

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