

em setembro, e após o resultado negativo para COVID-19 foi retirada do isolamento,

Discussão/Conclusão: Durante esta primeira onda pandêmica de COVID-19, é provável que o isolamento social tenha contribuído para a baixa detecção de outros vírus respiratórios e só pudemos detectar uma paciente positiva. O teste rápido da Abbott mostrou-se rápido e útil na triagem de amostras respiratórias, sem necessidade de estrutura laboratorial complexa, permitindo uma definição imediata da detecção ou exclusão de infecção por RSV, colaborando para as medidas de intervenção necessárias após o diagnóstico.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2020.101477>

EP-400

PULMÃO DE LENTILHA. DESCRIÇÃO DE CASO CLÍNICO NO HOSPITAL DO SERVIDOR PÚBLICO ESTADUAL DE SÃO PAULO

Durval Alex Gomes Costa, Ana Flavia Forato Pereira, Amanda Fernandes Takenaka, Leticia Verona M. Costa, Marcella Gonsalez M. Rolim, Julia Lucena Domingues, Marli Sasaki, Marcelo Mileto Mostardeiro, Augusto Yamaguti

Hospital do Servidor Público Estadual, São Paulo, SP, Brasil

Introdução: A “pneumonia da lentilha”-PL-é pneumonite granulomatosa causada pela broncoaspiração de repetição de alimentos, com achados radiológicos de opacidades micronodulares mal definidas.

Objetivo: Relato de caso de Pneumonia da lentilha em paciente submetido a esvaziamento linfonodal devido carcinoma espinocelular (CEC) de laringe.

Metodologia: Foi utilizada consulta em prontuário de maneira retrospectiva, contendo dados clínicos, laboratoriais e de anatomia patológica.

Resultados: H.Y, masculino, 70 anos. Quadro de tosse há 6 meses, perda ponderal importante (14 kg) e há um mês da internação tinha calafrios, febre não aferida e prostração. Há 1 semana evoluiu com dispnéia, piora da tosse basal associado a escarro amarelo-esverdeado e fétido. Antecedentes: DM2, hipotireoidismo, tabagismo progressivo, CEC de prega ariepiglótica e seio piriforme direito (T2N1M0), QT e radioterapias curativas. Recidiva linfonodal em 2015, PAAF positivo para CEC e esvaziamento cervical em 2016, QT e RT subsequentes. Tomografia de Tórax na admissão tinha consolidações em vidro fosco em lobos inferiores e lobo médio, com opacidades nodulares centrolobulares, enfisema e bolhas subpleurais e nódulos bilaterais, menores que 0.4 cm. Havia reticularidade subpleural bilateral, com quadro sugestivo de Tuberculose de disseminação broncoagênica. Internou com diagnóstico diferencial de COVID-19, além de infiltrado em vidro fosco e dessaturação. Broncoscopia com biópsia transbrônquica com denso processo inflamatório crônico, fibrose, pneumonia organizante e presença de partículas vegetais circundadas por reação giganteocelular. Este achado favorece o diagnóstico de pneumonia aspirativa com partículas vegetais (PL). Bacilosopia e pesquisa de fungos negativa no lavado brônquico e

pesquisa no escarro. PCR Sars Cov2 negativo. Paciente recebeu antibioticoterapia e suporte clínico, evoluindo com alta hospitalar após 21 dias de tratamento.

Discussão/Conclusão: Pacientes com disfunção da deglutição após quimioterapia e radioterapia necessitam de fonoterapia e fisioterapia estimulatória para suprir a perda da função dos nervos e músculos retirados/lesados durante o tratamento. As pneumonias aspirativas são condições de repetição neste grupo, e a PL é condição descrita em literatura mais frequentemente neste perfil de paciente.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2020.101478>

EP-401

SÍNDROME DE LEMIERRE: RELATO DE CASO

Camila Loredana P. Alves M. Bezerra, Vítor Falcão Oliveira, Flora Goldemberg, Maria Felipe Medeiros, Andrés Mello López, Andre Lazzeri Cortez, José Luiz Pinto Lima Gendler, Marcelo Nobrega Litvoc, Ana Catharina Seixas S. Nastri

Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), São Paulo, SP, Brasil

Introdução: A Síndrome de Lemierre é uma doença rara, que acomete predominantemente jovens hígidos, de etiologia infecciosa, mais frequentemente *Fusobacterium*. Classicamente causada por uma infecção de orofaringe aguda associada à tromboflebite da veia jugular interna complicada por infecção metastática.

