

### EP-232 - SÍNDROME HEMOFAGOCÍTICA EM PACIENTE COM GATILHO INFECCIOSO POR HERPES SIMPLIS TIPO 1: RELATO DE CASO.

Isabelle Oliveira Santos,  
Roberta Cardoso Petroni, Renato de Mello Ruiz,  
Aline Graciano Siqueira, Natalia Farias Seabra,  
Erica Nunes de Oliveira,  
Rubia Anita Ferraz Santana,  
Andrea Aparecida Rocco Villarinho,  
Joao Carlos de Campos Guerra,  
Andre Mario Doi

Hospital Israelita Albert Einstein, São Paulo, SP,  
Brasil

**Introdução:** A síndrome hemofagocítica (SH) é uma condição rara caracterizada por uma hiperativação desregulada do sistema imunológico, resultando em hemofagocitose anormal. A SH pode ser dividida em primária e secundária e esta última pode ser desencadeada por patógenos infecciosos, neoplasias, doenças autoimunes, imunossupressão e medicamentos.

**Objetivo:** Entre os gatilhos infecciosos, a família Herpesviridae é responsável por 62% dos casos, com destaque para o Epstein-Barr (43%). Outros herpesvírus, incluindo os tipos 1 e 2, são menos comuns, mais frequente em pacientes imunodeprimidos e raramente afetando adultos imunocompetentes.

**Método:** Relatamos o caso de uma paciente imunocompetente de 27 anos com quadro de SH desencadeada por infecção por vírus herpes simples tipo 1 em nosso serviço.

**Resultados:** A paciente apresentou febre, mialgia, náuseas e vômitos com dois dias de evolução, evoluindo para insuficiência respiratória aguda. A paciente não possuía antecedentes relevantes, imunossupressão ou diagnósticos prévios. Durante a investigação, foram descartadas alterações genéticas associadas à SH primária; tomografia de tórax evidenciava consolidação pulmonar e atelectasias. As sorologias para dengue, Zika, chikungunya, citomegalovírus, Epstein-Barr, clamídia e neisseria foram não reagentes. Apresentou sorologia IgG positiva para herpes simples. Foi então solicitado o PCR em tempo real em lavado broncoalveolar e sangue periférico que confirmou a presença do DNA do herpes simples tipo 1. A paciente continuava apresentando febre além de esplenomegalia, pancitopenia, hiperferritinemia, hipertrigliceridemia e evidência de SH em aspirado de medula óssea. O HScore da paciente indicou uma probabilidade de 98% para SH. O tratamento foi feito com imunoglobulina, corticoterapia e aciclovir evoluindo com reversão dos sinais de disfunção orgânica.

**Conclusão:** A detecção precoce do agente infeccioso foi crucial para o tratamento eficaz. A SH secundária ao herpes vírus tipo 1 é uma condição rara em adultos imunocompetentes, por isso a importância dos testes moleculares no diagnóstico diferencial da etiologia desta síndrome.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2024.104144>

### EP-233 - PARACOCCIDIODOMICOSE JUVENIL: UM RELATO DE CASO EM MULHER DE FASE ADULTA

Vitória Lucchesi Ribeiro, Ana Elisa Carvalho,  
Nadine Duarte de Oliveira Moura,  
Bruno Alexander Barbosa,  
Maria Julia Medeiros Metell,  
Juliana Amorim Souza Rondon, Ivana Menezes,  
Michelli Daltro Coelho Ridolfi,  
Francisco Jose Dutra Souto,  
Lais Maurício O.A. de Freitas

Hospital Universitário Júlio Müller (HUJM), Cuiabá,  
MT, Brasil

**Introdução:** A paracoccidioidomicose (PCM) é micose sistêmica produzida pelo *P. braziliensis*, comum em áreas rurais do país. A forma crônica, envolvendo vias aéreas e linfonodos, é a mais comum, e acomete adultos. Forma sistêmica, mais grave e infrequente, ocorre em jovens (forma juvenil). Caracteriza-se por febre, anorexia, linfonodomegalias, hepatoesplenomegalia e lesões cutâneas.

