

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 histoplasmose 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

casos menos graves. No entanto, em casos mais graves ou com falha terapêutica, a anfotericina B pode ser necessária. No caso descrito, o paciente apresentou uma forma potencialmente grave de esporotricose orofaríngea, com falha terapêutica ao itraconazol e necessidade de tratamento com anfotericina B. Pacientes com HIV/Aids apresentam maior risco de infecções fúngicas oportunistas, como a esporotricose, que podem se manifestar de forma mais grave. O diagnóstico precoce e o tratamento adequado são fundamentais para o manejo desses casos. No caso apresentado, a utilização da anfotericina B foi crucial para a resolução do quadro clínico do paciente.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2024.104370>

EP-475 - DOENÇA DE WHIPPLE ERRONEAMENTE DIAGNOSTICADA COMO HISTOPLASMOSE DISSEMINADA: UM RELATO DE CASO

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

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

Introdução: A Doença de Whipple (DW) é uma infecção sistêmica crônica insidiosa rara causada pelo bacilo gram-positivo *Tropheryma whipplei*. Acomete principalmente homens brancos de meia idade, tem relação com áreas rurais e os principais sintomas são artralgia, perda de peso, dor abdominal e diarreia.

Objetivo: Discutir a possibilidade de erro diagnóstico pela histopatologia em doenças infecciosas. **MÉTODO:** Relato de caso acompanhado na enfermaria de Infectologia e revisada literatura através de plataformas de pesquisa científica.

Resultados: Trata-se de um homem de 60 anos, agricultor, imunocompetente, com história de gota tofácea. Teve duas internações nos últimos anos por histoplasmose disseminada com diagnóstico por biópsia de estômago e duodeno. Foi apenas realizada coloração por prata e Ziehl Neelsen (ZN), sem envio do material para cultura. Foi tratado adequadamente com indução com Anfotericina B e manutenção com Itraconazol. Chegou a usar antibióticos de amplo espectro nas internações devido a infecções nosocomiais. Retorna 3 meses após término do tratamento com itraconazol com quadro de diarreia, vômitos, dor abdominal, astenia e poliartalgias, sintomas semelhantes às internações prévias. Apresentou perda ponderal de 10kg neste período e estava inapetente, mas negava febre. Foi optado por não iniciar Anfotericina e solicitar nova endoscopia digestiva alta (EDA) e pesquisa de imunodeficiência primária, visto quadro prévios de possível histoplasmose disseminada. Na EDA foram visualizadas áreas com pontilhado enantematoso na primeira e segunda porções duodenais, realizadas biópsias para envio para cultura e anatomopatológico (AP). Também foram realizadas tomografias

computadorizadas de abdome, mostrando esplenomegalia, e de tórax, sem lesões visualizadas. No AP foi rapidamente identificado após realização das colorações de prata (1), ZN e ácido periódico de Schiff (PAS) (2) o agente etiológico, *Tropheryma whipplei*. Foi iniciado tratamento com ceftriaxona por 2 semanas com melhora clínica dentro dos primeiros 2 dias de antibioticoterapia e após recebeu alta com terapia de manutenção com sulfametoxazol+trimetoprima. A investigação de imunodeficiência primária veio negativa e os cultivos vieram negativos para fungos.

Conclusão: O diagnóstico da DW se dá pela suspeição clínica e métodos histopatológicos de detecção corretos, visto morfologia semelhante a outros agentes infecciosos. A correta coloração no AP é essencial para o diagnóstico, principalmente a realização do PAS.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2024.104371>

EP-476 - MANIFESTAÇÕES GENITAIS DA TUBERCULOSE DISSEMINADA EM JOVEM IMUNOCOMPETENTE: UM RELATO DE CASO

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

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

Introdução: A epididimite/orquiepididimite tuberculosa é um desafio diagnóstico. No entanto, algumas pistas clínicas podem ajudar, incluindo a busca pela TB extragenital, resposta pobre aos antimicrobianos e lesões cutâneas escrotais.

Objetivo: Relatar caso de tuberculose genital, discutir o diagnóstico e terapêutica.

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

Resultados: Paciente de 21 anos, previamente hígido, com tratamento prévio para epididimite há 3 meses, sem resolução do quadro, procura atendimento por afasia e parestesia em hemitórax direito de início súbito. Perda ponderal e febre associados, sem outros sinais e sintomas. Ao exame físico, aumento importante de bolsa escrotal à direita, com hipermia e ponto de supuração. TC crânio evidenciando múltiplas lesões nodulares no parênquima encefálico, especialmente no cerebelo. Ecodoppler de bolsa escrotal sugeriu áreas nodulares hipoeoicas com áreas internas liquefeitas sugestivas de doença granulomatosa. RNM bolsa escrotal reforçou características de tuberculose genitourinária e descartou malignidade. Paciente realizou TC tórax com padrão sugestivo de doença miliar, submetido a fibrobroncoscopia com detecção de Genexpert MTB e cultura positiva para *Mycobacterium tuberculosis*, multissensível em lavado broncoalveolar. LCR do paciente com pleocitose com predomínio de linfócitos, proteinorraquia e consumo de glicose, sugerindo meningoencefalite tuberculosa, posterior confirmação com identificação de