

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 H<sub>2</sub>O, líquido xantocrômico, proteína 59 mg/dL, glicose 64 mg/dL, leucócitos 11/mm<sup>3</sup> 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 <sup>a</sup>,  
Alice Maria Pereira Ramos <sup>b</sup>,  
Guilherme Carlos Bacelar de Oliveira <sup>c</sup>,  
Alex Pereira Ramos <sup>d</sup>

<sup>a</sup> Centro Universitário UniFTC, Salvador, BA, Brasil

<sup>b</sup> União Metropolitana de Educação e Cultura (UNIME), Lauro de Freitas, BA, Brasil

<sup>c</sup> Faculdade Pitágoras de Medicina, Eunápolis, BA, Brasil

<sup>d</sup> 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

da histoplasmose pode justificar a heterogeneidade de sintomas. Embora o envolvimento pulmonar cause tosse e dor torácica, entende-se que a resposta inflamatória intrínseca à infecção seja responsável pela liberação de mediadores inflamatórios que resultam em vários sintomas extrapulmonares que mimetizam doença reumatológica. Em pacientes imuno-competentes, a infecção pode ser autolimitada; entretanto, em casos de pacientes muito sintomáticos, início de antifúngicos como o itraconazol pode ser necessário. Entender o amplo espectro de sintomas da doença pode maximizar a incidência de diagnósticos corretos, evitando abordagens invasivas.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2021.101921>

EP 186

#### INFECÇÃO DE PELE E TECIDOS MOLES POR FUSARIUM APÓS USO DE PAU-DE-ANDRADE (PERSEA WILLDENOVII KOSTERM) EM PÉ DIABÉTICO: UM RELATO DE CASO

Nubia Leilane Barth Schierling<sup>a</sup>,  
Allan Henrique Cordeiro da Silva Silva<sup>a</sup>,  
Carolina Monteiro Campos<sup>a</sup>,  
Maicon Ramos Pinto<sup>a</sup>,  
Alexandre Luders Figueiredo<sup>b</sup>,  
Mariana Cararo Hauki<sup>b</sup>,  
Fernanda Pereira Pedrosa<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Hospital Nossa Senhora das Graças, Curitiba, PR, Brasil

<sup>b</sup> Hospital de Clínicas, Universidade Federal do Paraná (UFPR), Curitiba, PR, Brasil

**Introdução:** As infecções da pele e tecidos moles são comuns em ambiente pré-hospitalar, porém podem causar quadros graves com necessidade de hospitalização. A infecção pode ser confinada às camadas superficiais da pele ou estender-se para camadas profundas, tecidos moles e à corrente sanguínea, com septicemia e focos metastáticos. Os principais agentes são os microorganismos que podem colonizar a pele, como cocos gram positivos e *Candida albicans*.

**Caso:** I.N., masculino, 66 anos, portador de diabetes mellitus tipo 2 há 20 anos, apresenta história de pé de Charcot e mal perfurante plantar há 5 anos, tendo recebido múltiplas abordagens prévias. Vem para consulta com queixa de dor intensa no pé direito há uma semana e piora da secreção. Há 5 dias vem apresentando febre acima de 38°C, inapetência e vômitos. Relata que há aproximadamente um ano utiliza preparo caseiro a base de casca de Pau-de-Andrade (*Persea willdenovii*) como terapia cicatrizante. Ao exame físico, observa-se lesão ulcerada em planta do pé direito, com cerca de 6cm de extensão, com necrose da região calcânea de 7cm, hipermia edema e calor local. Na ressonância magnética, não foram observados sinais de osteomielite. Optado por desbridamento e drenagem de coleção tibio-társica, e envio de material para cultura. Iniciado antibioticoterapia de amplo espectro com piperacilina/tazobactam associado a daptomicina. Após a cultura para germes comuns revelar infecção

polimicrobiana sensível à levofloxacino, optado por desescalar antibioticoterapia. Paciente seguiu em acompanhamento ambulatorial. Após quinze dias, a cultura para fungos tornou-se positiva para o gênero *Fusarium*. Iniciado voriconazol endovenoso via home care por 30 dias com melhora clínica importante.

**Comentários:** *Fusarium* spp. é um gênero que engloba diversas espécies de fungo, que podem infectar humanos. As principais espécies envolvidas na infecção humana são *F. solani* (40-60%), *F. oxysporum* (~20%) e *F. moniliforme* (10%), que variam desde infecções superficiais, como micoses de pele até infecções mais graves, como infecção invasiva de pele, encéfalo, pulmões, olhos e ossos. As infecções invasivas são mais comuns em indivíduos imunocomprometidos. O Pau-de-Andrade é uma planta da família Laureacea, usada pela medicina popular como um cicatrizante natural para ferimentos. Como é um derivado vegetal, pode carregar diversos patógenos, dentre eles os fungos, sendo uma importante fonte de infecção por inoculação em pacientes suscetíveis.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2021.101922>

EP 187

#### INFECÇÃO FÚNGICA EM PRÓTESE ORTOPÉDICA: UM RELATO DE CASO

Isabela Lazaroto Swarowsky<sup>a</sup>,  
Arthur Gomes Ribeiro<sup>a</sup>,  
Fernanda Wartchow Schuck<sup>a</sup>,  
Marcelo Carneiro<sup>a</sup>, Robert Wagner<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC), Santa Cruz do Sul, RS, Brasil

<sup>b</sup> Hospital Santa Cruz (HSC), Santa Cruz do Sul, RS, Brasil

**Introdução:** Nas últimas décadas, os resultados das artroplastias totais de joelho (ATJ) melhoraram significativamente, contudo, ainda estão sujeitas a complicações, sendo a infecção a mais complexa de ser solucionada. Por isso, o caso relatado a seguir objetiva salientar as manifestações clínicas e o manejo de uma infecção fúngica após artroplastia total do joelho (IATJ).

**Descrição do caso:** Paciente feminina, 83 anos, foi submetida a uma ATJ esquerda em outubro de 2013, com melhora gradual da dor e recuperação funcional. Um ano depois, apresentou dor súbita associada a derrame no joelho esquerdo, sendo realizada punção dessa articulação para cultura, a qual evidenciou a presença de *Candida albicans*. Diante desse quadro, o infectologista iniciou tratamento com micafungina. Sete dias após o início da terapia, ela estava sem dor, com secreção serossanguinolenta em pouca quantidade na ferida operatória (FO) e 2 dias depois encontrava-se limpa. Assim, a paciente seguiu com a terapia antifúngica via endovenosa em casa. Em dezembro de 2015, ela apresentou dor e derrame articular na prótese do joelho novamente, sendo realizado procedimento de revisão da prótese. Prescreveu-se antibiótico e a paciente permaneceu estável. No dia seguinte, iniciou-se Teicoplanina devido a um episódio de febre. Contudo, com o