

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.

**Discussão/Conclusão:** Embora em pessoas vivendo com HIV e com tumoração cervical as hipóteses diagnósticas mais prováveis sejam tuberculose ganglionar, linfoma e micoses sistêmicas, a nocardiose deve ser sempre lembrada.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2020.101342>

EP-265

### PARACOCCIDIOIDOMICOSE DISSEMINADA EM PACIENTE IMUNOSSUPRIMIDO

Vanessa Caroline R. Magalhães, Daniel Assis Santos, Ana Cláudia Lyon Moura, Dirce Inês Silva, Gabriela Santos Côrrea

Hospital das Clínicas, Universidade Federal de Minas Gerais (HC-UFGM), Belo Horizonte, MG, Brasil

Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG), Belo Horizonte, MG, Brasil

**Introdução:** A paracoccidiodomicose (PCM) é uma infecção fúngica sistêmica endêmica na América Latina sendo que cerca de 80% dos casos situam-se no Brasil, nas regiões sudeste, sul e centro-oeste. O *Paracoccidoides* spp. no meio ambiente natural está associado com regiões úmidas, precipitação média a alta, temperaturas amenas e presença de rios, florestas, áreas de lavouras agrícolas e em tatus. A fase primária da micose ocorre, normalmente, em indivíduos jovens como uma doença pulmonar autolimitada, e, raramente, progride para o estado agudo ou subagudo da infecção. Uma lesão que esteja latente pode ser reativada alguns anos após o primeiro contato com o fungo, originando uma doença pulmonar crônica, podendo ou não envolver outros órgãos. Nem todos os indivíduos apresentam manifestações pulmonares da doença, a infecção pode disseminar-se para locais extrapulmonares, como pele e mucosa, linfonodos, glândulas adrenais, fígado e baço.

**Objetivo:** O presente relato trata-se de um paciente do sexo masculino, 31 anos, com diagnóstico recente de HIV, natural do Haiti, porém residente há 4 anos no Brasil em MG, que foi admitido no Hospital Eduardo de Menezes com epigastria, odinofagia, disfagia, vômitos frequentes, picos febris, anemia e neutopenia. O exame de endoscopia digestiva alta demonstrou ulcerações esofagianas, sugestivas de processo infeccioso por Citomegalovírus e o anatopatológico, esofagite crônica leve. Foi instituída uma antibioticoterapia empírica de amplo espectro e Ganciclovir 500 mL/dia, por 21 dias. Durante a internação o paciente apresentou lesões disseminadas na pele das quais, após investigação laboratorial de biópsia, tiveram o exame micológico direto e a cultura fúngica positivos para o fungo *Paracoccidoides* spp. Posteriormente, o fungo foi isolado em amostras de sangue e de aspirado de medula óssea. Iniciou-se o tratamento com anfotericina B 50 mg/dia, por 14 dias, seguido por itraconazol 200 mg/dia, por um ano. O paciente evoluiu com melhora clínica significativa da anemia, neutropenia, ganho de peso e cicatrização das lesões.

**Discussão/Conclusão:** Sabe-se que no Brasil, cerca de 1,5% dos pacientes com AIDS apresentam paracoccidiodomicose oportunista, geralmente com lesões disseminadas, e que essa micose foi relacionada a 1,4% das mortes destes pacientes.

Dessa forma, conclui-se que o diagnóstico rápido e assertivo associado ao início imediato da terapia antifúngica foram cruciais para uma boa resposta clínica e sobrevida do paciente com paracoccidiodomicose disseminada.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2020.101343>

EP-266

### ABORDAGEM FARMACOCINÉTICA E FARMACODINÂMICA NO MONITORAMENTO TERAPÊUTICO DE VANCOMICINA EM PACIENTES PEDIÁTRICOS PÓS-TRANSPLANTE HEPÁTICO: SÉRIE DE CASOS

Ronaldo Morales Junior, Vanessa D. Amaro Juodinis, Daniela Carla de Souza, Ariela Oliveira do Carmo Albuquerque, Cynthia Regina Chacon Benis, Susana Cristina Oliveira, Karina Fonzar Braga, Silvia Regina Cavani Jorge Santos

Hospital Sírio-Libanês, São Paulo, SP, Brasil

**Introdução:** Pacientes pediátricos pós-transplante hepático apresentam risco elevado de infecção e frequentemente recebem antimicrobianos de amplo espectro, no mesmo esquema posológico utilizado em outras condições críticas. Nessa população as múltiplas alterações fisiopatológicas podem alterar também os parâmetros farmacocinéticos.

**Objetivo:** O objetivo deste estudo foi analisar a eficácia microbiológica da vancomicina por meio de uma abordagem farmacocinética-farmacodinâmica (PK/PD).

**Metodologia:** Série de casos com quatro pacientes pós-transplante hepático, com função renal preservada, os quais foram incluídos para o monitoramento de vancomicina baseado na abordagem PK/PD entre janeiro e setembro de 2020. O sangue foi coletado na 2<sup>a</sup> e 6<sup>a</sup> hora do início da infusão no estado estacionário. A cobertura antimicrobiana e os parâmetros farmacocinéticos foram estimados após a dose empírica de 10-15 mg/kg/dose q6 h utilizando o modelo de um compartimento com cinética de primeira ordem. O alvo terapêutico foi definido pela razão entre a área sob a curva (ASC<sub>0-24</sub>) e a concentração inibitória mínima (CIM): ASC<sub>0-24</sub>/CIM ≥ 400.

**Resultados:** Os parâmetros farmacocinéticos do paciente #1 (6 meses; 6,2 kg), paciente #2 (7 meses; 4,9 kg), paciente #3 (7 meses; 7,3 kg) e paciente #4 (12 meses, 5,8 kg) foram respectivamente, volume de distribuição (0,3 L/kg; 0,5L/kg; 1,1L/kg; 0,8L/kg), meia vida biológica (3,3 h; 5,4 h; 2,9 h; 4,2 h) e clearance da vancomicina (1,1 mL/min\*kg; 1,2 mL/min\*kg; 4,5 mL/min\*kg; 2,3 mL/min\*kg). Os parâmetros obtidos para cada paciente foram comparados aos valores reportados em voluntários saudáveis. Apenas o paciente #2 atingiu alvo terapêutico após a dose empírica. Os pacientes #1, #3 e #4 atingiram o alvo após o ajuste individualizado da posologia. Os pacientes #3 e #4 apresentaram clearance de vancomicina elevado, necessitando de aumento da dose empírica para atingir alvo (80 mg/kg/dia); enquanto o paciente #1 apresentou menor clearance, necessitando de doses menores (30 mg/kg/dia).

**Discussão/Conclusão:** Os parâmetros farmacocinéticos de vancomicina encontram-se alterados nos pacientes pediá-