

pleocitose linfomonocitária, hiperproteínoorraquia e hipoglicorraquia persistentes. Diante da piora associada à CIM elevada para fluconazol, optou-se pela substituição da medicação por voriconazol, com necessidade de altas doses (~20mg/kg/d) para atingir nível sérico adequado.

Conclusão: O fluconazol é a terapia de escolha para a coccidioidomicose, a despeito das maiores CIMs entre os azólicos. O voriconazol é uma alternativa possível para casos refratários, mas há poucos estudos que suportem seu uso. Talvez nosso paciente fosse um metabolizador rápido de azólicos, explicando a melhor resposta à terapia guiada por nível sérico. Recomenda-se, entretanto, terapia vitalícia para meningoencefalite e a toxicidade do uso prolongado do voriconazol poderá ser um fator limitante.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2024.104002>

EP-077 - DIAGNÓSTICO ERRÔNEO DE DENGUE EM CASOS DE TOXOPLASMOSE: UM PERIGO NA OFTALMOLOGIA?

Luciana Peixoto Finamor,
Leonardo Bruno Oliveira, Barbara Zanetti,
Gabriel Andrade

*Clínica de Olhos Dr. Moacir Cunha, São Paulo, SP,
Brasil
Grupo Fleury, Brasil*

Introdução: Os sintomas clínicos inespecíficos de diversas doenças infecciosas podem levar a diagnósticos errôneos, resultando em tratamentos inadequados e complicações graves. A dengue, uma doença viral transmitida por artrópodes, é uma das doenças mais prevalentes em humanos, causada por quatro sorotipos do vírus da dengue (DENV 1–4). A manifestação ocular da dengue, embora relativamente incomum, abrange uma ampla gama de sintomas, incluindo envolvimento conjuntival, uveíte anterior, uveíte intermediária, várias formas de uveíte posterior, maculopatia, neuropatia óptica e outras manifestações neuro-oftálmicas. A toxoplasmose é uma infecção causada pelo parasita intracelular *Toxoplasma gondii*. Pelo menos um terço da população mundial está infectada pelo parasita. Infecções oculares pelo parasita são comuns no Brasil, onde a prevalência da toxoplasmose varia de 10 a 90% da população adulta. Este estudo apresenta dois casos clínicos com diagnóstico inicial de dengue que evoluíram com complicações oculares graves associadas à toxoplasmose (não diagnosticada e não tratada na fase aguda da doença).

Objetivo: Relatar 2 casos de pacientes com diagnóstico inicial de dengue, que posteriormente apresentaram lesão ocular e diagnóstico de Toxoplasmose, e discutir a importância do diagnóstico diferencial precoce e da testagem adequada para evitar complicações oculares graves.

Método: Relato de Caso.

Resultados: Dois pacientes com sintomas clínicos iniciais sugestivos de dengue não foram testados para a doença e, após dois meses e meio, apresentaram sintomas oculares e baixa acuidade visual. Exames oftalmológicos revelaram lesões de retinocoroidite na mácula, e testes sorológicos

confirmaram a presença de IgM e IgG positivos para toxoplasmose. Sorologia para dengue foi negativa. Apesar de terapia específica para toxoplasmose durante 45 dias, ambos os casos evoluíram com cicatriz macular permanente e prejuízo de visão irreversível.

Conclusão: Os casos apresentados destacam a importância do diagnóstico diferencial e da testagem adequada em pacientes com sintomas inespecíficos que podem ser confundidos com dengue. A identificação precoce e o tratamento oportuno da toxoplasmose são essenciais para prevenir complicações oculares graves e a perda permanente da visão. É crucial considerar a possibilidade de toxoplasmose em pacientes com sintomas sistêmicos semelhantes aos da dengue, especialmente em regiões endêmicas para ambas as doenças.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2024.104003>

EP-078 - RETINITE POR HERPES SIMPLES TIPO 2 ASSOCIADO À TRANSMISSÃO PELO CANAL DO PARTO, CONFIRMADO ATRAVÉS DE REAÇÃO DA POLIMERASE EM CADEIA (RT-PCR) NO HUMOR AQUOSO.

