

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.

Conclusão: No caso descrito, ressalta-se a dificuldade diagnóstica, com investigação longa e laboriosa, envolvendo diversos especialistas e recursos diagnósticos complementares. É fundamental a ampla divulgação de dados acerca da doença, a fim de contribuir para o diagnóstico precoce e assertivo, bem como para tratamento e prevenção adequados.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2024.104366>

EP-471 - EVOLUÇÃO DE LEPTOSPIROSE PARA PANCREATITE AGUDA: RELATO DE CASO

Giovanna Catherine F. Almeida,
Luciana Maria Prado Gomes,
Jairo Joaquim dos Santos Junior,
Edson Santana Gois Filho,
Nathalia V.B. Todt Aragão,
Matheus Todt Aragão, Klecia Santos dos Anjos,
Maria Carolyne de Mendonça Mota,
Giovanna Penteado Mamana,
Kathleen Ribeiro Souza

Universidade Tiradentes (UNIT), Aracaju, SE, Brasil

Introdução: A leptospirose é uma antropozoonose de distribuição mundial, sendo considerada uma doença negligenciada e um grave problema de saúde pública. Apresenta manifestações variáveis, podendo ser potencialmente letal. A Síndrome de Weil acontece em 5-10% dos casos e é a manifestação clássica da leptospirose grave. A doença pode causar envolvimento difuso de vários órgãos secundário à vasculite, no entanto, o envolvimento do pâncreas é considerado incomum.

Objetivo: Relatar um caso de leptospirose que evoluiu com pancreatite aguda.

Objetivo: Relatar um caso de leptospirose que evoluiu com pancreatite aguda.

Método: : Foi realizada busca ativa por meio de anamnese e prontuário eletrônico do paciente.

Resultados: : Paciente do sexo masculino, 49 anos, iniciou quadro de febre, mialgia, cefaléia, dor abdominal, êmese e tosse seca, sendo atendido em pronto atendimento, medicado e liberado. Courseu com episódio de síncope, sendo então hospitalizado. Evoluiu com agravamento do quadro, apresentando insuficiência renal aguda e suspeita de pancreatite, sendo transferido para o Hospital de Urgência do Estado de Sergipe e, logo em seguida, admitido na Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Na admissão na UTI, encontrava-se em mau estado geral, com exantema petequeal, febril, icterício, febril, desidratado, taquicárdico e hipoxêmico. A ausculta respiratória evidenciava murmúrio vesicular reduzido em todo hemitórax direito e crepitações em base esquerda. O abdome se encontrava difusamente doloroso mas flácido. Foi aventada a hipótese de leptospirose, confirmada por sorologia, e de pancreatite aguda, confirmada laboratorialmente, sendo iniciada hidratação parenteral vigorosa e Ceftriaxona, posteriormente escalonado para Piperacilina + Tazobactam, não sendo indicada terapia dialítica. Evoluiu com alta hospitalar após 20 dias da admissão.

Conclusão: Este relato de caso destaca a importância do reconhecimento precoce da leptospirose e de suas complicações. A apresentação clínica inicial foi inespecífica, porém a evolução com insuficiência renal e o contexto epidemiológico levaram à suspeita do diagnóstico. A pancreatite é considerada uma complicação incomum da leptospirose, embora hajam relatos na literatura. Dor abdominal e icterícia são os principais achados do envolvimento pancreático, sendo o diagnóstico confirmado com auxílio de exames laboratoriais e radiológicos. O caso descrito salienta a gravidade da zoonose e expõe uma complicação pouco frequente.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2024.104367>

EP-472 - ABORDAGEM DIAGNÓSTICA E TERAPÊUTICA EM CROMOBLASTOMICOSE: UM RELATO DE CASO

Ivandro Luís Zolett, Jaysa Pizzi,
Julia Somenzi de Villa, Greici Taiane Gunzel,
Bárbara de Pizzol Modesti,
Alexandre Arlan Giovelli,
Guilherme Litvin dos Anjos,
Andreia de Quadros Maccarini,
Francisco Port Rodrigues

Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC), Porto Alegre, RS, Brasil

Introdução: A cromoblastomicose (CBM), infecção fúngica crônica limitada à pele e subcutâneo, é rara no estado do Rio Grande do Sul, com incidência de cerca de 2,6 casos no ano.

Objetivo: Revisar métodos diagnósticos e terapêutica de Cromoblastomicose e relatar o caso devido à baixa prevalência no Rio Grande do Sul.

Método: Relatado caso acompanhado na enfermaria de Infectologia e revisada literatura através de plataformas de pesquisa científica.

Resultados: Paciente de 46 anos, previamente hígido, é encaminhado para internação para investigação de lesão verrucosa. Tinha histórico de trauma no joelho esquerdo em 2004. Desde então, apresentava lesão extensa na região patelar, alternando entre períodos de melhora e piora. Há dois anos, iniciou com lesões verrucosas em joelho esquerdo com distribuição centrífuga a partir da lesão inicial, associadas a prurido e sangramento eventual, sem outros sintomas. Atendido na sua cidade de origem, onde iniciou tratamento com Itraconazol e terbinafina. Ao exame físico, o joelho esquerdo apresentava lesões verrucosas, hiperemiadas, algumas com crostas hemáticas, de tamanho variando. Biópsia do local com presença de células muriformes, sendo compatível com CBM. A partir disso, foi instituída terapia com dose ajustada de itraconazol associado a flucitosina. Paciente mantido internado para avaliação de possíveis efeitos adversos destas medicações; uma vez que não demonstrou sinais, sintomas e alterações laboratoriais que sugerissem estes efeitos, teve alta para continuidade de tratamento e acompanhamento de forma ambulatorial. Na alta, já apresentava melhora das lesões.