**Objetivo:** Descrever apresentação atípica, de forma juvenil de PCM em paciente adulta.

**Método:** Relato de caso e revisão bibliográfica.

**Resultados:** Mulher de 43 anos, proveniente do norte de Mato Grosso, foi encaminhada a serviço de cirurgia na capital, com história de dor em hipocôndrio direito, febre, icterícia há 5 meses. Emagrecera 12 Kg. Tinha leucocitose, anemia, hiperbilirrubinemia direta, alteração das enzimas hepatocíticas e canaliculares. Testes para hepatites, HIV e auto-imunidade negativos. RM do abdome mostrou hepatoesplenomegalia com focos hipotensos em parênquima. Vias biliares intra-hepáticas com discretas dilatações e irregularidades parietais, sem fatores obstrutivos. Aventada hipótese de colangite biliar ou esclerosante e iniciados Ácido Ursodesocólico e Prednisona. Após 2 semanas sem melhoras, foi encaminhada ao nosso Serviço. Apresentava-se em mau estado geral, icterícia e taquicárdica. Notados linfonodos aumentados, firmes, dolorosos em cadeia cervical esquerda, que referiu ter surgido 7 dias antes. Fígado a 3 cm do rebordo costal, Traube ocupado. Foi internada. TC de abdome mostrou linfonodomegalias periportais (até 3,2 cm) e paraórticos. Na evolução, apresentou máculas disseminadas em membros e piora hemodinâmica. Realizada biópsia de linfonodo cervical e de lesão cutânea. Transferida para UTI. Coloração pelo Grott identificou fungos com esporulação, compatível com *P. braziliensis*. Iniciada Anfotericina B Lipossomal. Em 3 dias evoluiu para ventilação mecânica, plaquetopenia, infarto esplênico, insuficiência renal aguda e óbito. Cultura do material (linfonodo e pele) confirmou *P. braziliensis*.

**Conclusão:** A PCM juvenil é uma forma grave da doença, sendo rara sua manifestação em após os 30 anos. Embora icterícia possa ocorrer em casos avançados, apresentação simulando doença hepatobiliar é incomum. Linfonodomegalia cervical, tão típica da doença, surgiu somente meses após início do quadro. Este relato demonstra a importância da suspeita clínica em áreas endêmicas. Alertando para a

possibilidade de apresentação como síndrome colestática não obstrutiva.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2024.104145>

#### EP-234 - ENDOCARDITE SUBAGUDA POR AGGREGATIBACTER APHROPHILUS - GRUPO HACEK: UM RELATO DE CASO

Vitoria Lucchesi Ribeiro, Ana Elisa Carvalho, Stephannie Cristini Jesus, Paula Francis Ribeiro, Francisco Kennedy Azevedo, Giovana Volpato Feuser, Leonardo Souza Fernandes, Paula Sossai Rizzo, Marco Andrey Pepato

Hospital Universitário Júlio Müller (HUFM), Cuiabá, MT, Brasil

**Introdução:** HACEK é por definição um grupo de bactérias gram-negativas, as quais são comumente encontradas na cavidade oral, apresentam baixa virulência e estão importantemente relacionadas a endocardite infecciosa (EI). O quadro clínico de suspeição é composto por febre maior que 38°C, eventos embólicos, esplenomegalia e novo sopro ou mudança de sopro pré-existente. O grupo HACEK é conhecido por apresentar hemoculturas negativas, devido à lenta taxa de crescimento em culturas sanguíneas. O método MALDI-TOF MS, o qual utiliza da ionização a laser por espectrometria, para identificar de maneira rápida e precoce o agente microbiológico. Neste relato, é importante ressaltar a hemocultura positiva para Grupo HACEK como critério maior para diagnóstico de EI a partir da utilização dos critérios de Duke modificados.

