

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 trato 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 Guatapar (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  serviço terciário, onde necessitou de intubao 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 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 extubao paciente evoluiu com hiperemia conjuntival e reduo de acuidade visual, aventada hipótese de endoftalmite, e encaminhado ao Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto para avaliao oftalmológica, que confirmou hipótese e realizou injeo intravtea de ceftazidima, vancomicina e dexametasona. Durante investigao 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 liquórica.

**Conclusão:** O *S. agalactiae*  microorganismo cada vez mais frequente como causa de infeces em adultos com comorbidades, com elevada morbimortalidade, porém  causa incomum de meningite e endoftalmite nesta populao.

<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, Vctoria Lima F.A. Ferreira

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

**Introduo:** A mielite transversa (MT)  uma condio neurológica rara, com etiologias variadas, como desordens neuroinflamatrias, ps 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 alteraes esfinterianas, com piora progressiva. Líquor com glicose consumida, e dissociao 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 vacinao no período e episódios prévios de déficit neurológico sensitivo-motor. Recebeu alta paraplégica e com nível sensitivo em T2. Após aproximadamente 3 anos, reiniciou dor em faixa em toda cintura pélvica, anestesia em MMSS e percepo 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 coleo intradural e extramedular, bem como sinais inflamtorios/infecciosos locais. Líquor mostrou 01 leucócito, 100% de LMN, 1.901 mg/dL de proteínas e 14 mg/dL de glicose. Culturas do líquor para bactérias, fungos negativos, teste rápido molecular para tuberculose (TRM-TB) indetectável. Realizada abordagem cirúrgica da coleo 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 inflamtorio inespecífico. Iniciado tratamento com doxiciclina e rifampicina para mielite por

Bartonella. Evoluiu com melhora da dor, remissão da febre e melhora sensitivo-motora em MMSS, mantendo a paraplegia.

**Conclusão:** Evidenciamos um caso de mielite bacteriana, cujo diagnóstico foi tardio, resultando em sequelas irreversíveis. É essencial história clínica detalhada e investigação minuciosa, a fim de garantir diagnóstico precoce e terapia efetiva.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2024.103927>

#### OR-53 - PARACOCIDIOIDOMICOSE JUVENIL COM RECIDIVA OCULAR, UM RELATO DE CASO

Matheus de Freitas Feitoza,  
Tamires Cristina Germano,  
Natália Ribeiro de Figueiredo,  
Mariana Ijano Morsoleto,  
Nicolle Barbeta da Rosa Gattass,  
Luana Coelho Benevides

Universidade Nove de Julho (UNINOVE), Bauru, SP, Brasil

**Introdução:** A paracoccidiodomicose (PCM) é uma micose sistêmica granulomatosa, acomete pulmões, pele, mucosas e órgãos ricos em células do sistema nervoso e reticuloendotelial, sendo menos comum em região urbana. A forma juvenil predomina em crianças e jovens, têm alta ocorrência no estado de São Paulo e forte associação com recidivas, no entanto, manifestações oculares são raras.