Objetivo: Descrever um caso de Síndrome de Lemierre com acometimento extenso da trombose, envolvendo seio cavernoso.

Metodologia: Paciente, 48 anos, sexo masculino, sem comorbidades prévias, deu entrada no pronto-socorro com história de cefaleia intensa há 2 semanas, incapacitante, associada a episódios de febre, astenia e vômitos. Há 3 dias, evoluiu com lateropulsão à direita, vertigem e hipoacusia, não sendo capaz de manter a ortostase. Foi realizada Angio-TC crânio, visualizando trombose em veias jugulares internas e seio cavernoso. A RM de crânio evidenciou sinais de meningite de conteúdo espesso em cisternas da base, fossa posterior e fossa craniana média direta, além de realce dural e leptomeníngeo, bem como isquemia recente no cerebelo e extensa trombose nos segmentos superiores do seio cavernoso e das veias jugulares internas, sugerindo tromboflebite. A TC de tórax revelou múltiplos nódulos e opacidades nodulares espalhadas por todo o parênquima pulmonar, alguns com focos cavitários. Posteriormente, o paciente reavaliou os sintomas iniciais, referindo-se adicionalmente uma dor de dente há um mês antes da admissão hospitalar. Foi isolado *Fusobacterium nucleatum* em hemocultura anaeróbia. A terapêutica instituída foi com metronidazol e ceftriaxona intravenoso, realizada exodontia dos dentes acometidos e submetido a longo curso de anticoagulação por manutenção dos déficits neurológicos.

Discussão/Conclusão: Síndrome de Lemierre é uma doença septicêmica pós-angina, cursando com febre, calafrios, dor



e rigidez de nuca, linfadenopatia cervical, edema e trismo. Ademais, pode ocorrer embolização séptica à distância, principalmente pulmão. O diagnóstico é realizado por hemocultura e exames de imagem, a exemplo do USG ou TC com contraste. O tratamento baseia-se primordialmente em antibioticoterapia. A abordagem cirúrgica é reservada para os casos que não responderam bem ao tratamento medicamentoso instituído, bem como para realização de controle de foco. O benefício da anticoagulação é incerto, a depender da extensão do trombo e evolução. Por ser uma condição clínica desconhecida por muitos médicos, o diagnóstico costuma ser tardio, podendo apresentar consequências potencialmente fatais ao paciente.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2020.101479>

EP-402

NEUROSSÍFILIS MANIFESTADA COMO SÍNDROME DO SOTAQUE ESTRANGEIRO EM PACIENTE COM HIV DE DIAGNÓSTICO RECENTE



Andrés Mello López, Felipe Arthur Faustino Medeiros, Vítor Falcão Oliveira, Camila Loredana P.A.M. Bezerra, Flora Goldemberg, Guilherme Diogo Silva, Isabela C. Leme V. Cruz, Jéssica Fernandes Ramos, Rinaldo Focaccia Siciliano

Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), São Paulo, SP, Brasil

Introdução: Síndrome do sotaque estrangeiro é um distúrbio motor da fala raro em que o paciente passa a apresentar um sotaque diferente da língua nativa. O sotaque estrangeiro pode vir acompanhado ou não de outros distúrbios da fala/linguagem, como disartria, afasia e apraxia da fala. Embora a neurosífilis deva ser descartada em todo sintoma cognitivo a esclarecer, esse é, ao nosso conhecimento, o primeiro relato de neurosífilis apresentando a síndrome do sotaque estrangeiro.

Objetivo: Relatar uma manifestação atípica de neurosífilis em paciente com diagnóstico de HIV.

