

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*

na pesquisa para fungos em hemoculturas. Durante a internação, foi tratado inicialmente com anfotericina B endovenosa e, com a melhoria clínica, a terapia foi continuada com itraconazol via oral. Após alta hospitalar, o acompanhamento foi mantido ambulatorialmente em conjunto com a avaliação de parâmetros laboratoriais, como exames de função e lesão hepática, hemograma, eletroforese de proteínas, lipidograma e função renal. Após cinco meses de uso contínuo, apresentou quadro de náuseas, icterícia, dor abdominal, esteatose hepática medicamentosa associada ao uso de itraconazol e triglicérides de 1.782 mg/dL. Com a suspensão do triazólico, houve redução da hipertrigliceridemia e dos sintomas.

Discussão/conclusão: Apesar de relatos de hepatotoxicidade, apenas um refere níveis de triglicérides acima de 1.000 mg/dl, em paciente HIV. Assim, a determinação do quanto o itraconazol foi responsável pelo aumento é de difícil estabelecimento. A exposição prolongada ao triazólico pode precipitar lesão hepática grave e irreversível. A monitoração dos parâmetros da função hepática deve ser feita durante e após o tratamento, mesmo em pacientes assintomáticos sem riscos aparentes de lesão hepática.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2018.10.273>