

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 - PARACOCCIDIOIDOMICOSE 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 paracoccidioidomicose (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 área 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.