

outubro de 2020, internou em UTI por 12 dias pela COVID-19 e, na sequência após a alta, iniciou quadro de otalgia inespecífica à direita, que o levou à procura da otorrinolaringologia. Nessa consulta, realizou procedimento de limpeza do conduto auditivo e não foi relatado sinais de otite, sendo liberado com medicamentos sintomáticos. Com a persistência da dor, houve nova consulta com a otorrino, na qual foi solicitada Ressonância Magnética, com posterior diagnóstico de otite necrotizante com mastoidite. Foi submetido, então, a cirurgia de drenagem da mastoide e realizado coleta de amostras do CAE e do osso da mastoide. Nas culturas, foi constatado o crescimento do fungo *Aspergillus* sp. Encaminhado para tratamento com a infectologia, que optou por voriconazol 200 mg, 2 vezes ao dia, por 40 dias. Houve melhora completa da otalgia a partir do 19º dia de medicação. Relatou vertigem como efeito colateral ao remédio, com resolução após finalização do tratamento. Avaliações sequenciais foram feitas sem intercorrências. O caso retrata um perfil típico de paciente de otite necrotizante: idoso e diabético, com clínica compatível. Contudo, o que chama atenção é o patógeno causador, um fungo que, em literatura, representa uma mínima porcentagem dos casos e está mais presente em imunocomprometidos. A associação com o quadro prévio de infecção pela COVID-19 pode sugerir uma situação de imunodeficiência temporária que junto às comorbidades propiciou a infecção oportunista. O manejo e o tratamento adequados são fundamentais para redução da morbimortalidade desse tipo de caso.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2021.101931>

EP 196

PARACOCCIDIOIDOMICOSE COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE NEOPLASIA EM SNC

Taiguara Fraga Guimarães^a,
Adriana Oliveira Guilarde^a,
Cassia Silva de Miranda Godoy^b,
Mateus Guilhardi Rosa e Silva^b,
Diego Gonçalves Camargo^a,
João Victor Soares Coriolano Coutinho^b,
Camila Xavier Cabral^b,
Valéria Borges Domingues Batista^a,
Pamella Wander Rosa^a,
Moara Alves Santa Bárbara Borges^a

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

^b Hospital Estadual de Doenças Tropicais Dr. Anuar Auad (HDT), Goiânia, GO, Brasil

A paracoccidiodomicose (PCM) possui elevada incidência na América Latina, com amplo espectro clínico e imagiológico. A forma crônica é a mais prevalente, com o clássico acometimento pulmonar. Há ainda formas menos convencionais, destacando-se o acometimento do Sistema Nervoso Central (SNC). O padrão ouro para o diagnóstico é a visualização do fungo e seu crescimento em cultura de espécimes clínicos.

Métodos sorológicos são complementares, com sensibilidade/especificidade variando de 80-95% e 85-100%, respectivamente, a depender dos antígenos utilizados. Homem, 60 anos, procedente do Tocantins, transportador de grãos, tabagista, queixava-se de vertigem há um ano, cefaleia há 5 meses, alteração progressiva da fala, da marcha e paresia em braço E. Tomografia computadorizada (TC) e Ressonância Magnética (RM) de crânio demonstravam lesões nodulares volumosas (maior 4 x 3,8 cm), heterogêneas e com edema adjacente em cerebelo D, lobos frontal D e parietal E, sugestivas de neoplasia. TC de tórax com múltiplos nódulos, espessamento e adenomegalias mediastinais. Submetido a biópsia cerebral em hospital oncológico, tendo diagnóstico de COVID-19 na internação. Transferido ao Hospital das Clínicas. Avaliação da infectologia descreveu raio X de tórax com padrão em asa de borboleta e lesão granulomatosa em palato. Raspado da lesão e aspirado traqueal demonstraram leveduras multibrotantes. Histopatológico (AP) da biópsia de SNC foi resgatado e descrevia estruturas leveduriformes, birrefringentes, com brotamentos em roda denteada, compatíveis com PCM. Imunodifusão dupla reagente e cultura positiva para *Paracoccidioides* spp. Recebeu Anfotericina B desoxicolato por 7 dias e complexo lipídico por mais 20 dias. Obteve alta com melhora da cognição, da fala e da marcha, ainda necessitando auxílio para atividades. Em acompanhamento ambulatorial, paciente sem déficits, comunicativo e sem novas queixas. RM de controle mantém lesões nodulares, com redução significativa do tamanho, do edema e da captação de contraste. Programado Sulfametoxazol Trimetoprima 3cp 12h/12h por 18-24 meses, pela melhor penetração em SNC. A forma neurológica da PCM é de difícil diagnóstico, muitas vezes confundida com neoplasias devido ao seu efeito de massa. A pesquisa direta, AP, cultura e sorologias são métodos diagnósticos disponíveis, que facilitam a definição etiológica. A busca por outros locais de comprometimento, como pulmonar, mucosas e linfonodos podem agilizar o diagnóstico e o tratamento da PCM.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2021.101932>

