

tratamento é feito com antivirais como aciclovir, valaciclovir ou fanciclovir, em doses usuais, por 1 a 2 semanas. Em vários casos é necessário tratamento mais prolongado, até cicatrização completa da lesão, seguido ou não de esquema profilático. Destacamos a importância de reconhecer formas atípicas de herpes simples no imunocomprometido.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2021.101908>

EP 173

IMUNODEFICIÊNCIA PRIMÁRIA DIAGNOSTICADA NO ADULTO JOVEM: RELATO DE CASO

Maria Eduarda de Oliveira Fernandes ^a,
Kilma Vieira Pinto Souza ^b,
Larissa Negromonte Azevedo ^a

^a Centro Universitário de João Pessoa (UNIPÊ), João
Pessoa, PB, Brasil

^b Complexo Hospitalar Clementino Fraga, João
Pessoa, PB, Brasil

Introdução: A Síndrome Hiperimunoglobulina E é uma imunodeficiência primária rara associada a níveis elevados de IgE sérica, infecções cutâneas e pulmonares recorrentes, frequentemente graves, pele eczematosa e resposta inflamatória reduzida.

Descrição do caso: Paciente do sexo feminino, 28 anos, buscou atendimento de urgência por apresentar lesões em membros inferiores há 3 meses. Inicialmente apresentou nódulos, e 3 dias antes de ir à urgência evoluiu com febre e astenia, quando foi iniciada cefalexina, sem melhora. Ao exame físico, existiam lesões cutâneas com conteúdo purulento e crostas nos membros inferiores, e lesões hipocrômicas com ausência de sensibilidade nos membros superiores, além de máculas eritematosas e nódulos em região plantar. Em face existiam nódulos endurecidos com aspecto purulento em asa do nariz e lóbulo auricular. Sorologias para HIV, sífilis, hepatite B e C foram negativas. A paciente foi internada para tratamento de infecção cutânea com antimicrobianos. Devido às lesões cutâneas, foi diagnosticada com Hanseníase por meio de baciloscopia. Durante internação, evoluiu com pancitopenia, sendo realizada investigação para leishmaniose visceral e descartada hipótese. A paciente evoluiu afebril inicialmente, apresentando episódio de agitação psicomotora e discurso desorganizado, com tomografia de crânio sem achados. Uma semana após a internação, foram identificadas lesões de candidíase orofaríngea em língua. Devido aos sinais clínicos de imunodepressão, foram solicitadas carga viral para HIV, sendo indetectável, e contagem de linfócitos TCD4 e TCD8, 134 células/ μ L, 90 células/ μ L, respectivamente. Solicitada dosagem de imunoglobulinas. Paciente evoluiu com quadro respiratório, taquicardia e dispneia, sendo iniciados Meropenem, Teicoplanina e Anfotericina B. Realizados a radiografia de tórax, que evidenciou infiltrado bilateral perihilar, e o PCR SARS COV 2 negativo. Evoluiu com Insuficiência Respiratória Aguda, sendo necessária a ventilação mecânica. A dosagem de imunoglobulinas solicitada apresentou os seguintes

resultados: IgE 2270 (VR: 1,3-165), IgG, IgM e IgA com valores dentro da normalidade. Paciente evoluiu à óbito antes da administração de Imunoglobulina.

Conclusão: Ao avaliar o quadro clínico apresentado pela paciente, valor de IgE e redução de LTCD4 e LTCD8 foi diagnosticada a Imunodeficiência Primária do tipo Síndrome Hiper-IgE. O diagnóstico tardio de imunodeficiência primária aumenta a mortalidade por infecções.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2021.101909>

EP 174

SÍNDROME DE SWEET EM PACIENTE COM LUPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO E HEMORRAGIA ALVEOLAR DIFUSA EM HOSPITAL REFERÊNCIA DE DOENÇAS INFECCIOSAS: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL COM ARBOVIROSES

Gustavo Bragança e Silva ^a,
Bráulio Brandão Rodrigues ^b,
Eduardo Bernardo Chaves Neto ^c,
Alanna Oliveira Borges ^d,
Luiz Alves da Silva Neto ^a,
Lísia Gomes Martins de Moura Tomich ^a

^a Universidade Federal de Goiás (UFG), Goiânia, GO,
Brasil

^b Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS),
Brasília, DF, Brasil

^c Universidade Federal do Tocantins (UFT), Palmas,
TO, Brasil

^d Universidade Evangélica de Goiás
(UniEVANGÉLICA), Anápolis, GO, Brasil

A hemorragia alveolar difusa (HAD) é considerada uma rara complicação catastrófica do lúpus eritematoso sistêmico (LES), enquanto que a Síndrome de Sweet (SS) é dermatose neutrofílica aguda, podendo estar associada ao LES. Relato do caso: Mulher, parda, 17 anos, proveniente de Cezarina-Goiás, foi admitida em hospital de referência em doenças infecto-contagiosas por suspeita de dengue grave. Entretanto, relatava gengivorragia e epistaxe há 3 meses, sem febre, cefaleia, mialgia, diarreia ou vômitos. Havia perda de 10kg no último ano, galactorréia bilateral, artralgia generalizada, disúria, polaciúria. Estava hipocorada, desidratada, afebril, FC 85bpm, FR 16irpm, PA 110 x 70 mmHg, possuía hepatoesplenomegalia, 2 úlceras planas rasas indolores na região interna do lábio inferior. Testes rápidos para dengue, HIV, sífilis, leishmaniose e hepatites B e C estavam negativos, mielograma sem alterações. Exames laboratoriais evidenciaram: Hb 9,4 g%; VCM 91 μ m³; HCM 28ug; Ht 30%; leucócitos 3.530 mil/mm³ (bastões 212 mil/mm³; segmentados 2.789 mil/mm³; linfócitos 318 mil/mm³); plaquetas 58.000/mm³; INR 1,6; DHL 429U/L; CPK 48 U/L; creatinina 1,2 mg/dL; uréia 28 mg/dL; PCR 128 mg/L; AST 298 U/L; ALT 586 U/L. EAS: piócitos 304.000/mL, hemácias 32.000/mL com Escherichia coli (>100.000UFC/mL) resistente a ampicilina e sulfametoxazol + trimetoprim. A úlcera oral foi biopsiada e identificou infiltrado neutrofílico em derme,