

Área: IMUNODEPRIMIDOS NÃO HIV/IMUNIZAÇÕES/MEDICINA DOS VIAJANTES

Sessão: CASOS CLÍNICOS

EP-208

**MICOBACTERIOSE ATÍPICA:
MENINGOENCEFALITE, ABSCESSOS
SUBCUTÂNEOS E MUSCULARES EM
PACIENTE COM INSUFICIÊNCIA ADRENAL**



Jamili Zanon Bonicenna, Amanda Hirschfeld Romão Vieira, Magda de Souza da Conceição, Felipe Andrade Magalhães, Bruno Rubinstein, Tatiana Soares Spritzer, Marcelo Ibiapina Oliveira, Ademildes Pereira Navarini

Hospital Federal da Lagoa, Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Data: 19/10/2018 - Sala: TV 9 - Horário: 13:51-13:56 - Forma de Apresentação: E-pôster (pôster eletrônico)

Introdução: As infecções causadas por micobactérias de crescimento rápido (MCR) potencialmente patogênicas constituem um agravo emergente que envolve a identificação diagnóstica, a clínica e o tratamento dos pacientes acometidos. Pertencem ao grupo de micobactérias não tuberculosas (MNT), também chamadas de atípicas. Dentre as MCRs, o *Mycobacterium fortuitum* destaca-se por causar lesões de pele e linfonodos. Meningoencefalite e manifestações oftalmológicas são incomuns relacionadas a esse tipo de germe.

Objetivo: Descrever uma apresentação atípica de uma MCR, que faz parte do diagnóstico diferencial de lesões ulceradas necróticas de pele em paciente imunossuprimidos, com meningoencefalite e acometimento oftalmológico, pouco relatadas nas apresentações do *M. fortuitum*.

Metodologia: Paciente masculino, 37 anos, previamente hígido, procurou atendimento ambulatorial com queixa de cefaleia. Relatou aplicações subcutâneas e musculares de óleo mineral com fins estéticos e uso irregular de corticoide havia cerca de 10 anos. Fundoscopia apresentou lesões sub-retinianas compatíveis com tuberculose. Tomografia de crânio com contraste sem alterações significativas. Análise do líquido com 330 células, 60% mononucleares, 239 mg/dl proteínas, 49 mg/dl glicose, tinta da China negativo, bacterioscopia negativa. PCR para tuberculose no líquido negativa. Iniciado tratamento com esquema Ripe. Durante internação, apresenta lesões ulceradas recoberta com necrose no braço esquerdo (local com infiltração de óleo), com necessidade de desbridamento. A cultura inicial do tecido desbridado foi compatível com micobactéria de crescimento rápido. Retirado esquema para tuberculose e introduzidos antimicrobianos específicos para micobacteriose não tuberculosa. Após resultado do teste de sensibilidade aos antimicrobianos, o tratamento para *M. fortuitum* foi instituído com três drogas antimicrobianas, com a um medicamento por via intravenosa, necessariamente. Em 22 semanas houve resolução da meningoencefalite e abordagens cirúrgicas para drenagem de abscessos subcutâneos e musculares. Também tratou artrite séptica do joelho direito. Recebeu alta com doxiciclina e ciprofloxacino, prednisona 20 mg/dia em desmame e encaminhamento à infectologia e endocrinologia.

Discussão/conclusão: O diagnóstico diferencial de lesões cutâneas secundárias a inóculos para fins estéticos é um desafio, inclui entre eles o de micobacterioses não tuberculosas. O *M. fortuitum* representa uma espécie com manifestação cutânea, porém raramente em sistema nervoso central.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2018.10.270>

Área: MISCELÂNEA
Sessão: CASOS CLÍNICOS

EP-209

**COINFEÇÃO MYCOBACTERIUM
TUBERCULOSIS E MYCOBACTERIUM
ABSCESSUS EM ADULTO JOVEM
IMUNOCOMPETENTE: RELATO DE CASO**



Isadora Abrão de Souza, Maurício Fernando Favaleça, Shizumi Iseri Giraldeleli, Carolina Ruiz Mazaia, Andressa Moraes Serazi, Pollyanna Cardoso Fantini, Daniela de Farias Rüdiger, Larissa Santos Fogaça, Paula Machado da Costa Lucas, Maria Fernanda Aguilar de Azevedo, Daniele Tirapeli Quirino Barbosa, Márcio César Reino Gaggini

