

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