

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

mais comum são micobactérias e bactérias piogênicas com destaque para o *Staphylococcus aureus* responsável por 80 a 90% dos casos. A doença possui baixa incidência correspondendo a cerca de 3 a 5% de todos os casos de osteomielite, tem percurso insidioso e é de difícil diagnóstico, pois pode ser confundida com quadros de lombalgia os quais são recorrentes na população.

Objetivo: Relatar quadro clínico, epidemiologia e tratamento de um tipo de osteomielite.

Metodologia: P.R.A, 53 anos, aposentado, hipertenso, portador de diabetes melitus tipo I diagnosticado há dezessete anos, com amputação dos MMII relata dor em vértebras torácica e lombar. Internado no setor de infectologia do Hospital das Clínicas de Rio Branco (FUNDHACRE) apresenta quadro típico de espondilodiscite. Foi feita punção lombar e análise do LCR com resultado positivo para *Staphylococcus aureus*. Submetido a antibioticoterapia com vancomicina e cefepima apresentou tímida melhora do quadro.

Discussão/Conclusão: A espondilodiscite ocorre em cerca de 0,5 a 2,5 casos por cada 100.000 habitantes/ano³ sendo os homens com idades abaixo de 20 anos e entre 50 e 70 anos os mais incidentes. Dentre os fatores de risco mais comuns deste tipo de infecção óssea, a Diabetes Melitus é o fator mais comum no desenvolvimento da espondilodiscite piogênica. O paciente possui diabetes há mais de dezessete anos e, por não controlar corretamente os níveis de glicemia, desenvolveu quadros de pé diabético e isquemia de membros sendo necessária a amputação transfemural de ambos os membros. Seis meses após o procedimento cirúrgico o paciente passou a desenvolver quadro de fortes dores na região das vértebras apresentando melhora tímida e temporária quando era medicado com anti-inflamatórios, mas que logo cessava seu efeito. A disseminação do *Staphylococcus aureus* na espondilodiscite pode ter três vias: por contiguidade, por inoculação direta e via hematogênica sendo esta a forma de disseminação da bactéria no organismo do paciente em questão gerando o foco infeccioso em nível de T9 e T11 das vértebras constituindo cerca de 30% dos casos de espondilodiscite.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2020.101522>

EP-445

NEUROINFEÇÃO EM PACIENTE IMUNOCOMPROMETIDO: UM RELATO DE CASO

Andrés Mello López, Barbara Almeida L. Castro, Felipe Arthur Faustino Medeiros, Fernando Molina Lino, Camila Loredana P.A.M. Bezerra, Vitor Falcão Oliveira, Isabela C. Leme V. Cruz, Noemia Barbosa Carvalho, Olavo Henrique Munhoz Leite, Ronaldo Cesar Borges Grysckek

Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), São Paulo, SP, Brasil

Introdução: A neurotoxoplasmose mostra-se como importante causa de infecção oportunista causadora de lesões intracerebrais em pacientes imunossuprimidos, especial-

mente portadores de HIV com doença avançada. O diagnóstico presuntivo é realizado em muitos casos que apresentam clínica e imagem compatível, sendo a hipótese reforçada pela detecção de PCR para *Toxoplasma gondii* no líquido. Em casos selecionados, a biópsia cerebral pode ser indicada para um diagnóstico definitivo.

Objetivo: Relatar um caso de paciente imunocomprometida com quadro de neuroinfecção e as dificuldades diagnósticas encontradas.

Metodologia: Paciente de 25 anos, sexo feminino, diagnosticada com glomeruloesclerose segmentar e focal forma colapsante em biópsia renal, em tratamento com micofenolato e prednisona, busca atendimento no pronto socorro com quadro de crises convulsivas parciais, além de alteração comportamental com 1 mês de evolução. Em investigação realizada, foram visualizadas em ressonância magnética múltiplas lesões intra-axiais principalmente de localização frontal e temporal, com efeito expansivo decorrente. No exame de líquido, observado leve proteinorraquia e PCR positivo para *Toxoplasma gondii*, levando então à introdução inicial de sulfametoxazol-trimetoprim, com hipótese de neurotoxoplasmose, sendo completado seis semanas de tratamento. Evoluiu com manutenção de crises convulsivas de difícil controle, parciais e tônico clônica generalizadas, com manutenção de lesões em tomografia de crânio, sendo então realizada biópsia cerebral de lesão frontal, encontrado processo inflamatório crônico granulomatoso com necrose caseosa, com imunohistoquímica positiva para BCG e negativa para *Toxoplasma*. Iniciado RIPE, porém, devido à toxicidade, o esquema alternativo foi introduzido, a paciente evoluindo então com melhora de imagem e melhora clínica, com controle de convulsões.

Discussão/Conclusão: Entre o grupo de pacientes HIV positivos, a neurotoxoplasmose mostra-se como a principal infecção oportunista a causar lesões intracerebrais; já no grupo de pacientes em uso de terapia imunossupressora, as doenças fúngicas ganham importância. Por tratar-se de um método invasivo, a biópsia cerebral não é rotineiramente realizada, sendo a terapia empírica frequentemente iniciada dentro de um contexto de alta probabilidade clínica e radiológica. Nesses casos, em pacientes com evolução desfavorável, o diagnóstico deve ser questionado e conseqüentemente prosseguir com biópsia, como no caso relatado, que revelou tratar-se de neurotuberculose.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2020.101523>

EP-446

CITOMEGALOVIRESE SISTÊMICA GRAVE EM IMUNOCOMPETENTE: RELATO DE CASO

Jaime Emanuel Brito Araujo, Maria Aparecida de Souza Guedes, Jack Charley da Silva Acioly, João Paulo Ribeiro Machado, Maria das Neves Porto de Andrade, Renata Salvador G. de Brito, Júlia Regina C. Pires Leite

Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC), Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), Campina Grande, PB, Brasil

