

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 importante-mente 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

esquema RIPE tendo melhora do quadro clínico e alta hospitalar. Em retorno ambulatorial paciente segue estável e sem novas serosites.

Conclusão: A tuberculose pericárdica deve ser um diagnóstico investigado quando nos deparamos com quadros inflamatórios crônicos envolvendo o saco pericárdico, tendo ou não derrame pericárdico, com ou sem descompensação hemodinâmica, principalmente em regiões endêmicas.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2024.104147>

EP-236 - PARACOCCIDIOIDOMICOSE AGUDA NA GESTAÇÃO: EVOLUÇÃO CLÍNICA E DISSEMINAÇÃO APÓS PULSOTERAPIA INADVERTIDA

Flávia Carolina Soares Bonato,
Emily Ane Araujo Santana,
Carolline Siqueira Lembo,
Yago Caetano de Sousa Almeida,
Leonardo Torioni, Jordan Monteiro Pinheiro,
Ferdinando Lima de Menezes,
William Dunke de Lima, Beatriz Pascuotte,
João Antônio Gonçalves Garreta Prats

Beneficência Portuguesa de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil

Introdução: A paracoccidiodomicose (PCM) é uma micose sistêmica causada por fungos do gênero *Paracoccidioides*. Pode se apresentar sob a forma aguda (juvenil) e crônica (adulta).

Objetivo: Relatar o caso de uma gestante com PCM disseminada para medula óssea, fígado e gânglios.

Método: Coleta de dados de prontuário.

Resultados: Paciente do sexo feminino, de 31 anos, procedente do estado do Mato Grosso do Sul/SP, que foi transferida para hospital terciário em São Paulo/SP por quadro de febre, anemia, hepatoesplenomegalia e icterícia há um mês. Era previamente hígida e estava gestante de 34 semanas quando, foi submetida a uma cesárea de urgência por amniorrexe prematura. Permaneceu internada após o parto com quadro de anemia importante e icterícia persistente. Diante de um Coombs direto fracamente positivo e sendo descartada colestase gestacional, foi aventada a hipótese de anemia hemolítica autoimune, sendo realizada pulsoterapia com metilprednisolona ainda no serviço de origem. Na admissão hospitalar em nosso serviço estava sonolenta, icterícia e febril. Em exames de imagem foi observado fígado com aumento difuso e sinais de edema periportal, esplenomegalia e linfonomegalias generalizadas. Evoluiu com piora progressiva da colestase, anasarca com ascite de grande monta e piora hemodinâmica. Realizou biópsias de linfonodo cervical, fígado e medula óssea. Todas as três evidenciaram processo inflamatório crônico granulomatoso com estruturas fúngicas arredondadas (leveduras capsuladas) fagocitadas por células gigantes multinucleadas com multibrotamentos. A imunohistoquímica confirmou a presença de *Paracoccidioides* no linfonodo cervical. Em exame de contraímunoeletroforese para PCM, teve resultado reagente com título de 1/64. Foi

iniciada anfotericina lipossomal (L-AmB). Após quatro semanas de L-AmB, a paciente já se encontrava afebril e com melhora progressiva clínica e laboratorial. Recebeu alta hospitalar com sulfametoxazol-trimetoprim e programação de retorno ambulatorial.

Conclusão: Em contrapartida à população alvo da doença que predomina em homens e trabalhadores rurais, neste caso descrevemos uma apresentação em mulher jovem da área urbana contribuído pela crescente urbanização. Nas mulheres, a PCM incide antes da menarca ou após a menopausa, sendo infrequente na idade fértil. Durante a gestação, hormônios maternos e placentários podem resultar em uma imunodepressão componente celular, podendo aumentar o risco de incidência de infecções oportunistas.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2024.104148>

EP-237 - MENINGITE POR HISTOPLASMA COMO PRIMEIRA MANIFESTAÇÃO CLÍNICA DE HISTOPLASMOSE DISSEMINADA EM PACIENTE IMUNOCOMPETENTE.

Francelina da Costa, Marcela de Faria Ferreira,
Vasco João Mendes, Mauricio Petroli,
Rayner I. Goulart Oliveira, Antônio João Guio,
Pedro G.D.L. Pereira,
Emanuel Gomes Dos Santos,
Pedro H.N. Theodoro, Thiago A. Lisboa Netto

Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas (INI), Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Introdução: A histoplasmose é uma micose sistêmica endêmica adquirida pelo trato respiratório. Pode causar doença localizada pulmonar ou se disseminar via hematogênica, raramente acometendo o Sistema Nervoso Central (SNC).

Objetivo: Relato de um caso raro.

Método: Revisão de prontuário, discussão com equipe médica e revisão bibliográfica.

Resultados: Descrevemos um caso atípico de uma paciente feminina, 28 anos, natural do Rio de Janeiro/Brasil, previamente hígida, com início subagudo de cefaléia, fotofobia, náuseas, vômito, febre e diarreia, há um mês após viagem para Europa. Foi hospitalizada para investigação e submetida a TC de crânio, sem alterações e TC de tórax, com micronódulos centrolobulares, árvore em brotamento e nódulo com densidade de partes moles com vidro fosco ao redor na base direita. Análise do líquido (LCR) com padrão inflamatório, 345 células/mm³ (97% mononucleares), proteínas 64 mg/dL e glicose 49 mg/dL. Exames específicos no LCR, incluindo VDRL, teste molecular para *Mycobacterium tuberculosis*, cultura para micobactérias, cultura e exame direto para fungos, PCR multiplex para vírus do grupo herpes, bem como sorologias para Dengue, Zika, Chikungunya, *Rickettsia* spp, vírus Oropouche, *Coxiella* spp, vírus Mayaro, encefalite de Saint-Louis e Febre do Oeste do Nilo foram negativas. A imunodifusão dupla para histoplasmose no soro foi reagente, porém, o antígeno urinário foi negativo, levando à hipótese de contato prévio com este agente, sem doença ativa por este fungo. Foi