

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/mm³ 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.