

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 geniturinária 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

PCR para *Mycobacterium tuberculosis*. Iniciado tratamento com rifampicina, isoniazida, pirazinamida e etambutol associado à dexametasona por TB disseminada com comprometimento de SNC. Após início da terapia, paciente apresentou importante melhora do quadro clínico, com resolução total dos sintomas neurológicos. Após investigação, não se encontrou imunodeficiência primária ou adquirida.

Conclusão: Entre o amplo espectro de manifestações clínicas atípicas da TB, este relato de caso chama a atenção para o desafio diagnóstico, especialmente em pacientes imunocompetentes.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2024.104372>

EP-477 - RELATO DE CASO: OTOMASTOIDITE TUBERCULOSA

Jorge Vinícius L. Monteiro,
Nayara Marques de Jesus, Jéssica do N. Silva,
Gladys V.B. do P. Melo, Robinson Koji

Universidade Nove de Julho (UNINOVE), São Paulo, SP, Brasil

Introdução: A tuberculose (TB) é uma doença causada pelo *Mycobacterium Tuberculosis* (MT) e é a principal causa de morte infecciosa no mundo. A doença acomete principalmente os pulmões, mas pode ter formas extrapulmonares, como a otomastoidite tuberculosa. Devido à sua apresentação variada, o diagnóstico e tratamento precoces são frequentemente desafiadores.

Objetivo: Destacar a importância da otomastoidite tuberculosa no diagnóstico diferencial de otites médias crônicas resistentes ao tratamento. **MÉTODO:** Caso de otomastoidite tuberculosa.

Resultados: Mulher de 43 anos, tabagista (cigarro de palha) com uma carga tabágica de 18 maços/ano, hipertensa e portadora de diabetes mellitus tipo 2. Entre 2014 e 2018, a paciente foi tratada por otite média de repetição e otomastoidite no lado esquerdo, realizando múltiplos tratamentos farmacológicos, incluindo antimicrobianos prolongados, e cirurgias, como timpanomastoidectomia. Em uma das três cirurgias de limpeza óssea, as culturas bacterianas isolaram *Corynebacterium Sp* e *Staphylococcus Epidermidis*, tratados com ciprofloxacino por seis meses. Em 2018, uma biópsia com PBAAR de tecidos da ressecção submandibular, meato acústico e mastoide esquerdo resultou negativa. Em 2021, após a pandemia de COVID-19, com o retorno dos sintomas de otalgia e otorreia sem melhora, a paciente procurou um novo otorrinolaringologista. Durante a avaliação, foi solicitado um teste IGRA, que resultou positivo, sugerindo a hipótese de tuberculose óssea. A paciente foi encaminhada para um infectologista, relatando também uma tosse seca persistente. Mencionou uma hospitalização por pneumonia na infância. Uma TC de tórax revelou achados sugestivos de histiocitose de células de Langerhans e um granuloma calcificado no lóbulo superior direito do pulmão. Além do cigarro, o linfoma foi considerado como diagnóstico diferencial para a histiocitose, sendo indicado um PET/CT, que mostrou focos de hipermetabolismo inflamatório e infeccioso na orelha esquerda,

um nódulo pulmonar, múltiplas lesões císticas e linfonodos mediastinais. Ademais, a amostra do tecido mastoide coletada em 2018 foi recuperada e submetida a uma investigação de TB por PCR, resultando positiva. O tratamento medicamentoso para TB foi iniciado e concluído em 12 meses, com resposta positiva ao tratamento e ausência de disseminação da infecção.

Conclusão: Nesse caso, o diagnóstico foi confirmado com a identificação do MT apenas no anatomopatológico com pesquisa de IGRA e tratado com antibioticoterapia para TB, com melhora.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2024.104373>

EP-478 - TUBERCULOSE EXTRAPULMONAR E DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS, UM RELATO DE CASO.

Jorge V.L. Monteiro, Jéssica do N. Silva,
Nayara Marques de Jesus,
Gladys V.B. do P. Melo, Robinson Koji

Universidade Nove de Julho (UNINOVE), São Paulo, SP, Brasil

Introdução: Os pulmões, local mais comum da infecção primária, representam aproximadamente 85% dos casos de tuberculose (TB). A tuberculose extrapulmonar compreende 20% dos casos. Otite média tuberculosa (TOM) é uma manifestação rara representando 0,05%-0,9% entre as doenças crônicas do ouvido médio e a otomastoidite tuberculosa é um diagnóstico diferencial.

Objetivo: Relatar um caso com evolução de TOM para otomastoidite tuberculosa.

Método: Documentar e analisar um caso de otomastoidite tuberculosa.

Resultados: Mulher, 16 anos, com história de otite média secretora há 8 meses, não respondeu ao tratamento farmacológico. A Ressonância Magnética (RM) revelou colesteatoma com possível otomastoidite e, por isso, foi indicada intervenção cirúrgica. Durante a cirurgia, o médico notou quadro de destruição óssea intenso e não usual sugerindo micobactéria como etiologia possível. Anatomopatológico (AP) mostrou granuloma com necrose central no ouvido, entretanto, PBAAR negativo. Foi solicitado também teste de IGRA, positivo. Após a cirurgia, a paciente encontrava-se assintomática, mas apresentava perda auditiva do lado abordado. A investigação foi complementada pela infectologista que verificou ausência de sintomas pulmonares específicos. Solicitou uma tomografia computadorizada (TC) de tórax que mostrou imagem sugestiva de TB latente, além da pesquisa de PBAAR no escarro, negativa. Com esses dados, optou-se por iniciar o tratamento para TB pulmonar e óssea, sem agente isolado. Como não havia sintomas para servirem de parâmetro de melhora, nova TC de tórax foi realizada após 2 meses do início do tratamento que mostrou melhora. A paciente apresentou recuperação auditiva gradativa ao longo do tratamento, que durou um ano. Ao final do tratamento, foram solicitados novos testes com os resultados: IGRA, positivo; PBAAR no escarro, negativo e TC de tórax que mostrou resolução e um nódulo calcificado.