

hepatomegalia e abdome difusamente doloroso, sem sinais de peritonite, sem outros achados. Foi internado e iniciou hemodiálise, foram solicitadas sorologias, incluindo leptospirose, e iniciada ceftriaxona. Desde a admissão evoluiu com queda progressiva de hemoglobina, sem sangramentos, até hb de 5 no dia 08/03, quando foi transfundido. Apesar da anemia, referia melhora completa dos sintomas da admissão, queixando-se apenas de astenia. Na investigação, foram solicitados marcadores de anemia hemolítica, com resultado confirmatório, e pelo uso recente de ceftriaxona (totalizou sete dias em 06/03) e infecção ativa, levantou-se hipótese de deficiência de G6PD, cujo teste qualitativo resultou positivo. O paciente evoluiu com recuperação progressiva dos níveis de hemoglobina após transfusão única, sem outras intervenções, e recebeu alta em 15/03, em completa recuperação renal, hepática e da hemólise, com IgM reagente para leptospirose.

Conclusão: A anemia hemolítica é um achado atípico no curso natural da Síndrome de Weil, podendo ocorrer na fase imune das formas anictéricas, mas geralmente acompanhada de outros sintomas. Nesse caso, pela melhora clínica e epidemiologia suspeita (brasileiro negro), aventou-se hipótese de deficiência de G6PD, doença que pode cursar com surtos de hemólise (autolimitada ou grave) após uso de medicamentos ou durante infecções.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2024.104151>

EP-240 - MENINGITE POR STREPTOCOCCUS MITIS EM PACIENTE IMUNOCOMPETENTE: RELATO DE CASO

Maria Eduarda Oliveira Onuki,
Marcela Lourenço Alves,
Isabele Carvalho Lemos Inacio,
Flávia Rodrigues Oliveira,
Danilo Luiz Marques Carvalho,
Gelvanna Flávio Barreto Reis,
Sérgio Feijó Rodrigues

Universidade Metropolitana de Santos (UNIMES),
Santos, SP, Brasil

Introdução: *Streptococcus mitis* é uma bactéria do grupo viridans, que pode ser encontrada na flora normal da orofaringe, trato genital feminino, trato gastrointestinal e pele. Embora a patogenicidade e virulência deste seja baixa, pode ser responsável por doenças invasivas. A meningite causada por *S. mitis* é rara, principalmente em imunocompetentes.

Resultados: Homem de 58 anos, sem comorbidades ou medicamentos de uso contínuo, foi encaminhado à Unidade de Terapia Intensiva da Santa Casa de Santos por alteração do nível de consciência, rigidez nuchal, afasia, hemiparesia a esquerda, agitação, vômitos e pressão arterial 230/120 mmHg, à princípio com o diagnóstico de urgência hipertensiva. O paciente permaneceu 10 dias na UTI e foi transferido para a enfermaria de Infectologia do serviço em questão. Após realização de coleta de líquido, foi identificada a presença do agente *Streptococcus mitis* em cultura, além de alta celularidade às custas de 60% neutrófilos 40% linfócitos e proteinorria 1707, sem a presença de outros achados importantes, a

partir disso, fechando o diagnóstico de meningite pelo *S. mitis*. O microrganismo *S. mitis* foi isolado no antibiograma, sendo sensível à ampicilina, vancomicina, amoxicilina com clavulanato, clindamicina e ceftriaxona. Em exames laboratoriais, o paciente possuía leucocitose com neutrofilia, já nos testes sorológicos não foi reagente ao vírus da imunodeficiência humana, hepatite B e C ou sífilis. Assim, o tratamento instituído foi ceftriaxona 2g 12 em 12 horas por 10 dias.

