

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 à 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 micobactéria 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

particular de pré-natal referindo febre 38°C, dor ventilatório-dependente e tosse não produtiva. Relata também cefaleia holocraniana há 12 dias com otalgia associada, náuseas e vômitos após o café da manhã. Esteve internada no Pronto Socorro Obstétrico por ITU sendo tratada com ceftriaxone por 5 dias. Apresentava ao exame físico de entrada: Hipocorada, desidratada +/4, eupneica em ar ambiente (sat.96% sem esforço), Anictérica, Acianótica, febril 38°C, SC: Sem linfonomegalias, rigidez de nuca presente. ST: MV+SRA, BRNF2TSSSA: Abdome gravídico, RHA+, indolor à palpação. Membros: sem edema. Sinal de Lasegue positivo, Brudzinski positivo, Kernig neg. Optado por coleta de líquido: Leucocitós 805, Neutrófilos 90%, Linfócitos 9%, Monócitos 1%, Glicose 7, Cloreto 122, Proteína 116, Lactato 6,8. Bacterioscopia negativa. Iniciado tratamento com Ceftriaxone e dexametasona. Paciente apresentou melhora do estado geral, porém manteve febre e cefaleia, optado por troca dos antibióticos para Vancomicina e ampicilina e coleta de novo líquido assim como tomografia de crânio e tórax, visto que a gravidez foi interrompida no mesmo dia. O líquido de controle mostrou pesquisa positiva para BAAR e a TC de tórax: Micronódulos centrolobulares difusamente distribuídos em ambos os pulmões. Escavações com conteúdo aéreo de permeio nos lobos superiores. A paciente evoluiu com rebaixamento do nível de consciência necessitando de intubação orotraqueal (secreção traqueal positiva para BAAR).

Resultados: A TB na gestação é uma doença com morbimortalidade importante tanto para a mãe quanto para o recém-nascido. Não há relação entre a gestação e má evolução da TB e vice-versa. A gravidade da doença geralmente está relacionada a imunossupressão da mãe, relacionada a infecção pelo HIV, o que não foi o caso.

Conclusão: A TB disseminada é um evento raro em gestante imunocompetente. No Brasil onde a tuberculose possui prevalência alta, pacientes com queixa de tosse há mais de 2 semanas e febre persistente deverá ser investigada para infecção por *Mycobacterium tuberculosis*.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2022.102470>

EP-032

PARACOCCIDIOIDOMICOSE AGUDA GRAVE EM MULHER JOVEM: RELATO E CASO

Maielly A.R. Machado, Aercio Sebastião Borges, Marcelo Simão Ferreira, Bruno Carvalho Dornelas, Camila Amaro G. Santos, Gabryella Londina R. Lima

Universidade Federal de Uberlândia (UFU), Uberlândia, MG, Brasil

Introdução: A paracoccidiodomicose é uma micose sistêmica causada pelo *Paracoccidioides brasiliensis* que acomete em cerca de 5 a 10% dos casos crianças e adolescentes. Manifesta-se de forma aguda/subaguda ou crônica, acometendo principalmente homens. Embora o envolvimento dos

gânglios mesentéricos seja comum na forma juvenil, as complicações gastrointestinais são raras.

Objetivo: Descrever um caso clínico de Paracoccidiodomicose, forma juvenil grave em mulher jovem.

Método: Mulher, 17 anos, moradora da zona urbana, contato com zona rural esporadicamente (lavoura de café), previamente hígida, iniciou com diarreia sem sangue, há 5 meses, associado a dor abdominal difusa, principalmente em região periumbilical, além de nódulos cervicais e retroauriculares, bilateral, de crescimento progressivo, cerca de 2cm cada, dolorosos e associado a emagrecimento. Exame físico: adenomegalia generalizada com flogose, hepatoesplenomegalia discreta e dor leve a palpação abdominal difusa. A TC de abdome evidenciou linfadenomegalia mesentérica, maior tamanho de 3,5cm e ascite discreta. TC de tórax sem alterações. A colonoscopia evidenciou erosões e raras úlceras em todo cólon, confirmado em biópsia colite granulomatosa e supurativa pelo *P. brasiliensis*. Associado ao quadro, presença de anemia, eosinofilia e colestase. A biópsia do linfonodo evidenciou fungos compatíveis com *P. Brasiliensis*, além do achado do fungo na pesquisa direta. Foi tratada com anfotericina lipossomal com boa evolução.

Conclusão: Descrevemos o caso pela apresentação rara desta micose e a necessidade de incluí-la no diagnóstico diferencial das hepatoesplenomegalias e adenopatias febris em mulheres jovens.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2022.102471>

EP-033

HISTOPLASMOSE DISSEMINADA EM GLÂNDULA SUPRARRENAL EM UM PACIENTE HÍGIDO E IMUNOCOMPETENTE: RELATO DE CASO

Isadora Abrão de Souza, Laís Gonçalves Tiveron, André Pelosi Alves, Alexandre Martins Portelinha Filho, José Wilson Zangilorami, Paulo Eduardo de Mesquita, Márcio César Reino Gaggini, Maurício Fernan Favaleça

Hospital Regional de Presidente Prudente, Presidente Prudente, SP, Brasil

Introdução: A histoplasmose é uma micose sistêmica causada pelo fungo *Histoplasma capsulatum* variante *capsulatum*, sendo endêmica no Sul do Brasil. Com aspecto de doença granulomatosa, possui predileção pelo pulmão e órgãos do sistema imunológico, causando diferentes manifestações clínicas, a depender do estado imunológico do hospedeiro e do tamanho do inóculo fúngico. A infecção ocorre via respiratória e a disseminação por via hematogênica para qualquer órgão. Esse tipo de infecção primária, regressiva espontaneamente, ocorre em indivíduos imunocompetentes diferindo-se dos pacientes imunossuprimidos, em que a infecção pode assumir um caráter progressivo de gravidade variável.