

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: Relatado caso acompanhado na enfermaria de Infectologia e revisada 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: Relatado 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