Conclusão: O grupo *S. mitis* é uma etiologia rara de meningite em adultos imunocompetentes e sem neutropenia. Na literatura, esta doença foi descrita em pacientes com raquianestesia prévia, malignidade, alcoólatras, secundária ao abscesso cerebral e principalmente, como uma das possíveis complicações neurológicas de endocardite bacteriana. Entretanto, em 1/3 dos casos, a origem da infecção não é esclarecida. No caso apresentado, o paciente não apresentou alterações sugestivas no ecocardiograma transtorácico que pudessem sugerir uma meningite pelo *S. mitis* secundária à endocardite bacteriana. Porém, uma provável etiologia seria a entrada pela via aérea superior em um episódio de imunodepressão temporária, uma vez que o agente em questão habitualmente está presente na cavidade oral de indivíduos imunocompetentes, sem causar repercussões clínicas. Em resumo o relato em questão é de suma relevância, visto a baixa prevalência de casos.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2024.104152>

EP-241 - CASAL COM ASPERGILOMA EM CAVITAÇÃO DE TUBERCULOSE PULMONAR: RELATO DE CASO

Isabella Rossi Garcia, João Pedro B.F. Gaion,
Alexandre Micali Carvalho,
Sigrid de Sousa Santos

Departamento de Medicina da Universidade Federal
de São Carlos (UFSCar), São Carlos, SP, Brasil

Introdução: A aspergilose pulmonar crônica geralmente afeta pessoas imunocompetentes com doença pulmonar prévia. São fungos ubíquos, sendo a doença mais associada à predisposição individual que à exposição ambiental. No aspergiloma, a bola fúngica se desenvolve em cavidade pulmonar previamente formada, principalmente por tuberculose ou por micobactérias não tuberculosas.

Objetivo: Destacar o papel do fator ambiental no desenvolvimento da doença.

Método: Relato de caso e revisão da literatura.

Resultados: Em 12/2022, AGF, fem, 67 anos, procurou atendimento por tosse seca há 2 anos, após COVID-19, há 6 meses com expectoração amarelada e há 2 meses com hemoptise, associadas a sudorese noturna e emagrecimento. Relatava diabetes mellitus em uso de metformina e gliclazida, e hipertensão arterial, em uso de enalapril. Apresentava-se pouco descorada, eupneica (16 rpm), taquicárdica (110 bpm), SatO₂ 97% e ausculta pulmonar limpa. A TC de tórax mostrou opacidades pulmonares com focos de consolidação alveolar e escavações de margens espessas de permeio, opacidades centrobolares com aspecto ramificado e cavitação no segmento

superior do lobo inferior E, com formação nodular de 1,5 cm no seu interior. Realizado lavado broncoalveolar com teste rápido molecular para tuberculose positivo, sensível a rifamicina, cultura para fungos negativa e cultura geral *Staphylococcus aureus*. Acompanhava o marido, DF, masc, 67 anos, ex-tabagista (120 anos-maço) e com tuberculose pulmonar tratada em 2017 com esquema básico (RHZE). RX de 2019 mostrava seqüela pulmonar com escavações e opacidades retráteis em ápices. Relatava tosse com expectoração branco-amarelada há 2 anos, e cansaço aos moderados esforços. Em uso de formoterol+budesonida e brometo de umeclidínio. Apresentava-se emagrecido, taquipneico (21 rpm), SatO₂ 93% e com crepitações em ambos hemitórax. A TC de tórax mostrou opacidades nodulares bilaterais, mais numerosas nos campos pulmonares superiores, bandas parenquimatosas atelectásicas com distorção da arquitetura pulmonar, cavitações em ápices bilateralmente, com formações nodulares de contornos irregulares e com densidade de partes moles no seu interior. Cultura de escarro: *Aspergillus* sp, PBAAR(-) Micológico (-). TR HIV do casal: não reagente. Moravam em sítio com criação de bovina, equina e de frango, com silo para armazenamento de ração e feno, e com residência pouco arejada e com mofo.

Conclusão: A exposição ambiental do casal parece ter predisposto à bola fúngica.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2024.104153>

EP-242 - PARACOCCIDIOIDOMICOSE INTESTINAL - RELATO DE CASO

Isabelle Dias de Oliveira,
Juliana P.F. Takahashi, Lidia Midori Kimura,
Luis F. Mesias Barrezueta,
Leonardo J. Tadeu de Araújo

Instituto Adolfo Lutz, São Paulo, SP, Brasil

Introdução: A paracoccidiodomicose (PCM) é uma micose sistêmica, causada por fungos dimórficos, pertencentes ao gênero *Paracoccidioides* spp. Destaca-se como a oitava causa de morte por doenças infecciosas e parasitárias predominantemente crônicas. Suas manifestações clínicas variam de acordo com o estado imunológico do indivíduo, podendo disseminar-se via linfo-hematogênica em diferentes órgãos abdominais, causando linfadenopatia, hepatomegalias e esplenomegalia. O diagnóstico definitivo necessita de avaliação clínica especializada, pois é dependente da correlação dos sintomas com a identificação das estruturas patogênicas do patógeno.

