

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.

Objetivo: Relatar um quadro de histoplasmoze disseminada em glândula suprarrenal em paciente hígido e imunocompetente.

Método: Homem, 65 anos, em consulta com queixa de emagrecimento de 10 kg nos últimos 2 meses associado a febre vespertina (39°C), astenia, hiporexia e labilidade emocional oscilando períodos de irritação e agressividade com tristeza e choro fácil. Pea persistência dos sintomas, procurou o endocrinologista onde foi diagnosticado Diabetes Mellitus (DM) e iniciado tratamento com Metformina. Encaminhado ao serviço de infectologia para investigação da febre, foi solicitada Tomografia Computadorizada do abdômen mostrando nódulos de baixa densidade, na suprarrenal direita e esquerda de aspecto inespecífico. Por orientação do radiologista, foi pedido uma Ressonância Nuclear Magnética mostrando adrenais tóxicas com aumento de suas dimensões a custa de formações expansivas heterogêneas com áreas hiporrealçantes de permeio sugerindo necrose/liquefação, medindo até 3,8cm à direita e 3,3cm à esquerda. Procedeu-se com a biópsia de suprarrenal compatível com uma adrenalite crônica, necrosante de etiologia fúngica sugestivo de Histoplasmoze. Optado pelo tratamento com Itraconazol por 6 meses e acompanhamento com radiológico semestral.

Resultados: Paciente evoluiu com remissão dos sintomas e DM controlada.

Conclusão: Em pacientes imunocompetentes, a histoplasmoze costuma ser assintomática e autolimitada. O envolvimento das suprarrenais pelo *Histoplasma* destrói o córtex glandular levando a deficiência de glicocorticoides, mineralocorticoides e androgênios, por vezes, associada à deficiência medular causando a insuficiência suprarrenal primária. Assim, a infecção pelo *Histoplasma* deve ser pensada como diagnóstico diferencial quando se há aumento das glândulas suprarrenais e quadro clínico sugestivo de falência adrenal.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2022.102472>

EP-034

MALÁRIA GRAVE COM ACOMETIMENTO PULMONAR POR PLASMODIUM VIVAX: UM RELATO DE CASO

Isadora Abrão de Souza,
Matheus Cordeiro Marchiotti,
Laís Gonçalves Tiveron, André Pelosi Alves,
Alexandre Martins Portelinha Filho,
José Wilson Zangirolami,
Paulo Eduardo de Mesquita

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

Introdução: A malária é uma doença infecciosa febril aguda com uma prevalência anual de 300 milhões de pessoas acometidas. Diversas são as espécies causadoras da malária, sendo o *P. vivax* causador da forma branda terçã benigna que recidiva nas células hepáticas. O acometimento pulmonar é uma complicação frequente na Malária mais relacionado com o *Plasmodium falciparum*. A clínica assemelha-se as

infecções virais, e as complicações pulmonares ocorrem em poucos dias do início da doença podendo ter formas subclínicas com hipóxia e hipocapnia até evolução para SDRA. A SDRA nos casos de malária está mais associada ao *P. falciparum*, porém ocasionalmente pode ocorrer manifestação por monoinfecção *P. vivax* ou infecção mista grave com *P. falciparum*.

Objetivo: Relatar um quadro de malária grave com acometimento pulmonar por *Plasmodium vivax*.

Método: Homem, 44 anos, caminhoneiro, viagem recente por Rondônia, admitido com mialgia, febre, cefaleia retroorbitária e inapetência há 10 dias. Ao exame físico: ictérico 1+/4+, afebril, hepatoesplenomegalia com 4 cm dos respectivos rebordos costais. Sorologias negativas e teste rápido para Leishmaniose Visceral não reagentes. Na admissão: hb: 10,1; plaquetas: 47.000; BD: 1,6; Bi:0,9; albumina: 2,8 e TGP: 104, demais exames sem alteração. USG de abdômen com esplenomegalia de grande monta. Na internação, paciente evoluiu com pancitopenia (hb: 8,5; Ht: 24,9%; plaquetas: 22.000 e leucócitos: 2550), desconforto respiratório súbito, feito TC de tórax com lesões periféricas (fig. 1) e derrame pleural bilateral (figs. 1 e 2). Devido quadro clínico respiratório e história pregressa foi solicitado PCR- RT para Sars-Cov-2 com resultado negativo, feito exame de gota espessa apresentando gametócitos e esquizonte de *Plasmodium vivax*, caracterizando um quadro de Malária grave por *P. vivax*.

Resultados: Prescrito esquema curto de Cloroquina mais Primaquina com melhora clínica e laboratorial do paciente, precedido de alta hospitalar com seguimento ambulatorial.

Conclusão: A malária é um diagnóstico diferencial nas febres de origem indeterminada com história de viagens recentes. Na malária por *P. vivax* a maioria dos casos evoluem de forma benigna com uma parcela com potencial de evoluir de forma grave podendo ter acometimento pulmonar. Nos últimos anos, aumentaram os relatos de casos de malária grave por monoinfecção por *P. vivax*, sendo assim a mesma deve ser considerada como uma causa de malária grave já que o atraso no diagnóstico e no tratamento aumenta a mortalidade da doença.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2022.102473>

EP-035

LEISHMANIOSE TEGUMENTAR E CRIPTOCOCOSE EM PELE, MUCOSA ORAL E LÍNGUA EM UM INDIVÍDUO SEM SUPRESSÃO IMUNE APARENTE: RELATO DE CASO

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

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