

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.