EP 197

PARACOCCIDIOIDOMICOSE VISCERAL: UM RELATO DE CASO

Lucas Soares de Arruda Barros,
Rubens Ramos dos Santos,
Paula Ranna Oliveira Bezerra,
Samira da Costa Carneiro,
Aline Mendes dos Santos,
Gabriel Marinheiro dos Santos Bezerra

Universidade Federal do Ceará (UFC), Fortaleza, CE, Brasil

Introdução: A Paracoccidiodomicose (PCM) é uma micose sistêmica com impacto direto na saúde pública. Estudos relatam que aproximadamente 75% dos adultos no Brasil já foram expostos ao *Paracoccidioides brasiliensis*. No entanto, apenas 2% desenvolverão a doença, porcentagem ainda menor para jovens.

Descrição do caso: GOS, 19 anos, sexo masculino, natural e residente de Sorocaba-SP. O Paciente é acometido por PCM Abdominal em tratamento contínuo com Itraconazol oral, diagnosticado inicialmente aos 15 anos, apresentando 3 recidivas no período de 2016 a 2019. O indivíduo não apresenta imunossupressão conhecida e relata não ter tido exposição ao ambiente característico de transmissão do fungo, como cafezais. Em abril de 2019, realizou-se uma tomografia abdominal total que identificou linfonodomegalia próximo ao hilo renal esquerdo, que comprimia a veia renal esquerda (VRE), diminuindo seu calibre, além disso, havia uma coleção hipodensa no músculo psoas esquerdo. No mês seguinte, o paciente procurou o pronto atendimento com queixa principal de dor abdominal, em decorrência disso, realizou-se uma ultrassonografia que evidenciou presença de linfonodomegalia periaórtica. Pela não resolução do quadro a longo prazo, procurou-se um urologista que requisitou uma ressonância magnética (RNM), na qual se observou, como único achado atípico, um provável abscesso no músculo psoas à esquerda, como suscitado anteriormente, sendo o paciente encaminhado a cirurgia. Dessa forma, seguiu-se a solicitação de uma RNM dois meses após o último exame de imagem, que serviu como base à realização da cirurgia. Notou-se, no exame, a permanência da redução do calibre da VRE, pequena quantidade de líquido livre na pelve e aumento considerável do tamanho dos linfonodos anteriores aos músculos psoas, previamente alterados. Na cirurgia, realizou-se a remoção e a biópsia dos linfonodos: retroperitoneais, peripancreáticos, da cadeia gástrica e do hilo hepático. Contudo, os linfonodos periaórticos não foram removidos, apenas deslocados. No diagnóstico histopatológico, os linfonodos mostravam linfadenite crônica granulomatosa com necrose e calcificação, compatível com PCM. O paciente seguiu estável, mas em tratamento medicamentoso com Itraconazol (200 mg ao dia).

