

**Discussão/Conclusão:** Relatos de piora na apresentação disseminada da esporotricose após o início da TARV estão presentes na literatura e, não raro, são atribuídas à Síndrome de Reconstituição Imune. Chama atenção neste relato a progressão da doença, com acometimento do SNC, mesmo na vigência de altas doses de anfotericina B, evolução esta provavelmente decorrente da forte imunossupressão do paciente.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2020.101338>

EP-261

### REATIVAÇÃO DE LEISHMANIOSE TEGUMENTAR AMERICANA NA FORMA CUTÂNEA DISSEMINADA EM IMUNOSSUPRIMIDO



Wdson Luis Lima Kruschewsky, Luiz Felipe Mota Sant Ana, Hugo Pessotti Aborghetti, Ricardo Dal Col Batista, Ricardo Tristão Sá, Aloísio Falqueto

Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), Vitória, ES, Brasil

**Introdução:** A leishmaniose tegumentar americana (LTA) é uma doença de evolução crônica causada por protozoários do gênero *Leishmania* e transmitida por flebotomíneos. A expressão clínica da LTA abrange as formas cutânea e cutâneo-mucosa, sendo esta uma reativação a curto ou longo prazo da forma cutânea, que pode ocorrer após um gatilho desequilibrar o balanço imunológico e levar a uma resposta imune modificada aos antígenos da *Leishmania*.

**Objetivo:** Descrever um caso de reativação da LTA na forma cutânea disseminada em imunossuprimido.

**Metodologia:** Feminino, 73 anos, hipertensa, tratada há dois anos para LTA com duas aplicações intralesionais de antimoniato de meglumina. Diagnosticada com leucemia linfocítica crônica (LLC) há um ano, iniciando quimioterapia (QT) com ciclofosfamida e fludarabina. É admitida com história de dois dias após o término da terceira sessão de QT, surgimento simultâneo de diversas pústulas em face, todas evoluindo em cerca de trinta dias para úlceras indolores, bem delimitadas e de fundo limpo. Ao exame físico, apresenta ainda lesão infiltrativa em área lateral esquerda de dorso da língua. Pesquisa direta e imunohistoquímica de biópsia de pele supralabial exibindo estruturas compatíveis com formas amastigotas de *Leishmania*. A paciente recebeu anfotericina B lipossomal (dose acumulada de 3100 mg), apresentando regressão das lesões, a exceção das localizadas em região supralabial e língua. Em acompanhamento ambulatorial, foi prescrito fluconazol 450 mg/dia por quatro meses, evoluindo com cicatrização das lesões remanescentes.

**Discussão/Conclusão:** A LTA é uma protozoose capaz de permanecer latente por longo período, até que, de modo oportunista, seja reativada por desequilíbrio entre o sistema imune do paciente e a patogenicidade do agente agressor. O caso abordado sugere que a LTA é passível de reativação, inclusive em local diverso da lesão primária, em pacientes submetidos a tratamento imunossupressor. Nele, atribuímos a reativação em questão à administração de ciclofosfamida e de fludarabina em sessões de QT, uma vez que a toxicidade sistêmica

desses medicamentos é capaz de provocar neutropenia decorrente da supressão da medula óssea. Importante ressaltar a possibilidade do uso do fluconazol como coadjuvante no tratamento da LTA em situações específicas como a deste relato. Diagnosticada a LTA, é crucial o acompanhamento da doença, sobretudo em imunossuprimidos, pois ela pode voltar a produzir manifestações em situações aparentemente encerradas.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2020.101339>

EP-262

### HANSENÍASE NO HIV: REALMENTE NÃO HÁ REPERCUSSÃO?



Letícia Rossetto Cavalcante, Larissa Paulino, Amílcar Sabino Damazo, Ricardo Budtinger Filho

Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT), Cuiabá, MT, Brasil

**Introdução:** A infecção pelo HIV-1 parece não alterar a incidência ou espectro clínico da Hanseníase, ao que parece sendo inclusive mantida a capacidade de formação de granulomas, paradoxalmente característica da alta resposta imunocelular. O presente trabalho relata 2 casos que mostram apresentação clínica atípica em pacientes com HIV-1.

