvalho Nilsen, Isabela Caldana Scaramel, Gabriela Vale Comodo

Faculdade de Medicina de Jundiaí (FMJ), Jundiaí, SP, Brasil

Introdução: A leptospirose é doença negligenciada com manifestações variáveis, embora possa ser potencialmente letal. A doença pode comprometer diversos órgãos, sendo frequente o acometimento pulmonar, com incidência de 20 a 70% dos casos. A Síndrome de Weil caracterizada pela tríade de icterícia, insuficiência renal e hemorragias (principalmente pulmonar) é manifestação clássica da leptospirose grave. A adoção de antimicrobianos pode reduzir a liberação de microrganismos na urina, porém, na doença grave, cuidados de suporte com hemodiálise, suporte ventilatório e hemoderivados podem ser necessários.

Objetivo: Relatar caso de um paciente com leptospirose que evoluiu com hemorragia alveolar e Síndrome de Weil.

Metodologia: E.W.O., 28 anos, etilista, tabagista e drogadito iniciou quadro de febre, mialgia, dor e fraqueza muscular em membros de início há 48 horas. Na admissão, apresentava-se em regular estado geral, icterício e afebril, com PA 110 x 70 mmHg, FC 112 bpm, SatO₂ de 96%, sem demais alterações ao exame físico. Em exames laboratoriais, apresentava Hb 14,6; Ht 42,9; plaquetas 31 mil; leucócitos 6,64 mil com desvio à esquerda; ureia 155; creatinina 6,4; CK 5799 e hiperbilirrubinemia às custas de direta. Após 24 h, evoluiu com hemoptoicos e foi transferido para unidade de suporte intensivo sob hipótese de leptospirose, sendo iniciada hemodiálise, ventilação não invasiva, transfusão de plaquetas e antibioticoterapia com ceftriaxone. Em TC de tórax, apresentava alterações intersticiais micronodulares difusas e simétricas. Evoluiu com piora da icterícia e pico de bilirrubina de 14,9, com queda nos dias subsequentes. Sob melhora clínica, paciente recebe alta, confirmado o diagnóstico por IgM reagente para *Leptospira* sp.

Discussão/Conclusão: A Síndrome de Weil acontece em 5 a 10% dos casos de leptospirose e é condição potencialmente fatal. Na leptospirose, a hemorragia alveolar aparece precocemente, em geral na primeira semana da doença e evolui comumente para cura em poucos dias. Porém, formas graves caracterizam-se por rápida evolução para hemoptise maciça, seguida de insuficiência respiratória e morte por asfixia. A

instituição precoce da terapia voltada ao agente etiológico e o suporte provido foram de grande importância para sua recuperação.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2020.101504>

EP-427

FEBRE MACULOSA (FM) - RELATO DE CASO



Marli Sasaki, Durval Alex Gomes Costa, Natalia Reis Fraga, Beatriz Turato Mendonça, Luísa Caracik C. Andrade, Ana Flavia Forato Pereira, Amanda F.S. Takenaka, Leticia V.M. Costa, Marcella Gonzalvez Menis, Augusto Yamaguti

Hospital do Servidor Público Estadual, São Paulo, SP, Brasil

Introdução: A febre maculosa brasileira (FMB) é uma doença infecciosa febril aguda sistêmica de notificação compulsória, gravidade variável, transmitida por carrapatos, que pode cursar com formas leves até formas graves com alta taxa de letalidade. A forma mais prevalente no Brasil é a causada pela bactéria *Rickettsia rickettsii* transmitida pelo carrapato *Amblyomma cajennense* com o envolvimento de animais como cavalos, capivaras e gambás.

Objetivo: Relato de caso de paciente com diagnóstico de febre maculosa.

Metodologia: H. S., 65 anos, masculino, internado em 10/01/19 para investigação de quadro febril há 4 dias, cefaléia, mialgia, artralgia, exantema maculo papular eritematoso difuso. Negava tosse, dispnéia, dor abdominal, queixas urinárias, dor torácica, diarreia. Procurou atendimento médico com hipótese inicial de dengue, mas pesquisa de NS1 negativo e demais exames sem alterações significativas. Teve alta com medicações sintomáticas e orientação de retorno se persistência dos sintomas. Em 09/01/19 retorna sem melhora dos sintomas, sendo internado para elucidação diagnóstica. Relata viagem a Teresópolis- RJ há 7 dias e idas semanais a Atibaia. Apresentava CPK=500, TGP=54 Leu=6640 77,% NT Plaquetas=174000, creatinina=0.90, pesquisa de gota espessa negativa, CPK=548, TGO/P=73/62, PCR=11,4; BT=0,48, FA=121 GGT=356, hemoculturas negativas. Ao exame físico bom estado geral, hidratado, corado, febril, eupnéico, anictérico, Glasgow 15, sem sinais meníngeos, hiperemia conjuntival, com ausculta cardiovascular e pulmonar normais, FC=106 bpm, fr=18 irpm, saturação O₂=94% em ar ambiente. Abdome: globoso, hepatomegalia discreta sem alterações de extremidades. Feita hipótese diagnóstica inicial de leptospirose e introduzida ceftriaxona empírica sem melhora, sendo substituída posteriormente por doxiciclina em 15/01/19 devido hipótese diagnóstica diferencial de febre maculosa, evoluindo com melhora/resolução dos sintomas e alta hospitalar em 18/01/19. Resultado de sorologia para FM positiva 1/256 em 02/19. Sorologias para HIV, dengue, chikungunya, febre amarela, leptospirose, paracoccidiodomicose, histoplasmose, hantavirus negativas. Evoluiu bem, assintomático.

Discussão/Conclusão: Mesmo com as metodologias disponíveis para o diagnóstico de FMB, ainda não é possível