Comentários: O presente relato indica uma PCM visceral em paciente jovem com história pregressa de PCM linfática, o qual possui características diferenciadas pela sua apresentação nesse perfil etário e ausência de imunossupressão.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2021.101933>

EP 198

RELATO DE CASO NEUROPARACOCIDIOIDOMICOSE

Maria Carolina Wensing Herdt,
Péricles Brasil Spartalís, Jaine Paulina Sartor,
Ramyla Pereira Fassbinder, Larissa Michels

Hospital Nossa Senhora da Conceição, Tubarão, SC,
Brasil

A paracoccidiodomicose é uma micose sistêmica, progressiva, não contagiosa e frequentemente crônica causada pelo fungo *Paracoccidioides brasiliensis*, que é um fungo termotolerante que causa uma doença inflamatória granulomatosa. É a micose sistêmica mais comum na América Latina, com maior incidência no Brasil. Este fungo afeta principalmente homens que trabalham na agricultura e em contato com o solo. A infecção ocorre pela inalação de conídios em

aerossol, na qual pode ser assintomática ou causar sintomas respiratórios leves. Entretanto, esta infecção primária pode ser autolimitada ou progredir para doença pulmonar grave ou disseminada. O sistema nervoso central não é um foco comum. Relatamos aqui um caso de um paciente com paracoccidiodomicose multifocal, reativação da doença e acometimento do SNC. Paciente masculino, 61 anos, ex-tabagista, sem comorbidades prévias, que internou devido quadro de cefaleia holocraniana de forte intensidade, déficit motor à esquerda e disartria, com 7 meses de evolução. O paciente trabalhava com construção civil e seu histórico médico era significativo para infecção laríngea causada por *paracoccidiodomicose sp.*, tratado e curado há 7 anos. A tomografia computadorizada de crânio e ressonância magnética demonstraram duas lesões expansivas afetando região núcleo-capular à direita, associado a edema e produzindo efeito de massa, que foi inicialmente diagnosticado como implantes metastáticos. Devido a hipótese inicial de lesão tumoral, o paciente foi submetido a tomografia computadorizada de tórax, na qual demonstrou lesões compatíveis com processo infeccioso granulomatoso. Foi realizado biópsia pulmonar e utilizado coloração de Grocott-Gomori (prata) que identificou presença de fungos com gemulações múltiplas de diferentes tamanhos, de modo a favorecer o acometimento de *paracoccidiodomicose sp.* O paciente recebeu tratamento parenteral com anfotericina B 1 mg/kg/dia por 18 dias e também de dexametasona, apresentando melhora clínica do déficit motor. Recebeu alta com sulfametoxazol-trimetoprima 800/160 mg de 8/8 horas, realizando acompanhamento ambulatorial com equipe de infectologia e neurocirurgia.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2021.101934>

EP 199

RELEVÂNCIA DA TROMBOCITOPENIA EM NEONATOS COMO INDICADOR SUGESTIVO DE CANDIDEMIA

Roberta Clark Gomes^a, Cicero Pinheiro Inácio^b,
Greicilene Maria Rodrigues Albuquerque^b,
Danielle Patrícia Cerqueira Macêdo^c,
Carolina Maria da Silva^d,
Rejane Pereira Neves^e,
Luciana Maria Delgado Romaguera^f

^a Hospital Agamenon Magalhães (HAM), Recife, PE,
Brasil

^b Programa de Pós-Graduação em Medicina
Tropical, Universidade Federal de Pernambuco
(UFPE), Recife, PE, Brasil

^c Departamento de Ciências Farmacêuticas,
Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Recife,
PE, Brasil

^d Universidade Federal de Pernambuco (UFPE),
Serra Talhada, PE, Brasil

^e Departamento de Micologia, Universidade Federal
de Pernambuco (UFPE), Recife, PE, Brasil

^f Hospital das Clínicas, Universidade Federal de
Pernambuco (UFPE), Recife, PE, Brasil