

consciente, orientada, escala de coma de Glasgow 15, queixando-se de cefaleia, vômitos e astenia. Exames bioquímicos foram normais e a sorologia anti-HIV foi negativa. A pressão de abertura à punção lombar foi de 16 cmH₂O e a análise do líquido cefalorraquidiano foi normal. O teste de Antígeno para *Criptococo* foi negativo no líquido e no sangue. Instituído tratamento com Anfotericina B desoxicolato, seguido por Anfotericina B Complexo Lipídico, devido à nefrotoxicidade apresentada. Totalizou mais de 4 semanas de indução. A paciente completou as fases de consolidação e manutenção do tratamento com fluconazol via oral, com seguimento clínico e radiológico ambulatorial. Após 12 meses de fluconazol oral, recebeu alta com melhora dos sintomas e com diminuição da lesão expansiva. A osteomielite criptocócica craniana pós-traumática é um evento raro, que deve ser incluído na propedêutica diagnóstica desses quadros, de modo a garantir o diagnóstico oportuno e tratamento eficaz ao paciente.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2021.101929>

EP 194

OSTEOMIELITE VERTEBRAL E LESÃO DE MEDULA ESPINHAL POR ASPERGILOSE: RELATO DE CASO

Luis Enrique Bermejo Galan ^a,
Domingos Sávio Matos Dantas ^b,
Roberto Carlos Cruz Carbonell ^a,
Nayara Melo dos Santos ^b,
Marcilene da Silva Moura ^a,
Rosa Maria de Oliveira Galvão da Costa ^a,
Sued Soares Lima ^a,
Ianara Fernanda de Lima Mendes ^a,
Ana Cecília Marques de Luna ^a,
Aléxia Mahara Marques Araújo ^a

^a Universidade Federal de Roraima (UFRR), Boa Vista, RR, Brasil

^b Hospital Geral de Roraima (HGR), Boa Vista, RR, Brasil

Introdução: As infecções fúngicas são causa importante de morbidade e mortalidade em pacientes imunocomprometidos. A osteomielite vertebral por *Aspergillus* é extremamente rara, podendo causar um desordem debilitante e afetar também pacientes imunocompetentes. Os principais locais acometidos são vértebras, costelas e crânio. A apresentação da doença está relacionada ao grau de exposição ao agente. Os casos podem complicar com sintomas de compressão medular e abscessos epidurais, sendo necessários procedimentos cirúrgicos além da terapia antifúngica.

Descrição do caso: Paciente feminino, 36 anos, portadora de diabetes mellitus tipo 2 e obesidade, que iniciou sintomas de hipoestesia e paraparesia progressiva, além de dorsalgia com evolução de aproximadamente uma semana. Ao exame neurológico apresentava diminuição da força muscular em membros inferiores, teste de Mingazzini positivo e hipoestesia em membros inferiores (nível sensitivo em T11); sem alterações ao exame do tórax (aparelhos respiratório/

cardiovascular) e abdômen. Foi destratada infecção pelo HIV, tuberculose ativa e hepatites virais. A RNM das colunas torácica e lombar evidenciaram edema no platô inferior de T12, infiltração óssea com impregnação heterogênea das vértebras T8 a T12, com extensão extra-óssea às partes moles, estenose com compressão medular de T8 a T12; tinha ainda lesão contrastante heterogênea no lobo inferior do pulmão esquerdo. Em análise conjunta com neurocirurgia e oncologia foi decidido realizar laminectomia T9-T11 e e biópsia da lesão, cujo histopatológico evidenciou hifas septadas sugestivas de *Aspergillus* sp. e tecido subconjuntivo com reação inflamatória crônica granulomatosa com focos de necrose e BAAR negativo. Recebeu inicialmente tratamento com anfotericina B desoxicolato e itraconazol e finalmente, 4 meses após o diagnóstico, tratou com voriconazol por 72 dias, sem apresentar melhora dos sintomas. A paciente precisou de nova abordagem cirúrgica para drenagem de abscesso. Comentário: O acometimento ósseo por *Aspergillus* é pouco frequente e as manifestações clínicas são inespecíficas, sendo necessário para o diagnóstico a consideração dos achados radiológicos e dos exames microbiológicos e/ou histopatológicos. A demora no início do tratamento específico para a doença pode levar a sérias complicações aumentando morbidade, mortalidade e até custos por internação prolongada.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2021.101930>

EP 195

OTITE NECROTIZANTE COM MASTOIDITE POR ASPERGILLUS EM PACIENTE PÓS-COVID 19: UM RELATO DE CASO

Carolina Monteiro Campos ^a,
Allan Henrique Cordeiro da Silva ^a,
Flavia Cunha Gomide Capraro ^a,
Flávia Vargas de Oliveira ^b,
Maicon Ramos Pinto ^a,
Núbia Leilane Barth Schierling ^a

^a Hospital Nossa Senhora das Graças, Curitiba, PR, Brasil

^b Hospital de Clínicas, Universidade Federal do Paraná (UFPR), Curitiba, PR, Brasil

A otite necrotizante é uma infecção rara e grave que acomete inicialmente pele e partes moles do conduto auditivo externo (CAE), podendo progressivamente envolver estruturas ósseas e estender-se até a base do crânio. É mais comum em pacientes idosos e diabéticos, mas pode se apresentar em imunodeprimidos. Em geral, a infecção acontece após traumatismos e/ou iatrogenias no CAE, sendo a bactéria *Pseudomonas aeruginosa* o principal agente causador. Porém, em situações ainda mais raras, outros patógenos podem ser encontrados, como *Aspergillus* sp, *Klebsiella* sp e *Candida* sp. A clínica manifesta-se principalmente com otalgia lancinante refratária a analgesia, podendo estar acompanhada de otorrêia fétida e purulenta, hipoacusia e sintomas neurológicos. Paciente masculino, 75 anos, com história pregressa de Doença Arterial Coronariana e Diabetes Mellitus tipo II. Em