

de 135.000 e 213.000/mm<sup>3</sup> em 24.02.24 e 06.04.2024, respectivamente.

**Conclusão:** Assim, quando há uma reação de hipersensibilidade grave, como trombocitopenia, o medicamento suspeito não deve ser reiniciado após suspensão, pois na sua reintrodução a reação adversa pode ser ainda mais grave. No caso relatado, foi optado iniciar um esquema especial, evoluindo com boa resposta.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2024.104229>

#### EP-324 - PAPEL DO TRATAMENTO CIRÚRGICO NA TUBERCULOSE DROGA RESISTENTE: RELATO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA

Ana Carolina de Oliveira Mota,  
Frederico Martins Oliveira,  
Ana Paula Freitas B. dos Santos,  
Gilberto Gambero Gaspar,  
Cinara Silva Feliciano, Fernanda Guioti Puga,  
Federico E. Garcia Cipriano, Li Siyuan Wada,  
Valdes Roberto Bollela

Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, SP, Brasil

**Introdução:** A tuberculose droga resistente (TB DR) é um problema de saúde pública, considerando-se as dificuldades diagnósticas e terapêuticas além das elevadas taxas de morbimortalidade.

**Objetivo:** Este trabalho tem como objetivo descrever o relato de um caso cujo o papel da abordagem cirúrgica no tratamento da TB DR foi fundamental e realizar uma breve revisão da literatura.

**Método:** Descrição de relato de caso e revisão de literatura.

**Resultados:** Mulher, 55 anos, diagnosticada com tuberculose (TB) em 2017. Realizou tratamento com esquema padrão (rifampicina/isoniazida/pirazinamida/etambutol) por 9 meses devido à persistência de sintomas e baciloscopias/culturas positivas. O teste de sensibilidade revelou resistência à rifampicina/isoniazida. Fez uso de múltiplos esquemas de tratamento, porém sempre com falha terapêutica. A tomografia de tórax demonstrou extensa destruição do lobo superior esquerdo e acometimento do lobo inferior esquerdo, com pulmão direito preservado. Quatro anos após o diagnóstico, foi submetida à pneumectomia esquerda considerando-se a extensa destruição parenquimatosa. Um mês após o procedimento, pela primeira vez, houve negativação dos exames microbiológicos e melhora clínica. Dois meses após, iniciou esquema com bedaquilina e delamanida, associados a clofazimina, linezolida, moxifloxacina e etionamida. Realizou esta a fase de ataque por 6 meses, seguidos de 12 meses de fase de manutenção com etionamida, clofazimina e linezolida. Paciente com cura clínica e microbiológica há 10 meses.

**Conclusão:** Dado as taxas de insucesso do tratamento medicamentoso nos casos de tuberculose multidroga resistente (TB MDR) e de resistência extensiva (TB-XDR), a terapia de ressecção cirúrgica se destaca com uma opção considerável no contexto de refratariedade e grau de extensão das lesões pulmonares. Estudos indicam que o sucesso do

procedimento cirúrgico varia entre 75%-100%. A ressecção das áreas acometidas permite controle da carga bacilífera levando a melhora do quadro infeccioso, redução de recorrência e de complicações. A literatura sugere terapêutica cirúrgica coadjuvante para os casos de TB MDR e TB XDR nas seguintes circunstâncias: cultura de escarro persistentemente positiva após 4-6 meses de terapêutica e cavitações pulmonares localizadas, TB XDR não curada com terapia medicamentosa exclusiva e presença de complicações como hemoptise maciça. A associação entre tratamento cirúrgico e clínico pode ser a solução para casos complexos onde há grandes falhas associadas as terapias farmacológicas.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2024.104230>

#### EP-326 - ENDOFTALMITE UNILATERAL POR E COLI EM PACIENTE IMUNOCOMPETENTE

Barbara Ferreira Khouri, Lucas Mendes Braga,  
Matheus Siqueira,  
Lucas Henrique Rinaldi Faidiga,  
Philippe Quagliato Bellinati,  
Raphael Donadio Pitta,  
Marcos Paulo Januarino Júnior

Hospital Evangélico de Londrina, Londrina, PR, Brasil

**Introdução:** Endoftalmite é uma infecção grave dos tecidos e/ou fluidos intraoculares. Majoritariamente, associa-se a mecanismos exógenos, como traumas, cirurgias ou inoculação direta. Vias endógenas são infrequentes. A *Escherichia coli*, um bacilo gram-negativo, raramente pode causar endoftalmite através de disseminação hematogênica.

**Objetivo:** Relatar caso de paciente com endoftalmite por *E coli*.

**Método:** Relato de caso.

**Resultados:** J.C.L., feminino, 67 anos, portadora de diabetes mellitus e retinopatia diabética, sem cirurgias oculares prévias. Procurou atendimento por astenia, náuseas, calafrios e piora da acuidade visual. Na admissão apresentava hemograma com 19 mil leucócitos, PCR 41 mg/dL, creatinina 5,18 mg/dL, ureia 194 mg/dL, além do parcial de urina com 750.000 leucócitos e líquido normal. Iniciado ceftriaxone empírico por diagnóstico de pielonefrite. Paciente evoluiu pior com dor retro orbitária, cefaleia e anopsia 24 horas, necessitando de evisceração por endoftalmite no 7o dia de internação. Hemoculturas, urocultura e cultura de tecido positivas para *E. coli* multissensível. Apresentou piora da função renal com necessidade de diálise, além de quadro de trombose venosa profunda em membro inferior esquerdo. Complicou com pneumonia e necessidade de ampliar antibiótico para meropenem, completando 28 dias de esquema no total, com negativação das hemoculturas e resolução do quadro de insuficiência renal dialítica. Recebeu alta para acompanhamento ambulatorial e anticoagulação via oral.

**Conclusão:** O presente caso destaca a importância da identificação precoce dos sinais e sintomas dessa infecção ocular para que o diagnóstico e tratamento possam ser prontamente iniciados. Existem poucos dados na literatura da prevalência