

EP-442

**LOMBALGIA E FEBRE EM HOMEM IDOSO:
APENAS MAIS UMA PIELONEFRITE NO
PRONTO-SOCORRO?**


Luisa Caracik C. Andrade, Beatriz Turato Mendonça, Gabrielle Picanco Rilhas, Natalia Reis Fraga, Durval Alex Gomes e Costa, Thaís Guimarães, Augusto Yamaguti, João Silva de Mendonça, Alexandre Inácio C.D. Paula, Marli Sasaki

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

Introdução: Aneurismas micóticos são afecções raras e de elevada morbimortalidade. A infecção das paredes vasculares provoca intensa inflamação, o que aumenta o risco de ruptura dos aneurismas em comparação aos de etiologia aterosclerótica.

Objetivo: Incluir o aneurisma micótico dentre os diagnósticos diferenciais de lombalgia.

Metodologia: Apresentamos o paciente do sexo masculino, 76 anos, tabagista 60 anos-maço e portador de HAS e fibrilação atrial, com queixa de dor na região lombar associada a febre há 4 dias, sem alterações dos sinais vitais e do exame físico, com melhora dos sintomas com uso de ciprofloxacino por 10 dias. Após 5 dias do término da antibioticoterapia, em regime ambulatorial, o paciente apresentou recorrência dos sintomas, sendo internado, com resultado das hemoculturas positivo para *Salmonella typhi*, em 3 amostras, sensível a sulfametoxazol-trimetoprim, ciprofloxacino e ceftriaxona. Na investigação, foi realizada tomografia computadorizada de abdôme, que evidenciou aneurisma fusiforme na aorta abdominal na altura das artérias renais. O tratamento de aneurismas micóticos envolve abordagem cirúrgica associado à antibioticoterapia, no entanto o paciente recusou a cirurgia devido ao risco de morte elevado durante o procedimento.

Discussão/Conclusão: No acompanhamento ambulatorial, o paciente apresentou dilatação do aneurisma, de até 9,3 cm em seu maior diâmetro e rotura, que foi tamponada pelo abscesso de psoas que se formou nas adjacências, mesmo em uso de ceftriaxona (4 g/dia) parenteral ambulatorial.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2020.101520>

EP-443

**COINFEÇÃO NEUROSSÍFILIS E
NEUROCRIPCOCOSE EM PACIENTE
PORTADOR DO VÍRUS DA
IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA: RELATO DE
CASO**


Isadora Abraão Souza, Matheus Cordeiro Marchiotti, João Nobre Cabral, Andre Pelosi Alves, Laís Tiveron Gonçalves, Paulo Eduardo Mesquita

Hospital Regional de Presidente Prudente, Presidente Prudente, SP, Brasil

Introdução: Aproximadamente 40-60% dos pacientes com diagnóstico de Vírus da Imunodeficiência Adquirida (HIV) terá algum acometimento no sistema nervoso central podendo ser Neurocriptococose, Neurosífilis ou outras patologias, sendo estas as mais comuns, com apresentação clínica semelhante entre si. A Criptococose é uma micose causada pelo *Cryptococcus neoformans*, sendo esta espécie responsável por atingir pacientes imunossuprimidos. A Neurocriptococose incide sobre 5% dos pacientes HIV positivos e cursa com febre, sinais neurológicos, papiledema e seu diagnóstico é feito pelo exame micológico direto com preparação da tinta nanquim, antígeno criptocócico líquórico e a cultura. O tratamento é feito com Anfotericina B, Fluconazol e Fluocitosina. Já a sífilis é uma doença infecciosa causada pelo *Treponema pallidum* de transmissão predominantemente sexual. A neurosífilis (NS) pode ser sintomática com forma parenquimatosa ou meningovasculares e as apresentações clínicas variam com o local acometido. A presença de teste não treponêmico no soro e líquido definem o diagnóstico. O tratamento se faz com Penicilina Cristalina.

Objetivo: Relatar um caso de coinfeção de Neurosífilis e Neurocriptococose em um paciente portador do vírus HIV

Metodologia: Paciente, portador de HIV em abandono de tratamento há 4 meses, deu entrada com quadro de cefaleia de forte intensidade e náuseas há 8 dias, associado a febre esporádica. Na admissão possuía rigidez de nuca sem fotofobia e uma carga viral de 667 com CD4 de 28 e VDRL 1/1024, no soro. Feito Ressonância de Crânio com lacuna isquêmica recente capsulonuclear na cabeça do núcleo caudado à direita sem desvio de linha média e punção líquórica com padrão de meningite linfomononuclear e VDRL de 1/2, no líquido, tinta nanquim positiva e antígeno látex para criptococo 1:1024. Iniciado tratamento conjunto por 14 dias de Anfotericina B, Desoxicolato, Fluconazol e Penicilina Cristalina, mantido na alta Fluconazol para dose de consolidação, retorno da terapia Antirretroviral e encaminhamento para Ambulatório de Infetologia para seguimento do paciente.

Discussão/Conclusão: As neuroinfecções são frequentes nos pacientes portadores de HIV e possuem apresentações clínicas semelhantes. A dominância nas formas de diagnóstico bem como a instituição da terapêutica precoce, tem reduzido a mortalidade nas infecções oportunistas e tem propiciado uma melhor qualidade de assistência a saúde aos pacientes.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2020.101521>

EP-444

**ESPONDILODISCITE EM PACIENTE
DIABÉTICO**


Anderson José de Oliveira, Lorrán de Alcântara Coelho, Lucy Cavalcanti Ramos Vasconcelos

Universidade Federal do Acre (UFAC), Rio Branco, AC, Brasil

Introdução: A espondilodiscite é uma doença causada por bactérias que acometem vértebras e instalam um processo infeccioso sobretudo na região lombar da coluna vertebral. Trata-se de um quadro de osteomielite cujo agente causador