

EP-469 - FURUNCULOSE GRAVE EM PACIENTE IMUNOCOMPETENTE: UM RELATO DE CASO

Giovanna Catherine Freitas Almeida,
Matheus Todt Aragão,
Nathalia V.B. Todt Aragão,
Edson Santana Gois Filho,
Klécia Santos dos Anjos,
Maria Carolyne de Mendonça Mota,
Giovanna Penteado Mamana,
Ana Vitoria Góis de O. Rabelo,
Maria Eduarda de A. Oliveira,
Jacson J.S.A. dos Reis

Universidade Tiradentes (UNIT), Aracaju, SE, Brasil

Introdução: As manifestações clínicas da infecção pelo *Staphylococcus aureus* podem variar desde lesões cutâneas sem gravidade até choque séptico. A furunculose é, geralmente, uma infecção autolimitada, comprometendo áreas recobertas por pêlos, como a face, axilas e nádegas. Sabe-se que sua frequência e gravidade estão relacionadas a fatores ambientais, a fatores inerentes ao patógeno e a fatores individuais, como a baixa resistência imunológica.

Objetivo: Relatar um caso de furunculose em paciente imunocompetente evoluindo de forma desfavorável, a despeito do tratamento adequado.

Método: Relato de caso.

Resultados: Mulher, 28 anos, previamente hígida. Descreve que, há 1 mês, observou lesões maculo-papulares pequenas e dolorosas, evoluindo para pústulas, em tronco e membro inferior direito. Relata que uma das lesões, em região infraumbilical, evoluiu com endurecimento, nodulação e ponto de flutuação. Procurou dermatologista, sendo prescrito Amoxicilina/Clavulonato por 7 dias e analgésicos, sem melhora. Foi encaminhada ao infectologista, sendo prescrito novamente Amoxicilina/Clavulonato, por 10 dias, cursando com piora, sendo então receitada Clindamicina por 14 dias associada à descolonização com Mupirocina. Foram solicitados exames, revelando apenas discreta leucocitose. Cursou com melhora discreta da lesão, sendo que, 9 dias após o início da Clindamicina, evoluiu com drenagem espontânea de exsudação purulenta volumosa. Foi realizado debridamento cirúrgico, sendo mantida antibioticoterapia. A cultura do material coletado não evidenciou crescimento bacteriano. Houve, então, regressão lenta da lesão, sendo observada melhora significativa apenas após 3 semanas, com formação de cicatriz distrófica.

Conclusão: Foi descrita uma infecção de pele/partes moles em uma paciente jovem e sem fatores de risco, evoluindo com resistência ao tratamento, necrose e ulceração profunda. Salienta-se a má resposta à antibioticoterapia estendida, a despeito do uso de Amoxicilina + Clavulanato e, posteriormente, de Clindamicina. Presume-se que o agente etiológico envolvido tenha sido o *S. aureus*, porém a cultura não foi capaz de revelar a etiologia, provavelmente pelo uso prévio de antibiótico. Por fim, ressalta-se que uma infecção frequentemente benigna e autolimitada, mesmo em um paciente sem fatores de risco, pode evoluir de forma agressiva e refratária ao tratamento adequado, devendo o médico

assistente estar atento a essa evolução atípica e potencialmente grave.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2024.104365>

EP-470 - HISTOPLASMOSE CRÔNICA DISSEMINADA EM PACIENTE IMUNOCOMPETENTE: UM RELATO DE CASO

Giovanna Catherine Freitas Almeida,
Matheus Todt Aragão,
Nathalia V.B. Todt Aragão,
Edson Santana Gois Filho,
Francisco José de Andrade Oliveira,
Kathleen Ribeiro Souza,
Renata Feitosa Galindo,
Horley Soares Britto Neto,
Danilo Guimarães Siqueira,
Luiz Felipe Andrade Sales

Universidade Tiradentes (UNIT), Aracaju, SE, Brasil

Introdução: A histoplasmose é uma infecção fúngica sistêmica causada por fungos da espécie *Histoplasma capsulatum*. No Brasil, a doença ocorre em todas as regiões e a principal forma de infecção é a via inalatória, através de partículas decorrente do manuseio do solo rico em excrementos de aves e morcegos. A apresentação varia desde a forma assintomática até uma forma disseminada potencialmente fatal. Um fator de risco importante é o comprometimento da imunidade celular.

Objetivo: Descrever um quadro crônico e disseminado em um paciente imunocompetente com diagnóstico tardio.

Método: Estudo descritivo que relata a investigação de um caso de histoplasmose.

Resultados: Sexo masculino, 47 anos, paulista, casado e padeiro, procurou auxílio médico com queixas de tosse produtiva, perda de peso, febre vespertina, sudorese, disfagia e odinofagia há 1 ano. Referia história de TB pulmonar adequadamente tratada há 23 anos, sem outras comorbidades. Negava comportamento sexual de risco, tabagismo ou uso de drogas ilícitas, negando também contato frequente com aves ou morcegos. Após avaliação, foi solicitada tomografia computadorizada (TC) de tórax, que demonstrou distorção arquitetural difusa predominando nos ápices e cavitações. Foi encaminhado à atenção primária, realizadas duas baciloscopias (negativas) e iniciada poliquimioterapia para TB. Referiu que após 4 meses, mesmo em uso regular dos medicamentos, não observava melhora significativa, com manutenção da perda ponderal (15Kg), além de piora da disfagia e da odinofagia. Foi encaminhado ao pneumologista, que apenas manteve o tratamento. Procurou, então, atendimento com otorrinolaringologista, sendo realizada videonasofaringolaringoscopia que evidenciou infiltrado, com vegetações de permeio e áreas de fibrina. Realizada biópsia da lesão, evidenciou uma infecção fúngica granulomatosa sugestiva de histoplasmose. Foi optado por internamento hospitalar, descartado diagnóstico de imunossupressão e iniciado tratamento com Anfotericina B parenteral. Após 15 dias, recebeu alta com melhora em uso de Itraconazol.