Metodologia: Paciente de 33 anos, do sexo masculino, diagnosticado com HIV há 2 meses, com CD4 284 células e Carga Viral de 10.166 cópias/mL, em uso de Tenofovir + Lamivudina + Dolutegravir. Ademais, foi encontrado Sífilis Latente Tardia com VDRL 1/256, recebendo tratamento prévio com Penicilina G Benzatina 7,2 milhões UI, contudo, com aumento de títulos em VDRL de controle. Apresentou com alteração de fala com 4 dias de evolução, observada por familiares, sendo relatada como palavras não inteligíveis, sem alteração de consciência. Na admissão, avaliado pela equipe da neurologia com alterações de fala espontânea com pouco de agramatismo e sotaque estrangeiro, nomeação preservada. Compreensão para voz passiva comprometida, repetição prejudicada para frases mais longas, escrita preservada e leitura comprometida. Realizada TC e RM sem alterações. Em exame de líquido, sem alterações bioquímicas, com aumento moderado do teor de globulinas gama e VDRL 1/1. Avaliado pela equipe da Fonoaudiologia, evidenci-

ando prosódia alterada, fonatório diminuído, articulação com presença de distorções e prejuízo na inteligibilidade de fala, notado sotaque estrangeiro. Recebeu tratamento por 14 dias com Penicilina G Cristalina 4 milhões UI, de 4 em 4 horas, evoluindo com leve melhora no quadro neurológico, com VDRL de controle no líquido negativo e VDRL sérico de 1/8 após 8 meses do tratamento.

Discussão/Conclusão: Poucos casos de síndrome do sotaque estrangeiro foram relatados, estando vários deles relacionados a injúria ao sistema nervoso central, a maioria relacionado a distúrbios vasculares. A neurosífilis pode apresentar afecção meningovascular, com possível arterite de pequenos vasos, podendo desencadear tal manifestação relacionada.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2020.101480>

EP-403

SÍNDROME DE RAMSAY HUNT: RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA



Rafael Martins Viana, Paulo Eduardo de Mesquita, Matheus Cordeiro Marchiotti

Hospital Regional de Presidente Prudente, Presidente Prudente, SP, Brasil

Introdução: O herpes zoster resulta da reativação da infecção latente pelo vírus varicela-zoster (VVZ) dentro dos gânglios sensoriais dos nervos cranianos ou espinhais. A imunossenescência é o principal fator de risco em cerca de 90% dos casos. Em torno de 20 a 30% das pessoas adultas que sofreram primoinfecção pelo VVZ apresentarão um episódio de herpes zoster durante a vida, com incremento da incidência acima dos 50 anos de idade.

Objetivo: Descrever um caso da síndrome de Ramsay-Hunt e revisar os principais pontos relacionados ao diagnóstico, tratamento e complicações.

Metodologia: Homem, 64 anos, queixava-se de cefaleia e vertigem há 1 dia. Observou inchaço, dor, vermelhidão e bolhas na orelha esquerda. Dizia ser portador de diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica. Notava-se desvio de rima labial para a direita, lagofalmo e perda das rugas a esquerda da frente (foto 1), com paralisia facial grau 4 em escala de House-Brackmann. Havia eritema e lesões vesico-crostosas esparsas, algumas com conteúdo purulento (foto 2) na orelha esquerda. O restante do exame físico geral e neurológico estava normal. O hemograma, as provas de função renal, hepática, glicemia e eletrólitos, estavam normais. A leucometria total do líquido cefalorraquidiano somava 195 células/mm³ com 97% de linfócitos. A tomografia de crânio revelou apenas alterações esperadas para a idade. O paciente foi tratado com aciclovir endovenoso por 14 dias. Houve cicatrização das lesões em pavilhão auricular e regressão parcial da paralisia facial.

Discussão/Conclusão: A síndrome de Ramsay Hunt (SRH) resulta do comprometimento do gânglio geniculado do nervo facial. Caracteriza-se pela tríade: erupção vesico-pústulo-crostosa ao redor do meato acústico externo e pavilhão auricular, paralisia facial ipsilateral e lagofalmo. Sinais relacionados ao comprometimento de outros pares cranianos