Luciana Peixoto Finamor, Barbara Zanetti,
Gabriel Andrade, Laura Cunha, Carolina Lazari,
Celso Granato

*Clínica de Olhos Dr. Moacir Cunha, São Paulo, SP,
Brasil
Grupo Fleury, Brasil*

Introdução: O vírus do herpes simples (HSV) é uma causa comum de infecções oculares, O HSV-1 é mais frequentemente associado a infecções oculares, enquanto o HSV-2 é mais comum em infecções genitais. No entanto, ambos os tipos podem causar doenças oculares graves. As manifestações oculares do HSV incluem ceratite (infecção da córnea), conjuntivite (infecção da conjuntiva) e uveíte (inflamação da úvea), sendo que a retinite herpética é uma complicação rara, mas potencialmente devastadora. Os recém-nascidos infectados pelo HSV-2 durante o parto podem apresentar sintomas dentro das primeiras semanas de vida. A infecção ocular pode se apresentar como conjuntivite, ceratite e, em casos graves, como retinite, que pode ocorrer tardiamente. Técnicas de Biologia molecular em fluido intra ocular pode ser útil no diagnóstico desses casos.

Objetivo: Descrever um caso de retinite por Herpes Virus tipo 2 em paciente adulta com história de transmissão pelo canal do parto.

Método: Relato de Caso.

Resultados: Paciente de 42 anos, com queixa de hiperemia, fotofobia e baixa acuidade visual no olho esquerdo há 1 semana, procurou atendimento oftalmológico, com diagnóstico de toxoplasmose ocular. Ao exame apresentava sinais de uveíte posterior granulomatosa com retinite, associado à hipertensão ocular. Exame do olho direito mostrava sinais de cicatrizes prévias de ceratite. Paciente informava antecedentes de lesões de córnea ao nascimento, associadas à provável transmissão via canal do parto. Foi realizado

paracente de humor aquoso (0,2 ml) com avaliação através de rt-PCR. Exame foi negativo para toxoplasmose e positivo para Herpes simples tipo 2. Paciente foi tratada com Valaciclovir via oral, apresentando melhora e cicatrização das lesões.

Conclusão: As técnicas de biologia molecular, como a reação em cadeia da polimerase (PCR), permitem a detecção rápida e precisa do DNA viral em amostras oculares, especialmente útil em casos atípicos. Essa precisão diagnóstica foi essencial para a identificação do HSV-2 como agente causador da retinite no caso reportado, permitindo a implementação de terapias antivirais específicas de maneira oportuna, evitando tratamentos desnecessários. É uma ferramenta indispensável na oftalmologia moderna, fornecendo as bases para um diagnóstico preciso, uma compreensão aprofundada dos mecanismos das doenças, o desenvolvimento de novas terapias e o monitoramento eficaz das respostas ao tratamento.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2024.104004>

EP-079 - ENDOCARDITE RARA POR LEUCONOSTOC PSEUDOMESENTEROIDES: RELATO DE CASO

Maria Eduarda Molina Marques,
Jéssica Andrade Filgueiras,
Reinaldo Jovelli Junior,
Caroline Eunice de Lima Barros,
Caroline Aires Manfroí,
Edson Carvalho de Melo

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

Introdução: Os implantes em próteses valvares (IPV) tem a endocardite infecciosa (EI) como grave complicação do procedimento. A espécie *Leuconostoc pseudomesenteroides* (LP), coco gram+, encontrado em laticínios, vegetais, fezes e na vagina, é um agente raro causador da endocardite, porém, o mesmo deve ser considerado quando não há melhora clínica, com uso de antibioticoterapia empírica adequada.

Objetivo: Relatar caso raro de paciente lúpica (LES), com desenvolvimento de EI por LP, 10 meses após IPV.

Método: Relato de caso e revisão de prontuário.

