

aplicação notou-se epitelização inicial de lesão e, 5 meses após o término do esquema, o paciente retorna com lesão apresentando cicatrização completa.

**Comentários:** O AM constitui a droga de primeira escolha no tratamento da LT, sendo utilizado por via intravenosa (IV), na dose de 20 mg de Sb5+/kg/dia, durante 20 dias seguidos. O tratamento sistêmico está expressamente contraindicado para pacientes nefropatas, hepatopatas, cardiopatas ou com idade acima de 50 anos pelo risco de eventos adversos graves. Em casos de LRC, que consiste na reativação da lesão previamente tratada, a conduta passa a ser o AM EV por 30 dias consecutivos. Considerando o efeito cumulativo da toxicidade do medicamento, torna-se relevante, em alguns casos, lançar-se mão do tratamento IL. Dentre as vantagens dessa terapêutica estão a adesão do paciente e a redução dos custos e da toxicidade da droga. No relato apresentado, apesar do tratamento prévio com AM EV, houve recidiva da doença, sendo, portanto, viável a abordagem com o esquema terapêutico IL com o qual obteve-se cura clínica da LT. Portando, o tratamento IL com AM deve ser considerado como alternativa ao tratamento convencional em casos de LRC no intuito de evitar idiosincrasias.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2021.101974>

EP 239

#### UMA MANIFESTAÇÃO INCOMUM NA CHIKUNGUNYA: RELATO DE CASO

Andrei Rannieri D'ávila Pedrosa Ferreira <sup>a</sup>,  
Louisy Carvalho Araújo <sup>a</sup>,  
Camila de Araújo Toscano <sup>a</sup>,  
Raquel Minervino de Carvalho Sobrinha <sup>a</sup>,  
Rayana Tavares de Queiroz <sup>a</sup>,  
Beatriz de Moura Moreira <sup>a</sup>,  
Karen Abrantes Coura <sup>a</sup>,  
Luiza Maria Barbosa Maranhão <sup>a</sup>,  
Vanessa Santos de Araújo <sup>a</sup>,  
Anna Julie Medeiros Cabral <sup>a</sup>,  
Jaime Emanuel Brito Araújo <sup>b</sup>

<sup>a</sup> Centro Universitário de João Pessoa (UNIPÊ), João Pessoa, PB, Brasil

<sup>b</sup> Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), Campina Grande, PB, Brasil

A infecção pelo vírus da Chikungunya, responsável por uma doença febril de espectro clínico variado, teve grande aumento na incidência nos últimos anos, sobretudo em regiões de clima tropical, a exemplo da microrregião de Campina Grande - PB. A artralgia é uma queixa importante e de grande prevalência. Em alguns casos, ocorrem acometimentos pouco comuns, como a miosite. Nesse sentido, o presente trabalho foi elaborado através da análise de prontuário, descrevendo evolução, diagnóstico, tratamento e intervenção terapêutica. Relata-se o caso de um homem de 27 anos que foi internado no serviço no 5º dia de febre elevada, cefaleia, mialgia intensa e rash cutâneo difuso, com artralgia e diminuição progressiva de força em membros inferiores. Exames

laboratoriais demonstravam leucopenia, linfopenia, elevação considerável de transaminases e creatinofosfoquinase. O IgM para Chikungunya foi reagente. No período permaneceu com hidratação e sintomáticos. No 11º dia após os sintomas iniciais, apresentava-se afebril e com recuperação quase completa da paresia de membros inferiores, com resolução da leucopenia, queda de CPK e de transaminases. Recebeu alta, evoluindo para remissão completa do quadro após 7 dias, permanecendo assintomático. Trata-se de um caso de miosite associada à Chikungunya, doença que deve ser considerada no diagnóstico diferencial da miosite aguda benigna.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2021.101975>

