

medicamento e está associada ao atraso do tratamento, resultando em um pior prognóstico.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2020.101511>

EP-434

### INVESTIGAÇÃO DIAGNÓSTICA DE UM CASO DE TUBERCULOSE UROGENITAL SEM ACOMETIMENTO PULMONAR



Thaysa Sobral Antonelli, Celso José Mendanha da Silva, Diogo Boldim Ferreira

Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), São Paulo, SP, Brasil

**Introdução:** A tuberculose está entre as causas mais comuns de morte por doenças infecciosas no mundo. No Brasil, foram notificados mais de 72 mil novos casos de tuberculose em 2018, representando ainda um grande problema de saúde pública. Das formas extrapulmonares, a tuberculose urogenital corresponde uma das principais apresentações. O diagnóstico e tratamento tardio podem causar danos irreversíveis.

**Objetivo:** Descrição da investigação diagnóstica de um caso de tuberculose urogenital sem acometimento pulmonar.

**Metodologia:** R.M.B, 47 anos, feminino, ensino médio completo, do lar, divorciada, parda, brasileira. Antecedentes pessoais: diabetes mellitus tipo 2 não controlada, em uso de metformina e gliclazida. Paciente foi admitida em Hospital Terciário de Ensino com dor em flanco esquerdo há 2 meses e perda de 15 kg nos últimos cinco meses. Negava febre, adenomegalias, sudorese noturna ou outros sintomas. Sem epidemiologia prévia positiva para tuberculose. No período anterior à internação, realizou cinco tratamentos para infecção bacteriana do trato urinário, com manutenção dos sintomas e refratariedade aos tratamentos prévios. Durante investigação, apresentou três exames de urina I com leucocitúria superior a 1 milhão/mL e uroculturas persistentemente negativas. Foram realizadas tomografias computadorizadas de tórax, abdome e pelve, que evidenciaram rins com áreas de hipocostrastação parenquimatosa bilaterais, bexiga de parede difusamente espessada de aspecto inflamatório. Tórax sem alterações. Realizada ultrassonografia endovaginal com nódulos miometriais. Coletada amostra da primeira urina da manhã, com pesquisa de B.A.A.R por 5 dias, com resultados negativos. Realizado nova coleta de urina, na sexta tentativa, com pesquisa de B.A.A.R positiva. Sorologia de HIV negativa. Iniciado então esquema RIPE para tratamento de tuberculose urogenital.

**Discussão/Conclusão:** A tuberculose urogenital é uma apresentação extrapulmonar importante, com sintomas inespecíficos e de difícil diagnóstico. Devemos considerar essa etiologia como diagnóstico diferencial na apresentação de leucocitúria com urocultura negativa e infecções bacterianas urinárias de repetição. É possível realizar o diagnóstico através da pesquisa de bacilos álcool-ácido resistentes com coloração de Ziehl-Nielsen. O GeneXpert MTB/RIF tem sido usado em amostras clínicas diferentes de escarro, para diagnóstico de tuberculose, incluindo urina, com resul-

tados promissores quando comparado a microscopia e cultura.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2020.101512>

EP-435

### CHIKUNGUNYA IMITADORA, MANIFESTAÇÕES ATÍPICAS ASSOCIADAS



Claudio Esteban Bautista Branagan, Esmailyn Castillo Santana, Marcelo Luiz Carvalho Gonçalves, Otilia Helena Lupi Rosa, André Machado de Siqueira

Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas (INI), Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Rio de Janeiro, RJ, Brasil

**Introdução:** Chikungunya é uma arbovirose que resulta em uma infecção como doença febril aguda debilitante caracterizada por mialgia, artralgia severa e rash cutâneo, de caráter autolimitado ou assintomático.

**Objetivo:** Relatar caso de paciente que apresentou manifestações atípicas associadas a infecção pelo vírus Chikungunya (CHIKV).

