

vez que a falta de tratamento tem resultado potencialmente fatal. Manifestações embólicas requerem atenção pela relação com pior prognóstico. Infecção em mais de 2 locais, como múltiplos êmbolos pulmonares, e pacientes previamente hígidos com febre prolongada devem sugerir EI no contexto apropriado, permitindo investigação e tratamento.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2020.101485>

EP-408

#### RELATO DE CASO: TUBERCULOSE UROGENITAL EM PACIENTE INDÍGENA

Rafael Darwich Coral Soares, Ennara Nascimento Borges, Antonio Alexandre Valente Meireles, Carolina Gomes Almeida, Caio Vinicius Santos Cerqueira, Sebastiana Tamyres Queiroz de Abreu, Dyone Karla Barbosa da Silva, Isabelly Montenegro Teixeira, Raiza Júlia Viana Rodrigues, Renan Mesquita Rodrigues Silva

Universidade Federal do Amapá (UNIFAP), Macapá, AP, Brasil

**Introdução:** A tuberculose testicular é uma entidade rara que ocorre em aproximadamente 3% dos casos de tuberculose genital. Os homens entre os 20 e os 50 anos são os mais frequentemente afetados e queixam-se de dor ou aumento testicular. O diagnóstico possui dificuldades e, em geral, acontece tardiamente.

**Objetivo:** Apresentar caso de tuberculose testicular, patologia não tão frequente na literatura, em indígena.

**Metodologia:** A.A., 42 anos, natural de Almerin-PA, morador da aldeia Bona Tumucumaca, agricultor e coordenador pedagógico. História familiar de pai diabético; mãe, filha, esposa e pai com história de tuberculose (TB) pulmonar. Em 2016, fez teste de escarro para TB, com resultado negativo e tratamento para leishmaniose. Posteriormente, em um episódio de pesca, sentiu dor lombar com irradiação para o testículo intermitentemente, paciente fez uso de gel caseiro. Com a evolução, procurou unidade de saúde pelo edema testicular e inguinal esquerda, além de massa visível à inspeção que interferiam na deambulação. Iniciou anti-inflamatório, e ampicilina injetável, sem melhora do quadro. Foi encaminhado pela CASAI ao urologista, realizou biópsia e cirurgia removedora de testículo. No pós-operatório, apresentou melhora do quadro e voltou para a aldeia sem esperar o laudo da biópsia. Um mês depois, em janeiro de 2017, voltou a dor lombar e o edema inguinal com as mesmas características do quadro pré-operatório. Retornou a CASAI, foi encaminhado a infectologia, e mediante o laudo da biópsia que atestou resultado de micropatologia nos nódulos para-testiculares: processo inflamatório crônico granulomatoso, com grandes áreas de necrose de caseificação circundadas por granulomas do tipo tuberculoide. Com isso, foi iniciando o esquema RIP (Rifampicina, isoniazida, pirazinamida e etambutol), com duração de 6 meses. Durante o tratamento, paciente apresentou quadro de fraqueza, poli-dipsia, xerostomia e emagreceu 10 kg em 3 meses. Com o tratamento, houve a resolução das lesões na região inguinal

esquerda, paciente não apresentou mais dor na região lombar ou na região inguinal.

**Discussão/Conclusão:** Esse caso refere-se a paciente concordante com a epidemiologia e clínica da doença e reafirma a dificuldade de diagnóstico descrita na literatura. Foi preconizado tratamento antibacilar com o esquema habitual; no entanto, em algumas situações, pode ser necessária intervenção cirúrgica.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2020.101486>

EP-409

#### PNEUMONIA EOSINOFÍLICA PELO USO DE DAPTOMICINA: 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, Rossana Coimbra Brito, Luiz Felipe Souza Moreira

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

**Introdução:** Daptomicina é um antibiótico indicado para o tratamento de infecções graves causadas por bactérias gram positivas. Dentre seus efeitos colaterais está a pneumonia eosinofílica, que se desenvolve em 2 a 4 semanas após seu início, melhora com sua interrupção e início de corticoterapia e caracteriza-se por eosinofilia no sangue periférico e/ou alveolar. Os sintomas são causados pelo acúmulo e rompimento desses eosinófilos teciduais e variam de febre, tosse e dispneia até insuficiência respiratória grave potencialmente fatal. Achados radiológicos típicos incluem infiltrados alvéolo-intersticiais mal definidos, ocasionalmente associados a derrame pleural (DP). A descontinuação do fármaco constitui o melhor teste diagnóstico e habitualmente conduz à resolução clínica.

