

ambulatorial em janeiro/2020 com regressão completa das lesões.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2021.101919>

EP 184

GRAVE CASO DE PARACOCCIDIOIDOMICOSE DISSEMINADA, COM ACOMETIMENTO CEREBRAL, TRATADO COM SUCESSO COM ABORDAGEM CIRÚRGICA E FARMACOLÓGICA

Jéssica Thaiane Silva Dias,
Pietra Sandim Nascimento, Paulo Feijó Barroso,
Márcia Halpern, Alberto dos Santos de Lemos,
Isabel Cristina Melo Mendes,
Cláudia Adelino Espanha

Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ, Brasil

A paracoccidiodomicose (PCM) é endêmica em nosso país. Apresentamos um caso clínico de PCM disseminada. Homem de 38 anos, natural de Rio Bonito (RJ), com relato de perda de 12kg em um mês, tosse seca e febre vespertina com dois meses de evolução. Procurou unidade de pronto atendimento e radiografia de tórax apresentava “aspecto sugestivo de tuberculose pulmonar”. Tratamento padrão para tuberculose foi iniciado apesar de 2 baciloscopias de escarro terem sido negativas. Apresentou melhora parcial do quadro, porém, após um mês, surgiram cefaleia, vômitos, confusão mental, amnésia e marcha instável. Devido à piora progressiva, foi transferido para nossa unidade. Na admissão, RM de crânio com volumosa lesão fronto-parieto-temporal à esquerda, desvio de linha média e edema adjacente. TC de tórax com múltiplas opacidades em vidro fosco com sinal do halo invertido nos lobos superiores e médio, consolidações com escavações centrais no lobo inferior e superior esquerdo. Punção lombar apresentava pressão de abertura de 13cm de H₂O, líquido xantocrômico, proteína 59 mg/dL, glicose 64 mg/dL, leucócitos 11/mm³ com 87% de linfócitos. Exames diretos e culturas para germes comuns, micobactérias e fungos foram negativos, assim como teste rápido molecular para MTB, VDRL e pesquisa de antígeno criptocócico. Sorologia para HIV não reagente. Após 5 dias, foi avaliado pela infectologia, que levantou a hipótese de PCM após encontrar lesão exsudativa periamigdaliana. Esfregaço dessa lesão com micológico direto evidenciou *Paracoccidioides* sp. Iniciada terapia com anfotericina B complexo lipídico associada a cotrimoxazol. Realizada drenagem de abscesso cerebral, com cultura com crescimento de *Paracoccidioides* sp. Apesar da estabilidade clínica, TC de crânio após três semanas de tratamento mostrava aumento da lesão. Foi associado fluconazol ao esquema, e a anfotericina B suspensa após 40 dias. Em nova abordagem para drenagem e ressecção de cápsula de abscesso cerebral, micológico direto com *Paracoccidioides* sp. Após abordagem, evoluiu com melhora clínica e não apresentou déficits neurológicos. O fluconazol foi suspenso no momento da alta e o cotrimoxazol mantido. Recebeu alta após três meses, em uso de cotrimoxazol, para

acompanhamento ambulatorial. Este paciente possuía lesão faríngea e em SNC, sugestivas de PCM, mas que só foram valorizadas após avaliação da infectologia. A abordagem cirúrgica, associada a terapia antifúngica, foi fundamental para a evolução favorável do caso.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2021.101920>

EP 185

HISTOPLASMOSE PULMONAR AGUDA MIMETIZANDO DOENÇA REUMATOLÓGICA: RELATO DE CASO DE DOENÇA COM APRESENTAÇÃO MAJORITARIAMENTE EXTRAPULMONAR

Anita Maria Pereira Ramos ^a,
Alice Maria Pereira Ramos ^b,
Guilherme Carlos Bacelar de Oliveira ^c,
Alex Pereira Ramos ^d

^a *Centro Universitário UniFTC, Salvador, BA, Brasil*

^b *União Metropolitana de Educação e Cultura (UNIME), Lauro de Freitas, BA, Brasil*

^c *Faculdade Pitágoras de Medicina, Eunápolis, BA, Brasil*

^d *Hospital Norte D'Or, Rio de Janeiro, RJ, Brasil*

A histoplasmoze é uma micose endêmica em regiões de clima tropical, frequentemente assintomática. Apesar de os sintomas serem mais típicos em indivíduos imunodeficientes, fatores como quantidade de esporo inalado e intensidade de exposição têm papel importante na manifestação clínica. A presença de pneumonia com linfadenopatia hilar é um achado característico porém pouco específico. Precordialgia, eritema nodoso e artralgia podem estar presentes e acabam mimetizando doenças como vasculites. O objetivo deste trabalho é relatar caso de histoplasmoze pulmonar aguda com predomínio de sintomas extrapulmonares. Paciente masculino de 42 anos procura atendimento em emergência após quadro de tosse seca e febre noturna por 7 dias. Em radiografia de torax, visualizado infiltrado perihilar à direita, realizando antibiótico por 7 dias com melhora clínica. Evoluiu com surgimento de artralgia em tornozelos, eritema nodoso em perna direita, cefaleia e dor retroesternal. Após um mês de avaliações em emergência, realizou exames de pesquisa de doenças reumatológicas, que vêm negativo. Dá início novo quadro febril, perda ponderal e mialgia difusa, sendo internado para investigação etiológica. Tomografia de tórax evidenciou nódulo sólido pulmonar em ápice de lobo inferior direito e linfonodomegalia hilar ipsilateral. Hemograma evidenciou monocitose. Solicitada sorologia para blastomicose, paracoccidiodomicose e histoplasmoze. Sorologia para HIV negativa. Evoluiu com piora da dor e febre, sendo solicitada avaliação da cirurgia torácica, que realiza segmentectomia pulmonar e linfadenectomia. Biópsia de nódulo evidencia processo granulomatoso com necrose, com estruturas fúngicas. Sorologia para histoplasmoze vem com banda M positivo e banda H não detectado. Paciente inicia itraconazol, apresentando início melhora clínica após 3 dias. A patogênese