ÁREA: TUBERCULOSE E OUTRAS INFECÇÕES MICROBACTERIANAS

EP 240

#### ACOMETIMENTO PULMONAR GRAVE PELO MYCOBACTERIUM ABSCESSUS: UM RELATO DE CASO

Jaime Emanuel Brito Araújo <sup>a</sup>,  
João Paulo Ribeiro Machado <sup>a</sup>,  
Margarete Cristina Oliveira de Carvalho <sup>b</sup>,  
Maria Aparecida de Souza Guedes <sup>a</sup>,  
Jack Charley da Silva Acioly <sup>a</sup>,  
Marília Cavalcanti Camêlo <sup>a</sup>,  
Jessica Carvalho Dantas <sup>a</sup>,  
Daniel Pinheiro Callou Do Nascimento <sup>a</sup>,  
Júlia Regina Chaves Pires Leite <sup>a</sup>,  
Renata Salvador Gaudêncio de Brito <sup>a</sup>

<sup>a</sup> Hospital Universitário Alcides Carneiro, Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), Campina Grande, PB, Brasil

<sup>b</sup> Serviço Municipal de Saúde, Campina Grande, PB, Brasil

**Introdução/Objetivos:** A incidência de infecções por micobactérias não tuberculosas (MNT) vem crescendo em todo o mundo. O *Mycobacterium abscessus* (MA) é considerada uma das micobactérias mais resistentes à antibióticos, com diversas apresentações (localizada e sistêmica) e localizações, sendo a forma pulmonar a mais prevalente. Seu diagnóstico constitui um desafio, tanto pela dificuldade de isolamento e identificação da bactéria como pela gravidade do quadro dos pacientes que, em sua maioria, apresentam alterações estruturais pulmonares importantes. Visamos relatar um caso de infecção pulmonar grave por *Mycobacterium abscessus*, destacando sua dificuldade diagnóstica e de tratamento.

**Métodos:** Revisão de prontuário, com descrição de diagnóstico, tratamento e seguimento clínico.

**Resultados:** Paciente do sexo feminino, 69 anos, sem comorbidades, admitida com tosse produtiva, dispneia progressiva, febre, sudorese noturna, hemoptise e perda ponderal havia 4 meses. Realizou baciloscopia do escarro, positiva, havia 2 meses, ocasião em que iniciou, na atenção primária, esquema com Rifampicina/Isoniazida/Pirazinamida/Etambutol

(RIPE), sem resposta clínica. Já havia sido submetida, havia 2 anos, a tratamento com RIPE, com melhora parcial. Sem culturas prévias. À admissão, Tomografia de Tórax (TC) com múltiplas áreas escavadas de paredes irregulares substituindo todo o parênquima pulmonar direito e infiltrado micronodular com aspecto de “árvore em brotamento” em todo o pulmão esquerdo, com linfonodomegalias mediastinais. PCR para o *Mycobacterium tuberculosis* no escarro não detectado e baciloscopia +++. Lavado brônquico (LBA) com culturas negativas para fungos. Por MNT presumida, iniciou esquema com Claritromicina, Moxifloxacino e Etambutol, tendo evoluído com melhora clínica considerável, com alta hospitalar em 28 dias. Retornou no 60º dia com recrudescência dos sintomas. Resultado da cultura de LBA veio positivo para o MA, sensível apenas a Moxifloxacino, Amicacina e Linezolida. Fez uso de Amicacina por 8 meses e de Moxifloxacino com Linezolida por 24 meses, tendo boa evolução, mas com importante limitação funcional pulmonar devido ao acometimento extenso.

**Conclusões:** O diagnóstico de MNT é um desafio, pois o médico, em sua formação como generalista desconhece a importância dessas doenças. No caso em tela isso retardou o início do diagnóstico e tratamento adequados, acarretando importante limitação funcional pulmonar.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2021.101976>

EP 241

#### ARTRITE EM COTOVELO CAUSADA POR MYCOBACTERIUM INTRACELLULARE EM PACIENTE IMUNOSSUPRIMIDO: UM RELATO DE CASO

Julia Ferreira Mari, Juliana Cavadas Teixeira, Lara Silva Pereira Guimarães, Vítor Falcão de Oliveira, Maria Felipe Medeiros, Eusébio Lino dos Santos Júnior, Alvaro Furtado da Costa

Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo (HCFMUSP), São Paulo, SP, Brasil

