

27 dias vs. MTB 19 dias;  $p = 0,839$ ) foi semelhante nos dois grupos. O sexo masculino foi o mais acometido (MC 81,4% vs. MTB 76,7%;  $p = 0,513$ ). Coinfecção pelo HIV foi observada em 79,6% pacientes com MC, e 65,1% dos pacientes com MTB ( $p = 0,059$ ). Febre, confusão mental, déficit focal e rigidez nucal ocorreram mais frequentemente em indivíduos com MTB ( $p < 0,05$ ). A frequência de vômitos, cefaleia, convulsão, diplopia e rebaixamento do nível de consciência foi semelhante em ambos os grupos. Quanto às características do líquor, observamos uma mediana de células totais ( $307 \text{ cels/mm}^3$  vs.  $59 \text{ cels/mm}^3$ ;  $p = 0,000$ ) e proteínas ( $168 \text{ mg/dL}$  vs.  $85 \text{ mg/dL}$ ;  $p = 0,000$ ), maior em pacientes com MTB. A mediana da contagem de linfócitos T CD4+ foi menor em indivíduos coinfectados com HIV/MC ( $41 \text{ cels/mm}^3$  vs.  $125 \text{ cels/mm}^3$ ;  $p = 0,000$ ). A mediana do tempo de internamento foi semelhante em ambos os grupos (MC 28 dias vs. MTB 26 dias;  $p = 0,272$ ). Óbito durante o internamento ocorreu em 29,2% dos pacientes com MC e 30,2% dos pacientes com MTB ( $p = 0,452$ ). A sobrevivência em 30 dias foi de 81,8% em pacientes com MC, e de 74,6% em pacientes com MTB ( $p = 0,739$ ).

**Conclusão:** As alterações neurológicas, líquóricas e imunológicas observadas neste estudo podem ajudar na diferenciação entre MTB e MC.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2021.101925>

EP 190

#### MENINGITE CRIPTOCOCICA EM PACIENTES SEM SIDA

Aurea Angelica Paste<sup>a</sup>, Joao Paste Silva<sup>b</sup>,  
Cae Marques Correia<sup>b</sup>, Maira R. Magalhaes<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Instituto Couto Maia (ICOM), Salvador, BA, Brasil

<sup>b</sup> Universidade Federal da Bahia (UFBA), Salvador, BA, Brasil

**Introdução/Objetivo:** meningite por *Cryptococcus* sp ocorre frequentemente em pacientes com Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA) ou em pacientes com algum tipo de imunossupressão. Porém, esse diagnóstico deve ser pensado em pacientes com cefaleia prolongada com ou sem febre, mesmo sem comorbidades. O objetivo é relatar uma série de casos de pacientes com meningite criptocócica, sem SIDA, num hospital público em Salvador na Bahia.

**Métodos:** buscamos no laboratório do hospital exames: tinta da china positiva, látex ou cultura positiva para criptococos desde 2007 até início de 2020. Os prontuários dos pacientes internados foram levantados e preenchida ficha com dados epidemiológicos, clínicos e laboratoriais.

**Resultados:** Foram identificados 38 casos de meningite criptocócica em pacientes sem SIDA, desde 2007, com 1 a 5 casos por ano. Desses 26 (68,4%) receberam alta, 9 (23,7%) evoluíram a óbito e 3 (7,9%) foram transferidos. A maioria (71%) era procedente do interior e 29% de Salvador. 73,7% era do sexo masculino, 26,3% sexo feminino. A faixa etária mais prevalente foi entre 21 e 50 anos com 23 casos, entre 51 e 70 anos 10 casos, maior que 70 anos 1 caso e menor de 20 anos 4 casos. As comorbidades mais identificadas foram hipertensão

arterial (HAS) (5), HAS e diabetes (DM) (3), hanseníase (2), etilismo (2), asma (1), lúpus (1), anemia (1), DM (1), doença de Chagas (1), insuficiência renal (1), 20 pacientes sem comorbidade. O início dos sintomas variou de 1 a 100 dias. Os sintomas mais frequentes foram cefaleia (100%), febre (68,4%), vômito (81,6%). Perda de peso, déficit motor e rigidez de nuca esteve presente em 31,6; 5,2% e 10,5% respectivamente. O estudo do líquor é mandatório, principais achados foram: aumento de celularidade variando de 1 a 1850 células (média 277), predomínio linfomono, proteinorraquia variou de 19 a 882 mg/dL (média 109) e a glicorraquia variou de 4 a 100 mg/dL (média 44). 31 pacientes (81,6%) tinham cultura (+), 29 (76,3%) tinham cultura e tinta da china (+), 7 (18,4%) tinham apenas T. da China (-). O tratamento de eleição foi anfoterina associada ou não ao fluconazol. O líquor após cerca de 4 semanas de tratamento mostrou média de celularidade 70, proteinorraquia 81 e glicorraquia 42.

