

espécies pode cursar com acometimento pulmonar, cutâneo ou quadros disseminados. Pacientes imunocomprometidos podem ter apresentações pouco usuais da infecção por MNT.

Objetivo: Relatar apresentação atípica por micobactéria não tuberculosa em paciente HIV positivo, cursava com aneurisma micótico. Doença disseminada com baciloscopia positiva em fragmento de parede de artéria aorta e crescimento de MNT em cultura desse e sangue periférico.

Metodologia: Paciente do sexo feminino, 67 anos, com diagnóstico de infecção pelo HIV desde 2013, má adesão ao tratamento (contagem de CD4 de 50/mm³ e carga viral de 80.995 cópias/ml), interna para investigação de dor crônica em quadril e síndrome consumptiva havia dois meses. Tomografia computadorizada de tórax evidenciou opacidades pulmonares que esboçavam nódulos bilateralmente. Tomografia computadorizada de abdômen demonstrou aneurisma de aorta infrarrenal com foco de ulceração e extravasamento de contraste em sua porção trombosada com suspeita de aneurisma micótico; além de ascite e linfonomegalia peri-aórtica. Devido à hipótese de aneurisma secundário a infecção intra-abdominal, iniciada antibioticoterapia empírica com ciprofloxacino e claritromicina para cobertura de MNT. Feita aneurismectomia com coleta de material para análise. Estudo de fragmento de parede da artéria aorta revelou baciloscopia e cultura positivas para MNT. Optou-se pela manutenção da cobertura previamente instituída. No 4º pós-operatório evoluiu com choque circulatório e distensão abdominal, com indicação de laparotomia de emergência, a qual evidenciou conteúdo entérico em cavidade abdominal e duas úlceras gástricas perfuradas, que foram rafiadas. Paciente evoluiu de forma desfavorável apesar de progressão para antibioticoterapia de amplo espectro e cuidados intensivos, com óbito após sete dias da última abordagem cirúrgica.

Discussão/conclusão: Entre as diversas apresentações atípicas de infecção por MNT em pacientes HIV positivos, com contagem de linfócitos TCD4 baixa (ex: sinusopatia, derrame pericárdico, artrite séptica), deve-se incluir formação de aneurisma micótico.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2018.10.268>

Área: ANTIMICROBIANOS/INFECTOLOGIA CLÍNICA

Sessão: CASOS CLÍNICOS

EP-207

INFECÇÃO PULMONAR POR MICOBACTÉRIA NÃO TUBERCULOSA EM PACIENTE IMUNOCOMPETENTE

Pedro Rodrigues de Carvalho^{a,b}, Ana Laura Batista Guimarães^{a,b}, Jessica Alves Vasselo^{a,b}, Thaísa Bonardi^{a,b}, Marcelo Geneviva Macchione^{a,b}

^a Centro Universitário Padre Albino (Unifipa), Catanduva, SP, Brasil

^b Faculdade de Medicina de Catanduva (Fameca), Catanduva, SP, Brasil

Data: 19/10/2018 - Sala: TV 9 - Horário: 13:44-13:49 - Forma de Apresentação: E-pôster (pôster eletrônico)

Introdução: As micobactérias não tuberculosas (MNT) são classificadas de acordo com a sua velocidade de crescimento: lenta ou rápida. As micobactérias de crescimento rápido (MCR) podem ser das espécies *M. abscessus*, *M. chelonae* e *M. fortuitum*. O patógeno humano mais importante é o *M. abscessus*, responsável por 80% dos casos de infecção pulmonar entre as MCR. O diagnóstico de infecção por MCR é importante para distinção de MCR de *M. tuberculosis*, já que a tuberculose (TB) requer rastreamento de saúde pública e tem tratamento diferente.

Objetivo: Relatar caso clínico de uma paciente imunocompetente portadora de micobacteriose não tuberculosa.

Metodologia: Paciente, 55 anos, enfermeira, procurou atendimento em 06/09/2017, referiu tosse com expectoração mucoide havia um mês, sem hemoptise. Negou febre e emagrecimento. Sem história de imunodeficiência congênita ou adquirida, doença pulmonar de base e procedimentos cirúrgicos recentes. Negou tabagismo. Diante disso, solicitou-se raios X de tórax, que demonstrou a presença de opacidade heterogênea no lobo superior direito. Foi feita tomografia de tórax, que demonstrou a presença de nódulos acinares e centrolobulares com aspecto de árvore em brotamento, além de lesões escavadas no segmento apical direito. Diante da possibilidade de TB, a paciente foi orientada a coletar escarro para baciloscopia. Durante segunda consulta, mantinha tosse seca e encontrava-se em bom estado geral. Trouxe o resultado das três baciloscopias solicitadas, todas positivas. Diante desse diagnóstico presuntivo de tuberculose pulmonar, iniciou-se o tratamento com esquema Ripe enquanto aguardávamos o resultado do PCR e da cultura. Em 18/10/2017, retornou para reavaliação. O resultado do PCR não detectou DNA para *M. tuberculosis*. As cinco amostras enviadas para cultura foram positivas para MNT. A espécie identificada foi a *Micobacterium abscessus abscessus*. Diante disso, solicitou-se teste de sensibilidade aos antimicrobianos, que evidenciou sensibilidade bacteriana à claritromicina e amicacina, iniciou-se tratamento.

Discussão/conclusão: Os fatores predisponentes para as infecções pulmonares causadas por MCR incluem feridas cirúrgicas recentes, doença esofágica, malignidade, doença pulmonar subjacente, principalmente bronquiectasias, e doenças reumatológicas. Uma das características clínicas da doença é o acometimento pulmonar bilateral. A paciente, no entanto, não apresentava qualquer dessas condições, evidenciou-se a particularidade do caso.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2018.10.269>

