

**Introdução:** A miocardite por *Staphylococcus aureus* é uma condição cardiogênica rara, caracterizada pela inflamação do miocárdio decorrente de uma infecção bacteriana. Essa patologia pode precipitar complicações cardíacas graves, como insuficiência cardíaca congestiva e arritmias ventriculares malignas.

**Objetivo:** Tal estudo objetiva relatar um caso raro de miocardite por *Staphylococcus aureus* diagnosticado por autópsia em um paciente com estafilococemia.

**Método:** Relato de caso.

**Resultados:** Paciente V. P., 64 anos, sexo masculino, profissão pedreiro, portador de hipertensão arterial sistêmica e tabagista de longa data, apresentou quadro clínico de máculas purpuro-eritematosas em região de tórax, abdome e membros inferiores com 2 meses de evolução, seguindo com quadro de tosse produtiva, que por sua vez evoluiu com clínica de piora aguda com febre, mialgia intensa, dificuldade para deambular, redução de força em membros inferiores e rebaixamento do nível de consciência. Em admissão, apresentou-se com quadro neurológico rebaixado, desconforto respiratório com necessidade de intubação orotraqueal. Foram realizadas hipóteses de sepse com foco em sistema nervoso central e pulmonar, sendo prescritas ceftriaxona e ampicilina. Após a intubação orotraqueal, o paciente evoluiu para quadro de instabilidade hemodinâmica e exames laboratoriais demonstraram insuficiência renal, acidose metabólica, anti-HIV ELISA negativo, testes para COVID-19 e influenza por método antígeno negativos, teste NS1 negativo e provas inflamatórias (PCR e VHS) aumentadas. Momentos após a intubação orotraqueal, o paciente evoluiu para choque refratário, anúria, febre constante e acidose metabólica. Diante da gravidade do quadro, foi adicionada antibioticoterapia com vancomicina. Apesar das medidas adotadas, o paciente evoluiu para óbito, com choque refratário, sendo solicitada necrópsia.

**Conclusão:** As hemoculturas da admissão apresentaram crescimento de *S. aureus* sensível a oxacilina. Em análise de necrópsia foram relatados pielonefrite aguda supurativa com necrose tubular e cocos gram positivo em fissão binária e miocardite aguda supurativa com presença de êmbolos sépticos, necrose, infiltrado neutrofílico, presença de cocos gram-positivos e ausência de vegetações em valvas cardíacas. Ademais, detectado tromboembolismo pulmonar em artérias principais. Este relato demonstra um caso de miocardite aguda, quadro de difícil diagnóstico e que deve ser cogitado em paciente com estafilococemia.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2024.104140>

**EP-229 - ATRASO DIAGNÓSTICO NA PARACCCIDIOIDOMICOSE SEGUIDO DE DISSEMINAÇÃO DA DOENÇA: RELATO DE CASO.**

Matheus Soares Baracho Ramos,  
Letícia Mota Silva, Ricardo de Souza Cavalcante

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

**Introdução:** A paracoccidioidomicose (PCM) é uma micose sistêmica, endêmica da América Latina, causada por fungos do gênero *Paracoccidioides*. A forma crônica é a mais prevalente e se caracteriza pelo elevado comprometimento de pulmões, pele e mucosas. O diagnóstico precoce evita formas graves da doença, impedindo sua disseminação para outros órgãos como adrenais e sistema nervoso central (SNC).

**Objetivo:** Este estudo objetivou alertar sobre o grave comprometimento que a PCM pode apresentar em situação de atraso diagnóstico.

**Método:** Foi conduzido um relato de caso, em que os dados do paciente foram obtidos do prontuário médico.

**Resultados:** Paciente de 54 anos, sexo feminino, procedente de Laranjal Paulista–SP, apresentava quadro de tosse com escarro esbranquiçado, febre noturna esporádica e perda ponderal de 12 kg em dois anos. Na atenção primária à saúde, foi investigada apenas com radiografia simples de tórax e considerado hipótese de tuberculose pulmonar, sendo introduzido rifampicina, isoniazida, pirazinamida e etambutol, o qual fez uso por 2 meses e depois rifampicina e isoniazida por mais 4 meses. Apresentou melhora discreta do quadro clínico. Ao final deste tratamento, evoluiu com cefaleia súbita e intensa e parestesia global. Encaminhada ao serviço terciário onde realizou tomografia computadorizada de tórax que revelou lesões consolidativas em lobo superior direito, algumas escavadas, compatível com processo granulomatoso e nódulos sólidos. A ressonância nuclear magnética de encéfalo identificou três formações expansivas com área central de necrose e, ou, liquefação em lobo occipital esquerdo e direito e lobo parietal sugestivas de lesão granulomatosa ou neoplasias secundárias. A paciente foi submetida a biópsia a céu aberto das lesões encefálicas cujo exame micológico direto e cultura revelaram ser PCM. Paciente recebeu tratamento com anfotericina B complexo lipídico seguido da associação sulfametoxazol-trimetoprim com boa resposta clínica.

**Conclusão:** Este caso alerta para a necessidade de um diagnóstico mais precoce da PCM. A paciente foi erroneamente tratada por seis meses para tuberculose, quando somente recebeu devida investigação diagnóstica após apresentar o comprometimento do SNC. Pacientes que residem em áreas endêmicas da PCM e apresentam quadro respiratório crônico necessitam de investigação para esta micose e instituição do tratamento antes que haja evolução para formas graves da doença.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2024.104141>

**EP-230 - TUBERCULOSE EM APARELHO AUDITIVO COMO MANIFESTAÇÃO PRINCIPAL DE TUBERCULOSE DISSEMINADA EM CRIANÇA IMUNOCOMPETENTE. RELATO DE CASO.**

Mônica Peduto P. Rodrigues,  
Elaine A. Fernandes Oliveira,  
Maria Soledade de Araujo,  
Deise C. dos Santos Alvarenga,  
Roseli dos Santos de Faria