**Conclusão:** a meningite criptocócica é uma infecção fúngica que acomete principalmente pacientes com SIDA, porém não se pode esquecer de incluir nos diagnósticos diferenciais de cefaleia prolongada em pacientes sem comorbidades.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2021.101926>

EP 191

#### MUCORMICOSE INVASIVA RINO-ORBITAL AGUDA EM PACIENTE COM COVID-19 LEVE

Rafael Corrêa Barros,  
Daniel Litarci Castorino Pereira,  
Pedro Saliba e Borges, Samylla Costa de Moura,  
Aline Galindo Dantas, Marli Sasaki,  
Durval Alex Gomes e Costa,  
Marcelo Milleto Mostardeiro,  
Luciana de Lima Galvão, Augusto Yamaguti

Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual (IAMSPE), São Paulo, SP, Brasil

Durante a emergência da pandemia de COVID-19, principalmente concomitante ao aumento do número de casos na Índia durante a primeira metade de 2021, foi identificada uma incidência considerável de casos de Mucormicoses entre paciente acometidos pela doença. Nós apresentamos, então, o relato de caso de um senhor de 73 anos, sem comorbidades conhecidas, a não ser hiperplasia prostática, admitido no Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo (HSPE - IAMSPE) em abril de 2021 com edema e paralisia de hemiface direita, associada a hiperemia conjuntival, com saída de secreção esverdeada, perda de acuidade visual e midríase fixa, com evolução em 5 dias. Filha relatava diagnóstico laboratorial de COVID-19 10 dias antes no início do quadro previamente descrito. Ao exame físico, à oroscopia, foi identificada lesão enegrecida em palato duro, e à rinoscopia, coágulo em meato comum. Em mapeamento de retina, visualizado padrão sugestivo de oclusão arteriolar em olho direito. Em tomografia de crânio foi identificado conteúdo/secreção nos seios etmoidal e maxilar direitos. Coletado fragmento de

lesão em palato duro e enviado para cultura de fungo e análise anatomopatológica. Devido a suspeita de mucormicose com infecção secundária, iniciado tratamento empírico com anfotericina B lipossomal 5 mg/kg, além de ampicilina + sulbactam, porém o paciente evoluiu a óbito em menos de 72 horas de sua admissão. Posteriormente foi identificado em cultura um fungo filamentosos, *Rhizopus* sp, além de valor de Hemoglobina Glicada de 15,8%, o que confirma a presença do patógeno causador da doença e ainda sugere ter sido a Diabetes Mellitus, não diagnosticada previamente, uma facilitadora para o desenvolvimento do quadro, apesar da ausência de cetoacidose.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2021.101927>

EP 192

#### MUCORMICOSE: RELATO DE CASO EM MENOR DE IDADE IMUNOCOMPETENTE

Raísa Lamara Cruz dos Santos <sup>a</sup>,  
Naiara Chaves Maia <sup>a</sup>,  
Juliana Li Ting Matos Sun Barreto <sup>a</sup>,  
Ana Gabrielle de Lucena Vieira <sup>b</sup>,  
Natália Marques Rodrigues <sup>a</sup>,  
Gabriela da Costa Justino <sup>a</sup>,  
Barbara Cristina Baldez Vasconcelos <sup>a</sup>,  
João Vitor Duarte de Souza <sup>b</sup>,  
Miguel Corrêa Pinheiro <sup>a</sup>

<sup>a</sup> Hospital Universitário João de Barros Barreto (HUIBB), Belém, PA, Brasil

<sup>b</sup> Universidade Federal do Pará (UFPA), Belém, PA, Brasil

**Introdução:** a Mucormicose é uma infecção fúngica extremamente rara e grave, causada por fungos da ordem Mucorales, a qual pode ser classificada em 6 categorias: cutânea, rinocerebral, pulmonar, gastrointestinal, disseminada e formas raras incomuns. A manifestação clínica imediata varia de acordo com a topografia e o seu diagnóstico frequentemente é atrasado devido a inespecificidade dos sintomas, sendo os exames padrão-ouro para o diagnóstico a biópsia e a avaliação histopatológica dos tecidos infectados. Em relação ao tratamento, este pode ser feito cirurgicamente pelo desbridamento da lesão, ou por meio de antifúngicos, na qual a Anfotericina B com formulação lipídica é o medicamento de primeira escolha.