**Objetivo:** Apresentar uma série de 2 casos de hanseníase com apresentação atípica e disseminada em pacientes coinfectados pelo HIV-1.

**Metodologia:** Caso 1: Mulher, 54 anos, HIV há 10 anos e há 1 ano possui lesões eritematovioláceas que evoluíram com hipocromia, bordas imprecisas e prurido. Negava outros sintomas. Em uso de TARV modificada. Ao exame físico possuía lesões violáceas em mucosa oral, placas eritematovioláceas disseminadas, com leve descamação e que desapareciam à digitopressão. Sem outras alterações. Biópsia de pele prévia demonstrando fragmento com acantose e hiperqueratose. Bacterioscopia de linfa negativa. Carga viral indetectável e CD4 176. Foram solicitados exames laboratoriais e biópsia de 3 lesões, as quais foram compatíveis com hanseníase borderline tuberculóide. Devido à dissociação clínica-anatomopatológica, foi solicitada revisão da lâmina e nova biópsia para exame micológico direto, cultura de fungos e BAAR, sendo que todos resultaram negativos, mas a revisão da lâmina sugeriu infecção disseminada por *M. hansen*, confirmado em PCR.

Caso 2: Homem, 47 anos, queixa de “manchas e caroços no corpo”. As lesões iniciaram há 3 meses nos antebraços, tronco e dorso. Eram não eritematosas e não pruriginosas e apresentavam ardência e dor em queimação. Ao exame físico, múltiplos hansenomas difusos pelo corpo. Na avaliação dos exames apresentou HIV-1 positivo.

**Discussão/Conclusão:** Assim como em outras micobacterioses, esperava-se uma relação entre a evolução do HIV e da hanseníase, hipótese que não se confirmou nos estudos. Apesar disso, já foi demonstrado em pacientes HIV positivos com hanseníase uma baixa resposta imunológica sistêmica e pouca resposta a antígenos do *M. leprae* quando comparados com pacientes não HIV, além disso, a Síndrome Inflamatória de Reconstituição Imunológica, na qual o aumento da con-

tagem de linfócitos T CD4 leva a apresentação de reações reversas é um fato nesses pacientes. Assim, indaga-se quanto realmente é desvinculado a relação entre as duas patologias, pois diante do exposto e da complexidade de ambas doenças, não se pode descartar a depleção de linfócitos T CD4 como a causa da manifestação atípica e disseminada acima relatada.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2020.101340>

EP-263

### TUBERCULOSE OSTEOARTICULAR PERIFÉRICA EM PACIENTE PORTADOR DE DERMATOMIOSITE PRIMÁRIA: UM RELATO DE CASO

Lucas de Figueiredo Barbosa, Cristielly Guimarães Franco, Adriana Oliveira Guilarde, Maria Auxiliadora de P. Carneiro Cysneiros

Hospital das Clínicas, Universidade Federal de Goiás (UFG), Goiânia, GO, Brasil

**Introdução:** A manifestação osteoarticular da tuberculose (TB) representa menos de 1% dos casos da doença, sendo ainda mais rara quando no esqueleto extra-espinhal. Cursa majoritariamente com artrite fria, espondilite e osteomielite, sendo incomum sintomas sistêmicos. Entre os fatores de risco para infecção por TB, cita-se o uso de imunossupressores, tratamento preconizado para pacientes com dermatomiosite. A ressonância magnética (RM) é capaz de evidenciar fases pré-destrutivas da doença e a confirmação diagnóstica se dá pelo isolamento do agente. O tratamento envolve o uso de rifampicina, isoniazida, pirazinamida e etambutol (RIPE) por dois meses, seguido de quatro a dez meses de terapia com rifampicina e isoniazida (RI). A abordagem cirúrgica está indicada em pacientes com complicações importantes da doença, como o desenvolvimento de deformidades ósseas.

**Objetivo:** Relatar um caso de artrite de membro inferior por infecção pelo *Mycobacterium tuberculosis* em um paciente portador de dermatomiosite primária.

