

**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

SMS. DAE. Policlínica Centro, São Bernardo do Campo, SP, Brasil

**Introdução:** O diagnóstico de tuberculose (TB) na infância fundamenta-se na aplicação de escore clínico. Febre é o sintoma mais frequente tanto na forma de TB pulmonar quanto extrapulmonar (TBE). A disseminação da TB associa-se ao comprometimento imunológico por doenças subjacentes ou ausência de vacinação levando a formas graves de TB/TBE. Este caso se inicia como febre de origem indeterminada (FOI) levando 17 meses para diagnosticar TB em aparelho auditivo (TBA) em criança, sexo, feminino, de 10 anos.

**Objetivo:** Apresentar manifestações clínicas, diagnóstico e evolução de um caso raro de TBA.

**Método:** Relato de caso baseado em dados clínicos e laboratoriais de prontuário.

**Resultados:** Queixa inicial otalgia em orelha esquerda (OE) e febre tratada como otite média aguda em abril/2022 com amoxicilina com melhora. Recidiva otalgia, odinofagia e febre acima de 38°C intermitentes por 4 meses. Em junho/2022 inicia tosse produtiva, radiografia de tórax normal, tratada como IVAS. É internada por FOI, apresentou derrame pericárdico suspeito de endocardite, realizada punção de Marfan, culturas negativas, biópsia inconclusiva, investigação reumatológica suspeita de lúpus eritematoso sistêmico ou síndrome genética. Recebeu pulso terapia com corticoide que resolveu a febre, iniciou 1mg/kg/dia de prednisona uso contínuo. Evolui com hematúria, hipertensão arterial, apatia e fácies cushingoide. Março/2023 piora a otalgia, zumbido, hipoacusia e secreção purulenta em OE. Novamente internada, na tomografia de mastoide apresentou pólipos em orelha média esquerda, com biópsia excisional em julho/23: processo inflamatório granulomatoso com reação gigantocelular de tipo Langhans, necrotizante, com granulomas confluentes, pesquisa histoquímica para BAAR positiva. Manteve tosse produtiva, baciloscopia no escarro positiva. Foi iniciado rifampicina (R), isoniazida (H), pirazinamida, etambutol na fase de ataque, segue em fase de manutenção com RH. Realizado desmame de corticoide e hipotensores com remissão total da febre, dos sintomas otológicos, urinários, vasculares e psíquicos em 90 dias. No quarto mês houve drenagem de secreção purulenta pela cicatriz da punção de Marfan, sem fístula, com resolução em 40 dias, derrame pericárdico residual em ecocardiograma preservada função cardíológica. Segue em tratamento, mantendo ferida operatória retroauricular OE em cicatrização por segunda intenção.

**Conclusão:** TBA foi a principal manifestação de TB disseminada isso mostra a importância de insistir na busca por TB/TBE na presença de FOI no Brasil.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2024.104142>

EP-231 - ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO DE CASOS DE TUBERCULOSE OCULAR EM CENTRO DE REFERÊNCIA TERCIÁRIA PARA TUBERCULOSE NA REGIÃO METROPOLITANA DE SÃO PAULO.

Mônica Peduto P. Rodrigues,  
Júlia Carvalho Giannini,  
Maria Soledade de Araujo,

Elaine A. Fernandes Oliveira,  
Roseli dos Santos de Faria,  
Deise C. dos Santos Alvarenga

SMS. DAE. Policlínica Centro, São Bernardo do Campo, SP, Brasil

**Introdução:** Tuberculose ocular (TO) é uma forma rara de tuberculose extrapulmonar (TE), tem apresentação clínica variável, apresenta poucos dados na literatura e o diagnóstico é realizado de forma presumida. Neste estudo levantamos dados de casos do Programa de Controle de Tuberculose (TB) de São Bernardo do Campo, SP.

**Objetivo:** Análise do perfil epidemiológico dos casos de TO de um serviço de referência terciária para TB.

**Método:** Foram analisados retrospectivamente casos diagnosticados e tratados no período de 01/01/2018 a 31/12/2023, através da plataforma TBWEB e prontuário. O diagnóstico de TO foi realizado segundo 3 critérios, dois obrigatórios para o início do tratamento: a) apresentação clínica oftalmológica, b) teste tuberculínico maior de 10mm (ou IGRA reagente); e o terceiro critério avaliado após 6 meses: c) resposta terapêutica. Os dados foram comparados com dados de literatura publicada.

**Resultados:** Avaliou-se 35 casos de TO, correspondendo a 2,1% do total os casos de TB (1652) e 11,1% dos casos de TE (314), dados de literatura relatam 2% de TO em relação à frequência de TE. A faixa etária adulta entre 18 e 60 anos abrangeu 97,1%(34) dos casos. Quanto ao sexo 71,4%(25) femininos e 28,6%(10) masculinos. A forma clínica predominante 31,4%(11) foi uveíte unilateral, 20%(7) uveíte bilateral, 17,1%(6) esclerite unilateral e 8,6%(3) coriorretinites, outras apresentações somaram 22,9%(8) dos casos. Dos sintomas: 49%(17) relataram perda parcial da visão, 23%(8) turvação visual, 23%(8) hiperemia e 11%(4) dor ocular. Quanto à exposição 62,8%(22) eram não expostos para TB, 28,6%(10) eram contato de TB confirmado, 8,6%(3) trataram TB pulmonar. Das comorbidades:14,3%(5) diabetes. Diagnóstico diferencial: 48%(17) excluíram outras doenças infecciosas (HIV, CMV, sífilis e toxoplasmose) e 17,1%(6) excluíram doenças reumatológicas. O tratamento em 100% (35) dos casos foi: rifampicina, isoniazida, pirazinamida e etambutol, via oral; variando entre: 6 meses 40%(14) dos casos, 7 meses 8,6%(3), 9 meses 25,7%(9) e 12 meses 17,1%(6). Desfecho: 40%(14) apresentaram recuperação total, 28,6%(10) apresentaram melhora parcial dos sintomas, 20% (7) não melhoraram, 2,9%(1) mudaram o diagnóstico, 2,9% (1) perderam segmento por transferência, 5,7%(2) não houve registro no prontuário.

**Conclusão:** TO apresentou frequência 5,5 vezes maior em relação aos dados de literatura, talvez por ser um serviço de referência regional. A resolatividade (total + parcial) de 68,6% (24) sugere a necessidade de investimentos em diagnóstico diferencial.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2024.104143>