Resultados: Feminino, 69 anos, com LES, uso crônico de metotrexato e pós operatório de IPV, queixa de tosse seca, astenia e febre 10 meses após procedimento e uso de ceftriaxone empírico. 2 hemoculturas positivas para LP no dia 08/03/2023, agente pouco habitual, sugerindo uma endocardite em paciente imunossuprimido com valvopatia. O 1º ecocardiograma transesofágico (ECOTE) não detectou quaisquer alterações sugestivas de EI, porém o 2º ECOTE, repetido 16 dias depois, identificou prótese de implante percutâneo em posição aórtica, com dupla lesão leve e imagem sugestiva de vegetação no folheto coronariano esquerdo e nova regurgitação. Inicialmente foi optado por penicilina cristalina + gentamicina, em D6, ainda febril e hipotensa, optou-se por substituir por daptomicina 8 mg/kg/dia e coleta de novas hemoculturas, posteriormente positivas para LP. Em D2 de daptomicina, melhora clínica, 2 hemoculturas, que foram negativas. 3º ECOTE (realizado 42 dias após início do tratamento)

apresentou ausência de vegetações endocárdicas ou complicações de endocardite infecciosa bioprótese V. Aórtico.

Conclusão: Trata-se de um caso raro de EI por LP, diagnosticado pelos critérios de Dukes modificado (3 critérios maiores e 2 menores). Não podemos afirmar que houve falha terapêutica com a penicilina cristalina, uma vez que a negatificação da cultura aconteceu 48 horas depois da sua substituição, mas a melhora clínica ocorreu após a daptomicina. Não há padrão de antibiograma para essa bactéria, assim as opções terapêuticas foram baseadas em literatura.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2024.104005>

EP-080 - OSTEOMIELITE CRÔNICA FÚNGICA COM ABSCESSO, RARA EM PACIENTE COM PRÓTESE ORTOPÉDICA: RELATO DE CASO CAUSADO POR PAPILOTREMA LAURENTII.

Maria Eduarda Molina Marques,
Caroline Aires Manfroí,
Caroline Eunice de Lima Barros,
Jéssica Andrade Filgueiras,
Reinaldo Jovelli Junior,
Sérgio Eiti Carbone de Paula,
Edson Carvalho de Melo

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

Introdução: A osteomielite é um processo infeccioso ósseo. Aguda é a via hematogênica, mas a osteomielite crônica (OMC), ocorre por meio de traumas ou pós cirúrgicos com diagnósticos tardios. A etiologia habitual são os gram+, em especial o *Staphylococcus aureus*. O *Papiliotrema laurentii* (PL), antigo *Cryptococcus*, tem relatos de infecções sintomáticas, especialmente em dispositivos e pós cirúrgicos, em pacientes imunodeprimidos. Não há protocolo de tratamento para PL; relatos em outros sítios de infecção, apontam a anfotericina lipossomal (AL) e o fluconazol (F), como escolhas de maior eficácia. É necessário se ater às particularidades de cada caso.

Objetivo: Relatar caso não encontrado em outras literaturas, sobre OMC causada pelo fungo PL.

Método: Relato de caso e revisão da literatura.

Resultados: Feminina, 40 anos, múltiplos procedimentos cirúrgicos (PC) no quadril esquerdo, devido ao impacto femoroacetabular. Após 2a e 7m do último PC, colocação de prótese total de quadril (PTQ). Permaneceu assintomática por 6 meses, quando iniciou dor, 11 meses após PTQ; quadro febril, edema local e em coxa esquerda, realizado punção de coleção fechada, com crescimento de PL., observado abscesso peri-prótese ortopédica em ressonância nuclear magnética (RNM). Na internação, utilizado tratamento empírico (Teicoplanina e Meropenem). Realizado revisão de PTQ com retirada de componente e novas culturas de líquido sinovial, sec. abscesso, partes moles e osso, que confirmaram PL. Sem resposta terapêutica, suspensão de antibioticoterapia empírica e introdução de F, mantido por 19 dias, sem resposta, modificado então, para AL, mantida por 12 semanas. Recebeu alta com melhora clínica. Após 3 meses da finalização de