O *Mycobacterium intracellulare* é uma micobactéria não tuberculosa (MNT), parte do Complexo *Mycobacterium avium* (MAC). é considerada uma bactéria ubíqua no nosso meio e o principal fator de risco para infecção é a imunossupressão. 1. A infecção articular por *M. intracellulare* é uma causa rara, mas relevante de artrite infecciosa. Trata-se de JSS, masculino, 76 anos, natural de Pernambuco e procedente de Mauá-SP, onde mora há 45 anos. Tem antecedente prévio de Artrite Reumatoide tratada com Metotrexato 7,5 mg/semana e Prednisona 5 mg/dia e foi encaminhado à infectologia pela reumatologia em setembro de 2021 devido à artrite em cotovelo direito, com edema, hiperemia e crescimento de massa na região do olécrano de início há dois anos, sem história de trauma ou intervenções cirúrgicas no local. Ao exame físico na primeira avaliação a massa apresentava cerca de três centímetros de diâmetro, com consistência fibroelástica e não

limitava os movimentos do paciente. Foi realizada punção articular com líquido sinovial amarelado de padrão inflamatório, com 7200 células, sendo 92% de neutrófilos e crescimento de *Mycobacterium intracellulare* em cultura. O tratamento foi iniciado empiricamente com Rifampicina 600 mg/dia, Claritromicina 1000 mg/dia e Etambutol 1200 mg/dia. Em relação ao aparelho respiratório, o paciente era assintomático e a radiografia de tórax apresentava-se dentro dos limites da normalidade e o teste de PPD foi de 0 mm. As MNT são mais associadas à infecção pulmonar em adultos e à linfadenite cervical em crianças, mas por vezes podem comprometer pele e tecidos moles. A apresentação clínica mais frequente é de monoartrite de padrão inflamatório e pode acometer qualquer articulação do corpo. O principal fator de risco é a imunossupressão e esse foi o único fator predisponente encontrado no paciente em questão, causado pelo uso de corticoesteróide e metotrexato. Micobacterioses osteoarticulares frequentemente são subdiagnosticadas, principalmente pela falta de suspeição clínica. O diagnóstico se baseia na análise citológica e cultura do líquido sinovial<sup>2,3</sup>. O tempo de tratamento sugerido na literatura é de 12 a 18 meses para MNT causando infecção pulmonar ou disseminada, porém ainda não existem recomendações a respeito da artrite<sup>4</sup>. Dessa forma, apesar de rara a artrite por MNT deve ser considerada em pacientes com imunossupressão e evolução insidiosa do quadro clínico.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2021.101977>

EP 242

#### AVALIAÇÃO CLÍNICA EPIDEMIOLÓGICA DOS CASOS DE HANSENÍASE ENTRE OS ANOS DE 2016 À 2020

Izabella Takaoka Gaggini, Raulcilaine Érica dos Santos, Márcio Miranda Santos, Monick Buosi dos Santos, Giovana Julia Melo Moreira, Juliana Caroline Mendonça Justino, Aline Akemi Murata, Letícia Cabral Guimaraes, Marcio Cesar Reino Gaggini, Maurício Fernando Favaleça

Universidade Brasil, Fernandópolis, SP, Brasil

**Introdução:** A hanseníase é uma doença infecciosa, neurológica primária, causada pelo agente *Mycobacterium leprae* e de amplo espectro de manifestações clínicas. Quando não diagnosticada e tratada precocemente pode causar neuropatias periféricas, acarretar incapacidade física e deformidades. O Brasil aparece em segundo lugar como o mais endêmico, além disso, ainda vivemos uma endemia oculta.

**Objetivo:** Avaliar o perfil epidemiológico da Hanseníase em município do estado de São Paulo, nos anos de 2016 à 2020, por meio de prontuários disponíveis no Centro de Atendimento às Doenças Infecciosas e Parasitárias (CADIP).

**Métodos:** Realizado estudo descritivo retrospectivo com levantamento de dados registrados em 232 prontuários dos pacientes notificados nos anos de 2016 à 2020.