**Metodologia:** Masculino, 25 anos, etilista e usuário de maconha. Transferido de outra unidade de saúde por febre, dor retro-ocular, lesões cutâneas violáceas extensas em membros inferiores (MMII), artralgia, mialgia intensa com limitação para deambular de 3 dias de evolução. Exames laboratoriais externos: creatinina plasmática 3,43 mg/dL, ureia 94 mg/dL, sódio 134 mmol/L, potássio 3,9 mmol/L, CPK 3,420, AST 217U/L, ALT 56 U/L, bilirrubina total 3,40 mg/dL, bilirrubina direta 1,71 mg/dL, bilirrubina indireta 1,69 mg/dL, hematócrito 46,1%, leucócitos 37.300/mm<sup>3</sup>, com desvio a esquerda, plaquetas 12.000/mm<sup>3</sup>. Quadro clínico sugestivo de Leptospirose, iniciado tratamento com Ceftriaxona e hidratação venosa vigorosa. Na admissão, hipertenso (160/120 mmHg), turvação visual, função renal preservada, hepatograma normal, rabdomiólise (CPK 4899 U/L), manteve leucocitose com desvio à esquerda e plaquetopenia, leve edema em MMII, máculas equimóticas com bolhas, diurese presente e febril durante os primeiros dois dias da internação. Tomografia torácica, ecocardiograma transtorácico e doppler arterial de MMII sem alterações. Fundoscopia ocular com hemorragia macular em olho esquerdo. Avaliação hematológica e dermatológica levaram hipótese de vasculite de origem infecciosa ou imunológica. Biópsia de pele com histopatológico inconclusivo. Sorologias no soro para Leptospirose negativa e CHIKV IgM positiva e IgG negativa. Tratado por 6 dias com Ceftriaxona e sintomáticos. Regressão total do quadro clínico e normalização das alterações laboratoriais.

**Discussão/Conclusão:** As manifestações atípicas podem mascarar a etiologia diagnóstica. As lesões cutâneas extensas sugestivas de vasculite, as alterações oculares e a injúria renal aguda provavelmente por azotemia pré-renal que respondeu à hidratação durante a fase aguda sistêmica, tiveram um curso autolimitado conforme a natureza da infecção com reversão da síndrome clínica inicial. O aumento da prevalência da infecção pelo CHIKV resultará nessas manifestações incomuns, obtendo maior significância clínica e devem ser

consideradas em pacientes imunocompetentes de áreas endêmicas.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2020.101513>

#### EP-436

### ACIDENTE COM ABELHAS, E TRATAMENTO ESTABELECIDO - RELATO DE CASO

Renata Maiolo Rigonato, Renan Maiolo Rigonato, Manuela Giansante Angelucci, Giuliane Cristina Bichoffe, Georgia Nogueira Mesquita, Vitória Faria de Souza, Fernanda Birolli Martins, Marcio Cesar Reino Gaggini

Universidade Brasil, Fernandópolis, SP, Brasil

**Introdução:** Acidentes com insetos da ordem Hymenoptera, são importantes por possuírem glândulas veneníferas que inoculam veneno, que podem resultar em uma reação de hipersensibilidade por apenas uma picada: reação alérgica, envenenamento: reação tóxica local, ou ainda múltiplas ferroadas: reação tóxica sistêmica, podendo evoluir com quadro de choque e óbito. O acidente por múltiplas picadas de abelhas é uma emergência médica. Seus ferrões devem ser retirados com cuidado para evitar a inoculação de veneno, com uso prometazina para aliviar os sintomas anafláticos, hipnoanalgésico para dor aguda, aminofilina se broncoespasmos, hidrocortisona para edema e, hidratação com cristaloides, uso de manitol 20% para evitar desidratação e lesão renal. E, uso de bicarbonato de sódio para alcalinizar a urina afim de prevenir lesões causadas por hemoglobinúria.