Universidade Brasil, São Paulo, SP, Brasil

Data: 19/10/2018 - Sala: TV 9 - Horário: 13:58-14:03 - Forma de Apresentação: E-pôster (pôster eletrônico)

Introdução: As micobactérias não tuberculosas (MNT) são aquelas que não pertencem ao complexo *Mycobacterium tuberculosis* (*M. tuberculosis* e *M. bovis*) e ao *M. leprae*. Com uma incidência de 1-2 casos por 100.000 habitantes, a infecção ocorre principalmente por inalação de aerossóis, pode também ser através de ingestão e inoculação direta após procedimentos invasivos. A doença pulmonar por MNT geralmente ocorre em pacientes com doença pulmonar pré-existente, como bronquiectasias, doença pulmonar obstructiva crônica, tuberculose (TB) prévia.

Objetivo: Relatar um caso de coinfeção *M. tuberculosis* e *M. abscessus* em um adulto jovem imunocompetente.

Metodologia: Homem, 21 anos, sem comorbidades, sem história de tabagismo ou procedimentos médicos invasivos, em avaliação de comunicante para tuberculose (TB) após diagnóstico de tuberculose pleural no irmão. Relatava tosse secretiva havia mais de 30 dias, PPD 20 mm e raios X com velamento pulmonar à direita, exames de baciloscopia de escarro, teste rápido molecular (TRM) para TB e HIV todos negativos, referia ter tratado pneumonia havia cerca de três semanas. Em avaliação com infectologista foram solicitados novo TRM e cultura para micobactéria. Em março de 2018, TRM para TB detectável, iniciados Rifampicina, Isoniazida, Pirazinamida e Etambutol. Em abril cultura identificou *Mycobacterium abscessus* e foi solicitada nova amostra. Em maio de 2018, tomografia computadorizada (TC) de tórax com espessamento de paredes brônquicas, nódulos e cavitações e segunda amostra da cultura com *M. abscessus*. Paciente com resposta clínica satisfatória ao esquema Ripe, porém devido aos achados tomográficos e aos resultados de duas culturas para *M. abscessus*, foram introduzidos Amicacina, Claritromicina

e Levofloxacin. Atualmente, paciente na segunda fase do tratamento para tuberculose com Rifampicina e Isoniazida, assintomático, aguarda antibióticos para tratamento da MNT.

Discussão/conclusão: A coinfeção *M. tuberculosis* e *M. abscessus* é incomum em pacientes imunocompetentes. Neste caso o diagnóstico de tuberculose foi a partir do TRM e o da MNT por cultura, o que mostra a importância de ambos os exames na investigação dos indivíduos sintomáticos. Assim, a decisão de tratar MNT deve ser ponderada, pensa-se no real risco de progressão da doença e na exposição desnecessária a toxicidade farmacológica para o indivíduo. Neste caso, devido aos sintomas clínicos e achados na TC de tórax, optou-se pelo tratamento de ambas as micobacterioses.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2018.10.271>

EP-210

PARACOCCIDIOIDOMICOSE E TUBERCULOSE PULMONAR EM PACIENTE IMUNOCOMPETENTE: UMA ASSOCIAÇÃO RARA



Juvêncio Dualibe Furtado, Meliane Moleta, Ana Cláudia Salomon Braga, Eduarda da Silva Jardim, Filipe dos Santos Sousa, Aline Iglesias Gonzalez

Hospital Heliópolis, São Paulo, SP, Brasil

Data: 19/10/2018 - Sala: TV 9 - Horário: 14:05-14:10 - Forma de Apresentação: E-pôster (pôster eletrônico)

Introdução: A paracoccidiodomicose (PCM) é causada pelo *Paracoccidioides spp.* O contágio ocorre através do solo contaminado com o fungo, o meio rural é o mais propício para se adquirir a infecção. Na fase aguda/subaguda podem-se observar adenopatias e fistulização, as cadeias cervical, axilar e inguinal são as mais acometidas. Outras doenças infecciosas podem estar associadas à PCM. A coinfeção entre tuberculose (TB) e PCM ocorre em 5,5-19% dos casos, pode ocorrer simultânea ou sequencialmente, em decorrência da queda da imunidade celular.

