

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 petequeial, 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.

Conclusão: A CBM é uma micose de inoculação traumática, mais prevalente em regiões tropicais e subtropicais, causada por fungos negros encontrados no solo, espinhos e vegetação em decomposição. O agente etiológico mais frequente é o *Fonsecaea pedrosoi* que é de difícil erradicação, necessitando de longos períodos de tratamento e com altas taxas de recidiva.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2024.104368>

EP-473 - NEFRITE INTERSTICIAL POR TUBERCULOSE: UM RELATO DE CASO

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

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

Introdução: A nefrite intersticial aguda é uma complicação rara, porém grave, da tuberculose disseminada em pacientes imunocomprometidos.

Objetivo: Revisar métodos diagnósticos, manifestações clínicas e terapêutica da nefrite intersticial aguda secundária à tuberculose disseminada.

Método: Relato de caso acompanhado na enfermaria de Infectologia e revisado literatura através de plataformas de pesquisa científica.

Resultados: Paciente masculino, de 35 anos, previamente hígido. Estava apresentando há um ano perda ponderal significativa (30 kg) e fadiga. Evoluiu com febre vespertina diária, sudorese noturna e adenomegalia cervical. Realizou testes rápidos com diagnóstico de infecção pelo HIV, sendo iniciada imediatamente terapia antirretroviral com TDF/3TC + DTG. Cerca de 5 dias após início do tratamento evoluiu com alteração de comportamento, vômitos, inapetência e oligúria. Foi então admitido na emergência com quadro de injúria renal aguda e necessidade de terapia renal substitutiva. Em investigação adicional, os exames laboratoriais evidenciaram uma CV-HIV de 15.700 cópias, CD4 58 (2.95%), presença de adenomegalias difusas em região cervical, retroperitônio e mediastino, além de micronódulos pulmonares randômicos. Submetido à fibrobroncoscopia e biópsia de gânglio cervical, sendo nesse momento diagnosticado com tuberculose disseminada com confirmação histológica e microbiológica em gânglio cervical e lavado broncoalveolar. Iniciado RHZE, porém sem evidência de recuperação de função renal após 45 dias de tratamento. Realizado biópsia renal com infiltrado inflamatório intersticial linfocitário com tubulite e infiltração de eosinófilos, conclusão de nefrite tubulointersticial aguda (Imagem 1). Impressão de dano tubular direto causado pelo *Mycobacterium tuberculosis*. Optado por iniciar terapia com corticosteroide, prednisona 1mg/kg por 15 dias e redução gradual de dose após. Paciente evoluiu com recuperação completa de função renal, sem necessidade de hemodiálise,

além de melhora clínica. **CONCLUSÃO:** A nefrite intersticial por tuberculose é uma manifestação rara da doença em pacientes imunossuprimidos, geralmente acompanhada de tuberculose extra-renal. É caracterizada por granulomas intersticiais, cuja fisiopatologia ainda não é completamente elucidada. A nefrite intersticial secundária à tuberculose não responde à terapia com antituberculostáticos isoladamente, sendo recomendada a associação de corticosteroides.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2024.104369>

EP-474 - APRESENTAÇÃO ATÍPICA DE ESPOROTRICOSE EM PACIENTE HIV/AIDS: UM RELATO DE CASO

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

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

Introdução: A esporotricose é uma micose subcutânea causada pelo fungo *Sporothrix schenckii*, mais comum em pacientes imunocompetentes. No entanto, em pacientes imunocomprometidos, a infecção pode se manifestar de forma mais grave e com maior risco de disseminação.

Objetivo: Relatar caso de apresentação rara e atípica da esporotricose.

Método: Relato de caso acompanhado na enfermaria de Infectologia e realizada revisão de literatura através de plataformas de pesquisa científica.

Resultados: Trata-se de um paciente masculino de 38 anos com diagnóstico recente de HIV/AIDS e em uso regular de terapia antirretroviral. Apresentava CD4 de 85 células/mm³ no momento do diagnóstico e 180 células/mm³ no momento da internação. Ele desenvolveu uma lesão ulcerada e verrucosa em orofaringe, próxima à úvula, com evolução de 10 meses, associada a dor intensa e sangramentos eventuais. Além disso, relatava cansaço aos esforços, febre eventual, sudorese noturna e perda ponderal significativa. Testes point-of-care para tuberculose, criptococose e histoplasmoses tiveram resultados negativos. A biópsia da lesão resultou na identificação de *Sporothrix schenckii* em cultura. O tratamento ambulatorial com itraconazol não obteve resposta clínica satisfatória, necessitando de nova internação para tratamento com anfotericina B. Durante o tratamento com anfotericina B, o paciente apresentou melhora progressiva dos sintomas, com redução da dor, cicatrização da lesão orofaríngea e recuperação do estado nutricional. Após 10 dias de tratamento, o paciente recebeu alta hospitalar com orientações para continuidade do itraconazol por via oral.

Conclusão: A esporotricose em pacientes imunocomprometidos pode se manifestar de forma mais agressiva e de difícil tratamento. A terapia antifúngica é a principal forma de tratamento, sendo o itraconazol a opção de primeira linha em