**Objetivo:** Relatar o tratamento de um acidente com diversas picadas abelhas, admitido na emergência.

**Metodologia:** A.B., 78 anos, masculino, hipertenso e cardiopata, admitido na emergência, com relato de acidente com abelhas, sendo em torno 500 picadas, em face, pescoço, abdome, MMSS e MMII, apresentando reações locais como edema, hiperemia, dor, e diversas pústulas e pápulas, associado, odinofagia e disfagia. Refere 2 episódios anteriores, devido ser agricultor, porém, sem internação. Ao exame físico: REG, corado, hidratado, acianótico, consciente, FR: 23irm, Sat.O2: 97%, FC: 101bpm; PA:130 x 90 mmHg; ECG:15; presença pústulas e pápulas nas regiões das picadas e intenso edema cervical. Laboratoriais CPK = 373-809 U/L. Assim, pelas picadas de abelhas e infecção de pele, foram retirados os ferrões, e encaminhado para a unidade de terapia intensiva, devido risco de angioedema. Assim, iniciando Prometazina 1 ampola IM; Dolantina 1 ampola IM; Hidrocortisona 500 mg EV de 12/12 horas; Manitol 20% 100 mL EV de 6/6 horas, por 3 dias; Bicarbonato de sódio 8,2% 100 mL EV de 6/6 horas por 2 dias; e Tazocin 4,5 g de 8/8 horas.

**Discussão/Conclusão:** Em síntese, foi verificado que o tratamento precoce evoluiu com uma rápida melhora das reações locais e sistêmicas causadas, e, com apenas quatro dias de internação, garantiu-se a alta hospitalar. Assim, denotando a relevância da conduta estabelecida perante o quadro, prevenindo danos maiores ao paciente, e possíveis complicações.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2020.101514>

#### EP-437

### TUBERCULOSE ANORRETAL EM IMUNOCOMPETENTE: RELATO DE CASO

Jaime Emanuel Brito Araujo, Renata Salvador G. de Brito, Júlia Regina C. Pires Leite

Serviço Municipal de Tuberculose de Campina Grande, Campina Grande, PB, Brasil

**Introdução:** A tuberculose anorretal é uma forma rara de tuberculose e geralmente ocorre de forma secundária ou concomitante à forma pulmonar, sendo incomum em pacientes imunocompetentes.

**Objetivo:** Relatar um caso de tuberculose anorretal complicada em paciente imunocompetente por reativação de infecção prévia assintomática.

**Metodologia:** Os dados do caso foram obtidos por meio da revisão de prontuário, observando os princípios éticos que regem a pesquisa científica.

**Resultados:** Trata-se de paciente de 49 anos, sexo masculino, policial, sem comorbidades, sem uso de medicações de uso contínuo, admitido com história de abscessos retais de repetição havia 9 meses, com 3 abordagens cirúrgicas prévias, evoluindo com diarreia esporádica havia 2 meses, dor ao evacuar, perda de peso e episódios de febre esporádica. Há cerca de 30 dias havia recebido o diagnóstico de fístula anorretal e desde então vinha com secreção purulenta perianal. Usou diversos esquemas antimicrobianos sistêmicos e tópicos, sem melhora. Culturas de secreção dos abscessos e da secreção anal frequentemente negativas. Realizou colonoscopia, que mostrou retite crônica inespecífica. Histopatológico de mucosa retal mostrou processo inflamatório crônico granulomatoso inespecífico, com ausência de BAAR e de estruturas fúngicas e ausência de sinais de malignidade. Contato domiciliar prévio prolongado havia 2 anos com familiar portador de tuberculose pulmonar, não tendo realizado investigação para infecção latente na época. Realizado PPD, com 11 mm. Tomografia de tórax com granuloma calcificado em lobo superior direito e Tomografia de abdome com granulomas calcificados em baço. Iniciado teste terapêutico com esquema RHZE, evoluindo com remissão completa do quadro clínico e fechamento da fístula anorretal após 6 meses de tratamento regular, sem recidivas.

**Discussão/Conclusão:** A presença de epidemiologia sugestiva e sinais de infecção pulmonar prévia ou concomitante na ausência de outros diagnósticos mais comuns favorecem a suspeição da tuberculose anorretal. O PPD elevado favorece as evidências de contato prévio ou doença ativa e o histopatológico com aspecto granulomatoso (com ou sem necrose caseosa) auxiliam no diagnóstico. Os abscessos retais e fístulas são as complicações mais comuns, sendo a motivação mais frequente de intervenções cirúrgicas mal sucedidas múltiplas, como no caso citado. A instituição de tratamento clínico com esquema terapêutico efetivo confere remissão completa e boa evolução na grande maioria dos casos.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2020.101515>