**Objetivo:** Relatar caso de paciente que desenvolveu pneumonia eosinofílica com uso de daptomicina.

**Metodologia:** Paciente do sexo feminino, 94 anos, hipertensa, internada com quadro de osteomielite e artrite séptica em ombro direito, cinco meses após vacinação na região deltoideia contra influenza. Desde a aplicação apresentou dor local e evoluiu com surgimento de hematoma. Ultrassonografia e ressonância nuclear magnética de ombro direito evidenciaram abscesso na região de deltoide e sinais de osteomielite. Iniciada antibioticoterapia empírica com daptomicina e realizada drenagem cirúrgica. O exame histopatológico confirmou osteomielite crônica. A paciente seguia com melhora clínica, mas no nono dia de antibioticoterapia desenvolveu tosse, dispneia súbita e ausculta pulmonar com crepitações difusas e sibilos. Radiografia de tórax evidenciou infiltrado pulmonar bilateral predominando em ápices e tomografia computadorizada de tórax mostrou DP moderado bilateral, atelectasias, fibroses difusas e consolidações em ápices, sugerindo bronquiolite obliterante com pneumonia em organização. Eosinofilia (19%; 2052/mm<sup>3</sup>) era a única alteração nos exames laboratoriais. Foi aventada hipótese de pneumonia eosinofílica por fármaco e trocou-se daptomicina por linezolida, pipe-

racilina/tazobactam e prednisona. Paciente progrediu com melhora do quadro clínico e laboratorial e com 56 dias de internação teve alta hospitalar.

**Discussão/Conclusão:** O diagnóstico de pneumonia eosinofílica deve ser aventado em pacientes em uso de daptomicina que desenvolvem quadro pneumônico e eosinofilia. Neste caso o antibiótico deve ser substituído e o tratamento com corticoides sistêmicos é recomendado.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2020.101487>

#### EP-410

### ANÁLISE DE MARCADORES DE PROGRESSÃO DE DOENÇA NEUROLÓGICA ASSOCIADA AO HTLV-1



Patricia A.S. Cordeiro, Gabriela Prates, Michel E. Haziot, Rosa M.D.N. Marcusso, Augusto C. Penalva Oliveir, Noemia Míe Orii, Tatiana Assone, Jorge Cassele

Instituto de Medicina Tropical (IMT), São Paulo, SP, Brasil

**Introdução:** Na infecção do vírus linfotrópico de células T humanas do tipo 1 (HTLV-1), a inflamação crônica persistente no sangue periférico e no sistema nervoso central resulta em danos neurológicos que impacta na capacidade motora dos pacientes. Diversos estudos demonstraram um loop de alta produção de IFN- $\gamma$  e maior linfoproliferação como responsáveis na manutenção da resposta inflamatória exacerbada nesta infecção.

**Objetivo:** Avaliar capacidade de IFN- $\gamma$ , linfoproliferação (LPA) e Carga proviral (CPV) de distinguir os grupos em diferentes estágios de progressão para a mielopatia associada ao HTLV-1 (HAM).

**Metodologia:** Foi realizada a quantificação de CPV, LPA e IFN- $\gamma$  e comparados entre três grupos clínicos: 44 assintomáticos (PA), 48 com Síndrome Intermediária (SI) e 92 HAM.