Objetivo: Relatar a ocorrência de coinfeção entre PCM e TB em paciente imunocompetente.

Metodologia: VNA, 46 anos, masculino, trabalhador de marmoraria e granja, procedente de Montes Claros, MG. Apresentava linfonodomegalia em região cervical anterior e posterior, bilateral, com sinais flogísticos e dor à mobilização, associados a tosse seca, odinofagia, febre e perda ponderal. Sem comorbidades e internamentos prévios. Apresentava lesão ulcerada e dolorosa em palato mole à direita. O maior linfonodo tinha 5 cm de diâmetro. A pesquisa de BAAR no escarro foi negativa e o teste rápido molecular positivo. Iniciado tratamento com rifampicina, isoniazida, pirazinamida e etambutol (Ripe). Após 30 dias de tratamento mantinha os sintomas iniciais, com pioria respiratória e aumento linfonodal à direita. Feita punção de linfonodo cervical, o exame micológico direto evidenciou leveduras com brotamento características de *Paracoccidioides brasiliensis*. Associada ao tratamento anterior anfotericina B lipossomal 200 mg/dia. Tomografia de tórax com opacidades pulmonares bilaterais, linfonodomegalias mediastinais e axilar à direita, algumas com centro necrótico.

Nódulos sólidos, não calcificados, irregulares, por vezes escavados, distribuídos pelo parênquima, bilateralmente com predomínio em ápice. Notou-se ainda espessamento dos septos inter e intralobulares associado a opacidades ramificadas, com padrão de árvore em brotamento e vidro fosco.

Discussão/conclusão: Considerando a raridade da coinfeção TB/PCM linfonodal em imunocompetente e a similaridade do quadro clínico de ambas, observamos com frequência o atraso diagnóstico e o retardo do tratamento. Devemos ressaltar a importância deste relato e valorizar a investigação diagnóstica constante, mormente quando as evoluções clínica e terapêutica estão dissonantes. A possibilidade de coinfeção deve estar presente nos diagnósticos diferenciais de doenças granulomatosas, principalmente quando há demora na resposta terapêutica.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2018.10.272>

Área: ANTIMICROBIANOS/INFECTOLOGIA CLÍNICA
Sessão: CASOS CLÍNICOS

EP-211

HIPERTRIGLICERIDEMIA SECUNDÁRIA AO USO DE ITRACONAZOL: UM EVENTO ADVERSO RARO – RELATO DE CASO



Vitor Santili Depes, Susana Lilian Wiechmann, Priscila Audibert Nader, Zuleica Naomi Tano, Raphael C. Biscaia Hartmann, Alexandre Mestre Tejo, Diogo Jorge Rossi, Fábio Montagna Sekiyama, Ana Carolina Corrêa

Universidade Estadual de Londrina (UEL), Londrina, PR, Brasil

Data: 19/10/2018 - Sala: TV 9 - Horário: 14:12-14:17 - Forma de Apresentação: E-pôster (pôster eletrônico)

Introdução: O itraconazol é um antimicrobiano da classe dos triazólicos indicado no tratamento de lesões fúngicas pulmonares e extrapulmonares, tais quais paracoccidiodomicose, histoplasmo e aspergilose. Inibe a C-14- α -demetilação do citocromo P-450, prejudica a síntese lipídica da parede fúngica. Tem amplas reações adversas e, embora raro, pode causar hepatotoxicidade. Dentre os efeitos colaterais podem-se citar manifestações gastrointestinais, aumento de transaminases hepáticas, fosfatase alcalina, desidrogenase láctica, bilirrubinas, triglicérides etc. Quanto aos triglicérides, apesar do mecanismo ainda indeterminado, o itraconazol pode promover elevações consideráveis nos níveis séricos, ultrapassa valores de 300 mg/dl.

Objetivo: Apresentar um relato de caso do Hospital Universitário da Universidade Estadual de Londrina de hipertrigliceridemia induzida pelo uso de itraconazol em paciente não HIV, cujos níveis séricos ultrapassaram valores de 1.700 mg/dl.

Metodologia: CCA, masculino, 31 anos, soldador, procedente de Cambé, PR, diagnosticado com paracoccidiodomicose em julho de 2017 após quadro de perda ponderal, fraqueza, sudorese noturna e tosse produtiva com hemoptios. A etiologia foi confirmada para *Paracoccidioides brasiliensis*