**Objetivo:** Descrever a hemocultura positiva para Grupo HACEK como critério maior para diagnóstico de EI.

**Método:** Relato de caso e revisão bibliográfica.

**Resultados:** Paciente masculino, 53 anos, portador de diabetes mellitus tipo 2 insulino-dependente, natural e procedente de Cuiabá-MT, vem ao serviço relatando febre diária há 02 meses, associada a calafrios, artralgia de membros superiores e inferiores, cefaléia e perda ponderal de 4kg no último mês. Ao exame físico, identificada hepatoesplenomegalia, sopro sistólico e exames laboratoriais apresentaram discreta leucocitose, provas inflamatórias aumentada, FAN não reagente, Gama Interferon Negativo, gota espessa negativo e sorologias negativas. Na tomografia de tórax, apresentou imagens sugestivas de consolidações em bases. Após internação, iniciado tratamento empírico para endocardite devido quadro sugestivo, com Ceftriaxona, e Azitromicina por 5 dias (para cobertura empírica de pneumonia). Ecotranstoracico com presença de fluxo em ramo esquerdo da artéria pulmonar, sugestivo de persistência do canal arterial (PCA) e aparecimento de manchas de Janeway em membros inferiores. Hemoculturas colhidas indicaram crescimento de *Aggregatibacter aphrophilus* do Grupo HACEK (identificação através do método automatizado VITEK®/bioMerieux e confirmação pelo MALDI-TOF). Paciente evoluiu com melhora dos picos febris ao longo da antibioticoterapia. Suspenso ceftriaxona com 28

dias, paciente evoluiu com melhora clínica. Alta hospitalar e seguimento clínico.

**Conclusão:** Relatar um caso de endocardite por *Aggregatibacter aphrophilus* do Grupo HACEK e a importância da sua identificação para tratamento direcionado e adequado dos pacientes acometidos por essa grave patologia.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2024.104146>

#### EP-235 - TUBERCULOSE PERICÁRDICA: RELATO DE CASO

Vitória Lucchesi Ribeiro, Ana Elisa Carvalho, Leonardo Souza Fernandes, Francisco Kennedy Azevedo, Giovana Volpato Feuser, Madson Silva Sousa, Camila Paixão Marques, Tatiana Fortes

Hospital Universitário Júlio Müller (HUFM), Cuiabá, MT, Brasil

**Introdução:** A tuberculose é uma doença infecciosa muito comum no território brasileiro, sendo a tuberculose pericárdica uma das formas extrapulmonar. Em geral, os pacientes não apresentam acometimento pulmonar concomitante. O quadro clínico não é específico, podendo dificultar o diagnóstico. O diagnóstico é realizado com a detecção da micobactéria no líquido ou tecido pericárdico, e o tratamento deve ser iniciado assim que confirmado o diagnóstico ou quando o quadro é altamente sugestivo. Tal acometimento pode causar repercussões clínicas e hemodinâmicas importantes na evolução do paciente.

**Objetivo:** O objetivo deste relato é evidenciar a tuberculose pericárdica como possível diagnóstico em quadros clínicos de serosites de repetição.

**Método:** Trata-se de relato de caso, com informações obtidas mediante análise do prontuário médico e revisão bibliográfica.

**Resultados:** Paciente feminino, 18 anos, natural e procedente de Mato Grosso, internou no serviço devido quadro de polisserosite crônica de início há 03 anos e sem diagnóstico prévio. No momento da internação apresentava hiporexia, anasarca e encontrava-se estável hemodinamicamente. Ao exame físico cardiovascular ritmo cardíaco regular, bulhas hipofonéticas em focos tricúspide e mitral, sem sopros. Na ausculta respiratória murmúrio vesicular diminuído em bases bilateralmente. Abdome com presença de ascite. Nos exames laboratoriais marcadores auto-ímmunes negativos e sorologias não reagentes. Em ecocardiograma transtorácico evidenciado derrame pericárdico volumoso (8,3cm de diâmetro leterolateral) com presença de "swinging heart" e colabamento de átrio direito. Realizado janela pericárdica com pericardiocentese e biópsia pericárdica com drenagem de 1.000ml de líquido pericárdico amarelo citrino. Em análise do líquido pericárdico o RT-PCR apresentou resultado positivo para *Mycobacterium ssp* e ADA acima da referência. O anatomopatológico apresentou espessamento fibroso do pericárdio, edema do tecido adiposo adjacente, ausência de processo inflamatório ativo, ou de neoplasia, compatível com pericardite crônica. Após o diagnóstico paciente foi tratada com