**Objetivo:** Relata PCM juvenil tratado e com recidiva ocular.

**Método:** Relato de caso.

**Resultados:** Masculino, 9 anos, residente em área urbana de Bauru, iniciou com febre, hiperemia orofaríngea, exantema maculopapular e mialgia em membros inferiores. Hemograma com anemia microcítica hipocrômica e eosinofilia. NS1 no 4º dia de sintomas, pela epidemiologia local de dengue, não reagente. No 5º dia teve piora da mialgia, manchas arroxeadas, edema pré-tibial doloroso à palpação e leve edema em membros superiores, o que justificou a hipótese de eritema nodoso. Na anamnese negou perda de peso e relatou contato com área rural durante os jogos de futebol. Ainda, exame físico notou linfonodomegalia cervical anterior e supraclavicular, móvel, indolor e sinovite em tornozelo e cotovelo. Solicitado exames de imagem do tórax (TC) e abdome (USG), evidenciando, respectivamente, formação expansiva perihilar no lobo superior e esplenomegalia. Sorologias negativos; função hepática, renal e coagulograma normal. Feito biópsia ganglionar cervical com laudo de linfadenite crônica granulomatosa extensa com numerosos fungos consistentes com *P. brasiliensis*, fechando o diagnóstico de PCM juvenil e iniciado tratamento com itraconazol (10 mg/Kg/dia, 8/8 horas nos 3 primeiros dias e manteve de 12/12h nos próximos 6 meses), com boa evolução. Retorna após 1 ano com queixa de congestão nasal, presença de tecido esponjoso em pálpebra inferior esquerda, sem dor, hiperemia ou edema. Hemograma com eosinofilia e biópsia da região conjuntiva tarsal do olho esquerdo confirmou processo inflamatório com granulomas formados por histiócitos epitelióides e células gigantes multinucleadas fagocitando estruturas fúngicas arredondadas, concluindo um quadro de recidiva em região ocular.

**Conclusão:** A PCM juvenil é incomum em área urbana e por isso a anamnese detalhada é essencial para desvendar possíveis relações do paciente com o meio rural, o que colabora para ampliar as hipóteses de diagnósticos diferenciais. Por fim, estar atento aos quadros de recidivas comuns e aos mais raros, como queixas oculares.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2024.103928>

#### OR-54 - RELATO DE CASO: MUCORMICOSE INTESTINAL

Matheus Soares Baracho Ramos,  
Flávia Dias Alcântara de Oliveira,  
Ricardo de Souza Cavalcante

Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista (UNESP), Botucatu, SP, Brasil

**Introdução:** A mucormicose é uma micose causada por fungos da ordem Mucorales que frequentemente afeta indivíduos com comprometimento do sistema imunológico e com elevada letalidade. As formas clínicas rino-órbito-cerebral e pulmonar são as mais frequentes.

**Objetivo:** O objetivo deste estudo foi relatar um caso de mucormicose intestinal, uma manifestação infrequente desta doença.

**Método:** Os dados clínicos, epidemiológicos e laboratoriais do caso relatado foram coletados do prontuário médico.

**Resultados:** Paciente de 45 anos, sexo masculino, procedente de Botucatu, apresentava como única comorbidade hipertensão arterial sistêmica. Admitido no serviço de emergência com quadro agudo de febre, odinofagia, disfagia, dispneia e vômitos. O exame físico revelava roncos e sibilos pulmonares, hiperemia em faringe e presença de placas de exsudato no pilar amigdaliano. Sob videonasolaringoscopia, visualizou-se edema em região de laringe e epiglote com massa rechaçando a via aérea anteriormente. Tomografia computadorizada (TC) de pescoço revelou aumento de linfonodos bilateralmente, alguns com centros necróticos. Prescrito ceftriaxona pela possibilidade de laringite bacteriana e dexametasona 20 mg ao dia devido ao risco de obstrução de vias aéreas superiores. No mesmo dia, o paciente necessitou de intubação orotraqueal e passagem de acesso venoso central. Transferido para unidade de terapia intensiva, evoluiu com insuficiência renal aguda, com necessidade de hemodiálise, e pneumonia associada à ventilação mecânica, com mudança de antimicrobiano para meropenem e vancomicina. No sexto dia após admissão, apresenta hemorragia digestiva. A endoscopia digestiva alta revelou mucosa gástrica com lesão infiltrativa, difusa, acometendo todas as paredes do corpo, a qual foi realizada biópsia. No 12º dia de internação, ainda em estado grave, evoluiu com distensão abdominal e TC com sinais compatíveis com abdome agudo perfurativo. Submetido a laparotomia exploradora que identificou necrose de alça com liquefação. Evoluiu para óbito no 14º dia de internação. Após o óbito do paciente, obteve-se os resultados dos exames anatomopatológicos de estômago, intestino e colón os quais revelaram mucormicose de trato digestório.