**Resultados:** LPA esteve aumentada no grupo PA vs HAM ( $p < 0,0001$ ) e SI vs HAM ( $p < 0,0001$ ) mas não em PA vs SI e prediz o não agravamento de doença neurológica com 77,88% de especificidade. A quantificação de células produtoras de IFN- $\gamma$  foi diferente entre PA vs SI ( $p = 0,0014$ ) e PA vs HAM ( $p = 0,0001$ ) e prediz o não desenvolvimento de doença neurológica com 77,78%. A carga proviral de HTLV-1 não apresentou diferença entre os grupos.

**Discussão/Conclusão:** A CPV não foi capaz de distinguir os grupos clínicos neste estudo, o que fortalece a hipótese de que HAM seja uma doença imunomediada. O teste de LPA pode ser um marcador paramonitorar pacientes com SI quanto ao agravamento de doença e a quantificação de células produtoras de IFN- $\gamma$  pode ser um forte candidato de biomarcador para monitoramento dos pacientes assintomáticos para o aparecimento de sintomas precoces subclínicos.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2020.101488>

#### EP-411

### USO DE METOTREXATO NO CONTROLE DO ERITEMA NODOSO HANSÊNICO: RELATO DE UMA ALTERNATIVA TERAPÊUTICA PROMISSORA



Mariana Ramos Barbosa, Anna Gabriela dos Santos Souza, Káreenn Klycia Pereira Botelho, Anderson José de Oliveira, Lorrann de Alcântara Coelho, Franciely Gomes Gonçalves, Fátima Pessanha Fagundes

Universidade Federal do Acre (UFAC), Rio Branco, AC, Brasil

**Introdução:** O Eritema Nodoso Hansênico (ENH) é uma síndrome inflamatória causadora de grande morbidade em pacientes hansenianos. Responsável, frequentemente, pela interrupção do curso crônico da infecção, a reação tipo 2 possui tratamento estabelecido, sendo este causador de variados efeitos colaterais e possível resistência.

**Objetivo:** Objetiva-se descrever o tratamento do ENH em pacientes com o uso de metotrexato como terapia alternativa.

**Metodologia:** Dois pacientes, ambos do sexo masculino, em acompanhamento no serviço de dermatologia da Fundação Hospital Estadual do Acre, possuem diagnóstico de hanseníase, com presença de ENH. Paciente A, 26 anos, em tratamento com prednisolona (P) e talidomida (T), em conjunto à poli quimioterapia (PQT) multibacilar, apresentou grave recidiva com múltiplas lesões, após 5 meses sem ENH ativo. Após manutenção de P e T por 15 meses, sem melhora significativa, modificou-se o tratamento para metotrexato em associação à P, T e clofazimina. Após 4 meses do início deste esquema, o paciente encontra-se sem atividade do ENH ou sintomas associados. Paciente B, 31 anos, foi tratado com PQT em 2012. À mesma época manifestou ENH, o qual tratou-se com P e T, sendo adicionado ainda pentoxifilina e fluoxetina. O paciente apresentou melhora seguida de intensa piora do quadro, associada à diminuição das doses de P e T. Após 1 ano e 9 meses da correção da dose destes medicamentos, iniciou-se a terapia com metotrexato, que permitiu a redução das doses de P e administração da T em dias alternados, mantendo o ENH controlado.

**Discussão:** O tratamento para o ENH, segundo as diretrizes, se dá com o uso de P, T e clofazimina. Apesar de recomendada, existem relatos de resistência à essa terapia, ocasionada pela não indução da remissão ou ocorrência de recaídas. Novas alternativas terapêuticas têm procurado eliminar tais inconvenientes, como a combinação de metotrexato e P. O metotrexato possui potencial redutor de citocinas pró-inflamatórias e aumenta a expressão de citocinas anti-inflamatórias. Tal resultado somado ao efeito da P, que possui caráter eliminatório na resposta inflamatória induzida aos antígenos, é relacionado à remissão completa e recuperação desses pacientes.

**Conclusão:** O uso de metotrexato mostrou-se eficaz para o controle e remissão clínica do ENH. Entretanto, os casos descritos incluíram outras drogas além da combinação apenas com P já descrita na literatura, o que demonstra a