

vulnerável, que contribuiu para a prevalência da forma mais severa da doença, garantindo o bem-estar e priorizando os princípios do SUS.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2024.103925>

#### OR-51 - MENINGITE E ENDOFTALMITE POR STREPTOCOCCUS AGALACTIAE EM ADULTO: RELATO DE CASO

Ana Elisa Meduna Cabreira, Juliana Cazarotto, Gilberto Gambero Gaspar, Fernanda Guioti Puga

Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, SP, Brasil

**Introdução:** O *Streptococcus agalactiae*, também conhecido como Estreptococo do grupo B de Lancefield, é um coco Gram-positivo com importância epidemiológica principalmente em gestantes e neonatos, sendo causa frequente de sepse, bacteremia, pneumonia e meningite nessas populações. Em adultos, pode colonizar os tratos genital e gastrointestinal, apresentando fatores de risco para infecção diabetes mellitus com mau controle, malignidade, doença hepática e renal avançada, entre outros. Frequentemente causa infecções em pele e partes moles, trato urinário, osteoarticular, pneumonia e bacteremia sem foco, representando 1% das causas totais de meningite e sendo causa rara de endoftalmite.

**Objetivo:** Relatar caso de meningite e endoftalmite causada por *S. agalactiae* em adulto com nefrolitíase e pielonefrite.

**Método:** Relato de caso.

**Resultados:** Paciente do sexo masculino, 60 anos, procedente de Guataparã (SP), portador de cirrose hepática idiopática previamente CHILD A5, diabetes mellitus com bom controle medicamentoso e nefrolitíase a esquerda, iniciou quadro de dor lombar, hematúria e disúria, que evoluiu após uma semana com dor em região escapular direita e cervical, e após 3 dias com rebaixamento do nível de consciência, dor abdominal, febre aferida e dispneia, sendo iniciado ceftriaxona em UPA. Encaminhado à serviço terciário, onde necessitou de intubação orotraqueal, coletado líquor com leucocitose ( $7200 \text{ céls/mm}^3$ ), com predomínio de mononucleares (73%), hipoglicorraquia ( $< 4 \text{ mg/dl}$ ), lactato 25, hiperproteinorraquia ( $933,8 \text{ mg/ml}$ ), e iniciado ceftriaxona 2g 12/12h e ampicilina, realizada tomografia de abdome com ureterolitíase obstrutiva com cálculo a esquerda, e borramento de gordura perirrenal, sugestiva de pielonefrite. Após extubação paciente evoluiu com hiperemia conjuntival e redução de acuidade visual, aventada hipótese de endoftalmite, e encaminhado ao Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto para avaliação oftalmológica, que confirmou hipótese e realizou injeção intravítrea de ceftazidima, vancomicina e dexametasona. Durante investigação etiológica na unidade realizada nova coleta de líquor para análise de antígenos bacterianos, com resultado positivo para *S. agalactiae*, e então suspenso ampicilina e realizado tratamento com 21 dias de ceftriaxona, com melhora clínica e líquórica.

**Conclusão:** O *S. agalactiae* é microorganismo cada vez mais frequente como causa de infecções em adultos com comorbidades, com elevada morbimortalidade, porém é causa incomum de meningite e endoftalmite nesta população.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2024.103926>

#### OR-52 - MIELITE TRANSVERSA ASSOCIADA A BARTONELLA HENSELAE: UM RELATO DE CASO

Juliana Moreira Ribeiro, Adriana Oliveira Guilarde, Jonas Borges S. Amorim, Moara Alves S.B. Borges, Ludmila Campos Vasconcelos, Victória Lima F.A. Ferreira

Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás (UFG), Goiânia, GO, Brasil

**Introdução:** A mielite transversa (MT) é uma condição neurológica rara, com etiologias variadas, como desordens neuroinflamatórias, pós virais e infecciosas.

**Objetivo:** Descrever caso de MT causada por *Bartonella henselae*.

**Método:** Relato de caso.

**Resultados:** Paciente sexo feminino, 19 anos, apresentou quadro de febre, cefaleia, fotofobia, dor e parestesia em cintura pélvica. Evoluiu com hipoestesia em nível torácico, paraplegia e alterações esfinterianas, com piora progressiva. Líquor com glicose consumida, e dissociação proteíno-citológica. Tratada com metilprednisolona por 5 dias, obtendo melhora parcial. Após pulsoterapia, prescrito vancomicina e meropenem por 56 dias. Descartado neuromielite óptica e esclerose múltipla. Antecedentes: Contato direto e frequente com gatos durante trabalho em petshop. Nega vacinação no período e episódios prévios de déficit neurológico sensitivo-motor. Recebeu alta parapléica e com nível sensitivo em T2. Após aproximadamente 3 anos, reiniciou dor em faixa em toda cintura pélvica, anestesia em MMSS e percepção de perda da habilidade para movimentos finos em MMSS, associado a episódios subfebris. Foi internada em outro serviço e iniciado ceftriaxona e dexametasona, com discreta melhora do quadro. Realizou ressonância nuclear magnética cervico-dorsal que constatou coleção intradural e extramedular, bem como sinais inflamatórios/infecciosos locais. Líquor mostrou 01 leucócito, 100% de LMN,  $1.901 \text{ mg/dL}$  de proteínas e  $14 \text{ mg/dL}$  de glicose. Culturas do líquor para bactérias, fungos negativas, teste rápido molecular para tuberculose (TRM-TB) indetectável. Realizada abordagem cirúrgica da coleção e prescrito ampicilina e doxiciclina empiricamente. Cultura do abscesso medular não evidenciou crescimento de bactérias, fungos ou micobactérias; TRM-TB indetectável. Sorologia para *Bartonella henselae* IgM (1:100) e IgG reagentes (1:640); sorologia para *M. pneumoniae* negativa. VDRL e teste treponêmico não reagentes; anti-HIV negativo. Biópsia de medula com infiltrado inflamatório inespecífico. Iniciado tratamento com doxiciclina e rifampicina para mielite por