**Metodologia:** Homem, 60 anos, procurou o pronto-socorro por dor e sinais flogísticos em região dorsal de pé esquerdo, de início súbito há 3 meses, que evoluiu com formação de abscesso cutâneo, limitação de movimento e febre. Teve diagnóstico, há cerca de seis meses, de dermatomiosite primária, em uso de metotrexato 15 mg/semana e prednisona 20 mg/dia. A RM do membro evidenciou destruição de metatarsos e sinais de osteomielite. Iniciada antibioticoterapia de amplo espectro, com piora do quadro. Foi realizada a coleta de secreção cutânea, além de artrotomia para limpeza cirúrgica e biópsia sinovial. Os exames revelaram baciloscopia positiva, TRM para TB positivo e cultura para micobactéria positiva, com crescimento de *Mycobacterium tuberculosis*. Ademais, a biópsia sinovial evidenciou a presença de inflamação crônica granulomatosa e do agente. Frente ao diagnóstico, instituiu-se o tratamento antituberculose com boa resposta e consequente alta hospitalar com tratamento ambulatorial (realizou RIPE por 2 meses e RI por 10 meses). Evoluiu com retorno da deambulação e cicatrização gradativa da ferida, estando assintomático atualmente.

**Discussão/Conclusão:** A osteoartrite tuberculosa é uma entidade rara com alta morbidade e diagnóstico desafiador. A presença de dermatomiosite em vigência de tratamento imunossupressor deve levantar a suspeita diagnóstica para essa infecção e a terapia específica deve ser instituída precocemente, visando prevenir complicações.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2020.101341>

EP-264

### MASSA CERVICAL POR NOCARDIA SP. EM PACIENTE COM HIV/AIDS: RELATO DE CASO

Jocarla Soares Araújo, Luiz Fernando Cabral Passoni, Mariana Torres, Carolina Oliveira Venturotti, Manoel Rodrigues Lima Neto, Sarah Lanferini Frank, Luis Eduardo Fernandes, Halime Silva Barcaui

Hospital Federal dos Servidores do Estado, Rio de Janeiro, RJ, Brasil

**Introdução:** *Nocardia* sp. é uma bactéria filamentosa gram positiva aeróbica que pode ser responsável por doenças em pacientes imunocomprometidos ou não, com manifestações cutâneas, pulmonares e/ou cerebrais. A forma disseminada é mais comum nos imunodeprimidos. O principal diagnóstico diferencial deve ser feito dentre as bactérias do seu subgrupo, como *Actinomyces* e *Rhodococcus*, ressaltando-se a importância da identificação para realização de antibioticoterapia adequada.

**Objetivo:** Relatar caso de paciente que diagnosticou a infecção pelo HIV devido massa cervical por nocardiose.

**Metodologia:** Serralheiro, 42 anos, natural de Natal (RN), residente em Duque de Caxias (RJ), previamente hígido, com história de início há dois meses de quadro de febre intermitente com calafrios e surgimento de tumoração cervical à esquerda associada a fistulização, dor, calor local e disfagia. Esteve hospitalizado por uma semana, submetido à drenagem cirúrgica e tratamento com ciprofloxacino e clindamicina, sem regressão, evoluindo após um mês com nova tumoração à direita, sendo tratado com antiinflamatórios e amoxicilina+clavulanato durante 1 mês, sem melhora. Na ocasião, teste rápido para HIV positivo. Interna em nossa instituição com tumoração cervical à direita, endurecida, com pequeno foco de flutuação; à esquerda, lesão ulcerada de bordas bem delimitadas e infiltradas, de fundo limpo e com endurecimento perilesional. Afebril, hipocorado, orofaringe de difícil avaliação, dentes em regular estado de conservação. A secreção aspirada da lesão direita, corada por Ziehl-Neelsen e gram, evidenciou bactérias filamentosas, gram positivas, BAAR positivo; o teste rápido molecular para tuberculose foi negativo. Houve crescimento de *Nocardia* sp. (identificação por MALDI-TOF). Iniciado tratamento com sulfametoxazol-trimetoprima com melhora clínica importante. TC de tórax prévia mostrava consolidação em base direita, que regressou após tratamento, TC de crânio sem alterações. Durante internação, CD4 60/mm<sup>3</sup> e CV 253.921/mL; iniciada TARV com TDF + 3TC + DTG. Recebe alta após 20 dias de tratamento, com manutenção da medicação por via oral.