

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

iniciado empiricamente tratamento para meningite tuberculosa com rifampicina, isoniazida, pirazinamida, etambutol e dexametasona, pelo padrão do LCR e das lesões pulmonares sugestivas de micobacteriose. A paciente teve melhora temporária parcial, mas piorou após o desmame do corticóide. Foi levantada hipótese de histoplasmose de SNC e realizada sorologia pela técnica de Western Blot e nested-PCR para *Histoplasma capsulatum* no líquido, com resultados reagentes. Foi tratada com anfotericina B lipossomal por 6 semanas e depois mantida com itraconazol 400 mg/dia, com melhora total dos sintomas.

Conclusão: Este caso destaca a importância de incluir a histoplasmose no diagnóstico diferencial de lesões nodulares pulmonares e manifestações neurológicas, especialmente em regiões onde a doença é prevalente. O diagnóstico tardio enfatiza os desafios na distinção entre histoplasmose e outras patologias com manifestações clínicas e radiográficas semelhantes, como a tuberculose, mesmo em pacientes sem comprometimento imunológico evidente.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2024.104149>

EP-238 - NEUROCRYPTOCOSE POR CRYPTOCOCCUS GATTII E SUAS COMPLICAÇÕES EM IMUNOCOMPETENTE: RELATO DE CASO

Gabryela Barreto Couto,
Adriane Gomes de Souza,
Amanda Silva Garcês Furtado,
Layanne Barbosa Paz, Paula Luna Oliveira Leite,
Raissa Pinto Nunes Alves,
Cláudia Fernanda Lacerda Vidal

Hospital das Clínicas, Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Recife, PE, Brasil

Introdução: O *C. gattii* é um fungo complexo, que atinge o sistema nervoso central, causando meningoencefalite, convulsões, cefaleia e alterações de nervos cranianos, afetando múltiplas áreas encefálicas. O diagnóstico é feito com exame clínico, estudo do líquido e exames de imagem.

Objetivo: Descrever o diagnóstico, tratamento e as variações clínicas de uma neurocriptocose por *C. gattii* apresentadas por uma paciente imunocompetente.

Método: Realizou-se um estudo descritivo do tipo relato de caso, o qual ocorreu no serviço de infectologia do Hospital das Clínicas (HC) em Recife-PE entre Janeiro e Abril de 2024.

Resultados: L.F.M., feminino, 39 anos, apresentou quadro de cefaleia fronto-temporal, tontura, náuseas, vômitos, febre não aferida, rash dérmico e perda de peso. Buscou um serviço de urgência onde realizou uma RNM (ressonância magnética) de crânio e uma coleta de LCR (líquido cefalorraquidiano) diagnosticando neurocriptocose, e assim iniciando o tratamento com Anfotericina B Lipossomal e Fluocitosina com fase de indução por 6 semanas. A princípio, estava em unidade de terapia intensiva, devido a crises convulsivas e aumento da pressão intracraniana, realizando punções de alívio e uso de fenitoína para controle. Evoluiu com estabilidade clínica em 2 semanas, seguindo o restante do tratamento em

enfermaria até o final da fase de indução terapêutica. Teve alta com a resolução dos sintomas que motivaram o internamento, com tratamento de manutenção com Fluconazol, além de Fenitoína e Topiramato. Seis dias após, procurou a emergência com dificuldade para deambular, desequilíbrio, afasia, náuseas e vômitos, o novo LCR mostrou hiperproteínoorraquia + Tinta da China positivo + estruturas fúngicas esporuladas. Assim, a paciente foi internada para estender a fase de indução terapêutica por mais 4 semanas com Anfotericina B Lipossomal e Fluocitosina. Após término estava assintomática, seguindo de alta realizando manutenção com fluconazol, e em uso de levitiracetam.

Conclusão: Causas de imunodeficiência foram rastreadas e descartadas na paciente, correlacionando como possível fator desencadeante de uma resposta inflamatória a ressecção Schwannoma ovariano 3 meses antes. Optou-se então por estender a terapia de indução devido à piora clínica e pela indicação formal pela presença de criptococomas cerebrais observados na RNM. Dessa forma, observamos excelência nos resultados clínicos obtidos pela paciente, permitindo a alta e acompanhamento ambulatorial.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2024.104150>

EP-239 - LEPTOSPIROSE EVOLUINDO COM ANEMIA HEMOLÍTICA

Heloísa Abdon Melo Silva,
Valdes Roberto Bollela,
Gilberto Gamberro Gaspar,
Fernanda Guioti Puga, Luís H.L. Santos,
Rafael Fiacadori Silva, Matheus H.T. Avila,
João Leonardo Silveira Rossi,
Lara Salgado Saraiva, Mateus O. Prado

Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (HCFMRP), Universidade de São Paulo (USP), Ribeirão Preto, SP, Brasil

Introdução: A leptospirose é uma zoonose de grande relevância clínica, mas ainda subnotificada e sem dados confiáveis de incidência global, relacionada a condições sanitárias precárias e vulnerabilidade sócio-econômica. A suspeita clínica leva ao tratamento precoce, um importante fator de modificação no prognóstico das formas graves, como a síndrome íctero-hemorrágica.

Objetivo: Relatar caso de leptospirose evoluindo com anemia hemolítica, um achado infrequente no curso da doença.

Método: Relato de caso e revisão de literatura.

Resultados: Paciente masculino, 40 anos, negro, residente em Ribeirão Preto, encanador. Referiu início de mialgia generalizada em 20/02/24, associada a artralgia, cefaléia, e febre diária. No 3º dia de doença, evoluiu com dor abdominal epigástrica irradiando para hipocôndrio direito, associada a vômitos, diarreia, icterícia, e redução de débito urinário. Procurou UPA em 28/02, onde foi evidenciada hiperbilirrubinemia direta e lesão renal aguda normocalêmica, sendo por este motivo encaminhado à Unidade de Emergência do HCFMRP. Ao exame físico, apresentava-se icterico 4+/4+, afebril, estável hemodinamicamente, confortável em ar ambiente, com