**Descrição do caso:** Paciente pediátrico do sexo masculino, 10 meses de vida, sem diagnóstico de doenças prévias e com RT-PCR negativo para COVID-19, apresentando lesão aparentemente infiltrativa em face há 4 meses. Foi transferido de hospital oncológico infantil para o Hospital Universitário João de Barros Barreto, referência no tratamento de doenças infecciosas, após a biópsia descartar neoplasia maligna e sugerir infecção fúngica. Neste hospital, o paciente foi admitido acompanhado da mãe, em bom estado geral, sem queixas clínicas, apresentando os resultados diagnósticos do histopatológico e da tomografia computadorizada dos seios da face, os quais demonstraram lesão expansiva, heterogênea e

infiltrativa no tecido subcutâneo, compreendendo a área ocular, interocular frontal e nasomalar direita, com inflamação crônica apontando granuloma, necrose e estruturas fúngicas sugestivas de mucormicose. Em sua admissão, realizou exames laboratoriais, os quais apresentaram discreta anemia, microcitose, anisocitose e leucocitose, além de função renal e hepática preservadas e ionograma sem alterações significativas. Iniciou antibioticoterapia no primeiro hospital e deu prosseguimento com Anfotericina B Complexo Lipídico após transferência para o tratamento da mucormicose. Ao finalizar o processo terapêutico, obteve alta hospitalar, na qual a mãe foi instruída a realizar hidratação da pele do bebê, e orientada acerca do tratamento para a anemia e da necessidade de acompanhamento com imunologista.

**Comentários:** Ante o exposto, é imperioso que o diagnóstico seja feito precocemente, para que o manejo da infecção seja o menos traumático e com a menor quantidade de sequelas possíveis para o paciente.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2021.101928>

EP 193

#### OSTEOMIELEITE POR CRIPTOCOCCUS SPP EM PACIENTE IMUNOCOMPETENTE

Diego Gonçalves Camargo,  
Moara Alves Santa Barbara Borges,  
João Alves Araújo Filho,  
Luiz Alves Ferreira Filho,  
Adriana Oliveira Guilarde

Hospital das Clínicas, Universidade Federal de Goiás (UFG), Goiânia, GO, Brasil

*Cryptococcus neoformans* e *Cryptococcus gattii* são fungos encapsulados, heterobasidiomicetos, com potencial de infectar principalmente hospedeiros imunocomprometidos. A infecção pelo *Cryptococcus* spp compromete com maior frequência o sistema nervoso central e pulmões, no entanto, outros sítios podem ser acometidos, entre eles: pele, próstata, peritônio e olhos. Nosso objetivo é relatar um caso raro de osteomielite por *Cryptococcus* spp em base do crânio. Paciente do sexo feminino, 62 anos, sem história patológica pregressa ou imunossupressão conhecida. Relata cefaleia crônica há 5 anos, com piora progressiva antes da internação. Informa queda de uma escada durante atividade em área rural, associada a traumatismo crânio encefálico leve, seis meses antes do início do sintoma. Tomografia de Crânio revelou lesão expansiva no clivus. A ressonância magnética de crânio (RNM) demonstrou lesão heterogênea envolvendo completamente o clivus, estendendo-se ao corpo do seio esfenoide e ao côndilo occipital esquerdo. A paciente foi submetida a biópsia da lesão craniana e o anatomopatológico evidenciou: espécime de tecido fibroconjuntivo hialinizado, contendo focos de calcificações distróficas, cistos de paredes calcificadas e estruturas leveduriformes com brotamentos, realçadas pelas colorações de PAS, Gomori-Grocott e Alcian Blue, morfológicamente compatíveis com *Cryptococcus* spp. À admissão hospitalar, apresentava-se em bom estado geral,