

anticorpos em amostras de soro, de pacientes residentes no Ceará, Nordeste do Brasil, entre 2011 e 2021.

Resultados: Inicialmente, foram identificados 21 pacientes. Quatro pacientes foram excluídos: dois pacientes tinham condições imunossupressoras, um paciente tinha sorologia discordante para HIV não investigada e um paciente não tinha registro médico disponível. Assim, 17 pacientes foram incluídos nesta série. O sexo masculino foi o mais acometido na razão de 13:4 (masculino:feminino). A forma pulmonar aguda foi a mais frequente (n=8), seguida da disseminada crônica (n=6), disseminada progressiva (n=2) e pulmonar crônica (n=1). Seis pacientes necessitaram de hospitalização devido a uma apresentação inicial mais grave, sendo tratados com anfotericina B e itraconazol. Dez pacientes receberam apenas itraconazol. As principais manifestações clínicas na forma pulmonar aguda foram tosse (4/8), dor torácica (3/8), dispneia (3/8), febre (3/8), disfagia (1/8) e hemoptise (1/8). Os principais achados da tomografia computadorizada (TC) de tórax foram linfonodos mediastinais (2/8), massa linfonodal no hilo pulmonar (1/8), nódulos pulmonares (4/8) e opacidades do lobo pulmonar superior (1/8). Os pacientes que apresentavam a forma disseminada progressiva da histoplasmose, apresentaram síndrome febril subaguda como sintoma primário. Na forma crônica disseminada as principais manifestações clínicas foram febre (3/6), emagrecimento (3/6), tosse (2/6), odinofagia (2/6) e artralgia (1/6). Todos os pacientes com esta forma clínica apresentavam exposição de risco para histoplasmose.

Conclusão: A exposição ambiental ao micro nicho do fungo deve ser lembrada nesta população para que a histoplasmose seja diagnosticada mais precocemente, pois apesar das formas pulmonares agudas serem autolimitadas, podem evoluir com desfecho desfavorável.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2022.102468>

EP-030

MENINGOENCEFALITE POR CITOMEGALOVIRUS EM PÓS-OPERATÓRIO DE CIRURGIA CARDÍACA

Graziella Hanna Pereira

Hospital Nipo-Brasileiro, São Paulo, SP, Brasil

Introdução: A infecção por citomegalovirus (CMV) em sistema nervoso central (SNC) ocorre comumente em pacientes com grave imunossupressão (AIDS, transplantes). A infecção em SNC por CMV pode levar a encefalite, ventriculoencefalite ou lesões em massa, mielite ou poliradiculoneurite. A apresentação grave em imunocompetente pode não ser tão rara, portanto devemos estar alertas para quadro clínico neurológico sem diagnóstico em pacientes internados em UTI.

Objetivo: Descrição de meningoencefalite por CMV em paciente em UTI.

Método: Descrevemos um paciente no pós-operatório cardíaco, com múltiplas comorbidades, internada por longo período em UTI, que evoluiu com meningoencefalite por CMV, com liquor predominantemente neutrofilico.

Resultados: Paciente 73 anos, sexo feminino, internada por 72 dias em UTI por pós operatório de cirurgia cardíaca. Submetida a revascularização do miocárdio e troca de valva mitral no início da internação. Evoluiu com quadros infecciosos sequenciais, sendo administrados antimicrobianos de amplo espectro: Infecção de corrente sanguínea relacionada a cateter por *S. epidermidis*, *C. albicans* e *Clostridium difficile* e Insuficiência renal dialítica. Após 50 dias de internação evoluiu com rebaixamento do nível de consciência e anisocoria, sendo submetida a intubação orotraqueal e diagnóstico de meningoencefalite de etiologia a esclarecer. LCR: 880 (neutrófilos 91%), proteína 48, glicose 31, lactato: 3,0. Bacterioscopia e cultura negativas. Foi tratada com meronem, polimixina e linezolida. Após 1 semana de antibióticos, sem melhora clínica, colhido novo LCR: 1200 (N-60% e L 30%) prot 89 G-83 e lactato- 4,9, bacterioscopia, cultura, BAAR e fungos negativos. Devido a piora clínica e liquórica iniciou-se esquema para tuberculose. Solicitado PCR-CMV sérico: 2000 cópias/mL, e iniciado ganciclovir, utilizado por 7 dias antes do óbito. Posteriormente o PCR CMV no LCR foi detectado e PCR herpes e micobacteria não detectados. Exames realizados: AntiHIV negativo, RM crânio: zonas de hipersinal no cerebelo, mesencefalo e angioRM arterial intracraniana com focos de isquemia aguda em múltiplos territórios vasculares, envolvendo topografia anterior bilateral.

Conclusão: Devemos estar alertas para o diagnóstico de CMV em SNC em pacientes internados em UTI por períodos prolongados e submetidos a diversos esquemas antimicrobianos.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2022.102469>

EP-031

TUBERCULOSE DISSEMINADA EM PACIENTE GESTANTE IMUNOCOMPETENTE

Manuel Victor Silva Inácio,
Karollinne Comoreto Boza,
Almir Conrado Lima,
Conrado Felipe Lourenço Roque,
Priscila Audibert Nader,
Philippe Quagliato Bellinati,
Walton Luis Del Tedesco Jr.,
Susana Liliam Wiechmann,
Natalia Tauil Branco, Zuleica Naomi Tano

Universidade Estadual de Londrina (UEL), Londrina, PR, Brasil

Introdução: A tuberculose (TB) é uma importante causa de morbimortalidade materna no mundo todo. A maioria são mulheres infectadas pelo HIV que vivem em países subdesenvolvidos. Apesar da tuberculose afetar mais homens do que mulheres, elas ainda são responsáveis por 32% de todos os casos.

Objetivo: Relatar o caso gestante, imunocompetente, com tuberculose disseminada.

Método: Paciente 27 anos, gestante de 34 semanas com história de ITU de repetição, é encaminhada do consultório