

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 patognomônicas 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 OSTEOMIELE 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