Objetivo: Relatar caso clínico raro de PCM intestinal, a fim de propagar conhecimento e auxiliar no prognóstico desta doença.

Método: Descrever informações clínicas da paciente e discuti-las com base na literatura.

Resultados: Paciente do sexo feminino, 44 anos, residente da cidade de Sorocaba (SP), foi atendida no Complexo Hospitalar de Sorocaba relatando dores abdominais. Tomografia computadorizada do abdome superior resultou em múltiplas linfonodomegalias intra-abdominais e espessamento parietal

no cólon ascendente. Colangiorressonância evidenciou fígado com dimensões aumentadas e esplenomegalia, sugerindo diagnóstico de neoplasia. Após biópsia de cólon, as colorações HE e Grocott revelaram processo inflamatório granulomatoso, com estruturas fúngicas leveduriformes, de parede grossa, com brotamentos simples ou múltiplos compatíveis com *Paracoccidioides* spp.

Conclusão: A PCM acomete de forma proeminente pulmões, gânglios linfáticos e pele. A disseminação intestinal ocorre em 7% dos casos. Os achados radiográficos são inespecíficos, podendo ser confundidos com outras doenças granulomatosas e linfoma. Raramente a paracoccidiodomicose é considerada no diagnóstico diferencial, o que favorece a progressão da doença. O diagnóstico padrão-ouro da PCM é a visualização microscópica das estruturas fúngicas, realizada por meio do exame micológico direto ou histológico. O exame histopatológico permite a visualização do fungo em colorações específicas, podendo guiar a terapêutica e reduzir tratamentos desnecessários. A disseminação do conhecimento coletado de dados clínico-epidemiológicos e micológicos em todas as regiões é um passo fundamental para o diagnóstico precoce, tratamento e estabelecimento de assistência integral ao paciente.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2024.104154>

EP-243 - DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO DIFERENCIAL DE OSTEOMIELITE CRÔNICA COM RELAÇÃO DE PROXIMIDADE AO TRATO URINÁRIO

Carolina Rodrigues Baldi, Ivan Costa Marinho,
Igor Maia Marinho, Juliana de A.M. Marinho,
Maísa R.T. Marinho, Beatriz F.F. da Silva

Hospital Sírio Libanês, São Paulo, SP, Brasil

Introdução: Paciente JAP, masculino, 85 anos, médico, admitido em unidade de internação por encaminhado de ortopedista devido saída constante de secreção purulenta em fístula de cistostomia. Quadro refratário ao uso de antibióticos orais. Paciente com antecedente pessoal de osteomielite crônica em sínfise púbica, IAM, FA, HAS, dislipidemia, neoplasia de próstata e ITU de repetição.

Resultados: Paciente em acompanhamento prévio devido neoplasia de próstata já tratada com prostatectomia seguida de radioterapia. Evoluiu com estenose crônica de uretra com necessidade de múltiplas sondagens vesicais de alívio. Com a finalidade de melhorar qualidade de vida, passou por abordagem cirúrgica com realização de cistostomia. Na admissão atual apresentava-se com saída de secreção por fístula vesical, que não cessou após antibioticoterapia VO por 30 dias. Indicada abordagem cirúrgica para fistulectomia e desbridamento. Durante o procedimento foi identificada vascularização comprometida em região púbica e foram coletadas amostras de tecidos moles/ósseos para cultura e avaliação anatomopatológica. Ainda no intraoperatório, foi colocada esponja de gentamicina sobre a lesão e iniciada antibioticoterapia EV empírica. Em cultura de fragmento ósseo identificou-se a bactéria *Globicatella* sanguinis, que se