

**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

**Introdução:** A criptococose é uma infecção fúngica sistêmica, comum em pacientes imunodeprimidos, causada pelo *Cryptococcus neoformans*, já a leishmaniose tegumentar americana (LTA) é causada por protozoários do gênero *Leishmania*. Ambas causam lesões polimórficas em pele e mucosas, mas no caso da LT forma cutânea as ulcerações tem bordas elevadas, endurecidas e fundo com tecido de granulação. Ambas as doenças são importantes no diagnóstico diferencial de úlceras orais e está recomendada a realização do exame histopatológico para diferenciação. A Anfotericina B lipossomal e o Fluconazol são escolhas no tratamento de ambas as doenças, mas em doses e tempo distintos.

**Objetivo:** Relatar um caso de coinfeção de Leishmaniose Tegumentar e Criptococose em um indivíduo imunocompetente.

**Método:** W.P, 73 anos, homem, trabalhador rural, sem comorbidades, sem supressão imune aparente, consultou em 19/04/2017 por lesão ulcerada em orelha, mão esquerda e mucosa oral há 2 meses portando um resultado de biópsia da lesão oral realizado por um serviço de odontologia mostrando um infiltrado granulomatoso sugerindo Leishmaniose Tegumentar, tendo sido iniciado o tratamento com Anfotericina B lipossomal 250 mg/dia por 12 dias, seguido de remissão das lesões após 30 dias. Em 06/11/17, paciente retorna com nova lesão ulcerada na língua associada a dor local, iniciada há 10 dias. Procedido com nova biópsia apresentando Leishmaniose Tegumentar sendo realizado retratamento com Anfotericina B Lipossomal, seguido de posterior resolução das lesões. Em 06/08/2018, retorna com lesão em mucosa oral e orelha esquerda, locais distintos das lesões anteriores, realizado nova biópsia da úlcera oral com diagnóstico de Criptococose. Realizada revisão das lâminas prévias pelo patologista na qual foi mantidos resultados nas duas primeiras como Leishmaniose e na última como Criptococose, sorologia para Paracoccidiodomicose solicitada com resultado negativo. Realizado tratamento com Fluconazol 450 mg/dia por 8 semanas com cicatrização das lesões.

**Resultados:** Paciente faleceu após 5 meses do último tratamento de Acidente Vascular Encefálico porém havia consultado 19 dias antes sem lesões de pele ou úlceras orais.

**Conclusão:** Neste caso, destacamos o relato pela dificuldade em encontrar estudos na literatura sobre ambas as patologias em pele e mucosas em um mesmo indivíduo imunocompetente, e pela importância da reavaliação diagnóstica a cada retorno do paciente com nova lesão, realizando exame histopatológico para definir o diagnóstico e tratamento.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2022.102474>

EP-036

#### TROMBOSE SÉPTICA DE SEIO CAVERNOSO BILATERAL POR CA-MRSA

Lethicia Bernardo Chimello,  
Andre Giglio Bueno, Kahena Ignjatovic Faical,  
Rodrigo Ferreira Faria, Pâmela Sarto Lopes,  
Paulo Pera Neto

Hospital PUC-Campinas, Campinas, SP, Brasil

**Introdução:** A tromboflebite séptica de seio cavernoso (TSSC) é uma patologia bastante rara e com elevada morbiletalidade. O *Staphylococcus aureus* é o agente mais frequentemente isolado, podendo ocorrer disseminação a partir de infecções de face/seios da face ou primariamente como complicação de bacteremia. Há relatos de caso em literatura descrevendo o *S. aureus* resistente à meticilina da comunidade (CA-MRSA) como agente etiológico da TSSC, mas nenhum relato brasileiro. Apesar deste patógeno ser endêmico em alguns países, sua epidemiologia é pouco conhecida no Brasil. Sendo assim, as infecções por CA-MRSA no Brasil são bastante desafiadoras pois frequentemente a terapia empírica para infecções estafilocócicas comunitárias não contemplará esse patógeno e, devido ao potencial de carregar diversos fatores de virulência, os casos podem se apresentar de forma extremamente grave e com alta letalidade.

**Objetivo:** Relatar caso de TSSC por CA-MRSA.

**Resultados:** Masculino, 27 anos, hígido, usuário de cocaína inalatória, há 3 dias com febre, dor ocular, edema e vermelhidão em região orbital esquerda. Havia implantado um piercing nasal cerca de 1 mês antes. Sintomas progrediram para o lado direito e na admissão tinha proptose, quemose e hiperemia orbitária bilateral. Estava febril, taquicárdico e hipotenso, além de sonolência e rigidez nugal. Prescrita Oxacilina e coletadas hemoculturas e líquido. Líquor apresentou intensa pleocitose neutrofílica, hipoglicorraquia e hiperproteínoorraquia. TC de tórax identificou múltiplos nódulos periféricos, compatível com embolizações sépticas. No dia seguinte à admissão houve piora do nível de consciência, necessidade de intubação orotraqueal e internação em UTI. Com cerca de 48h de internação foi identificado *S. aureus* resistente à oxacilina em ambas as amostras de hemocultura, momento em que houve a substituição de Oxacilina por Vancomicina associada à Clindamicina. Na sequência houve melhora da curva térmica e melhora clínica, sendo possível a extubação e alta para a enfermaria. Angiotomografia de crânio confirmou a presença de trombose bilateral de seio cavernoso e trombose de seio sigmoide à esquerda. Durante a terapia houve melhora expressiva da proptose, quemose e hiperemia orbitária.

**Conclusão:** Felizmente nesse caso foi possível a rápida identificação de que se tratava de um CA-MRSA para adequar a terapia inicial. Devemos começar a discutir a cobertura empírica de CA-MRSA em infecções estafilocócicas graves como a TSSC?

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2022.102475>

EP-037

#### RARA ASSOCIAÇÃO DE ANGINA DE LUDWIG E LEISHMANIOSE VISCERAL: RÁPIDA INTERVENÇÃO E DESFECHO CLÍNICO FAVORÁVEL

Pricila Carolinda Andrade Silva,  
Sílvia Hees de Carvalho, Celso Silva Siqueira,