

meses (60%), rifampicina 4 meses (4%) e 18% não foram informados. Daqueles com dados de desfecho, 50% constam como abandono, 13% ainda estão em tratamento e os demais não contém informações.

Conclusão: A carência de dados sobre ILTB, a falta de informações completas em fichas de notificação, a má adesão ao tratamento e seguimento inadequado prejudicam uma avaliação acurada este agravo. As PVHIV e os usuários de imunossupressores são as principais populações de risco para as quais o tratamento de ILTB é prescrito. Porém, o nível de não completude da terapia é extremamente alto em nosso meio. A dispensação conjunta dos antirretrovirais com os medicamentos da ILTB, pelos mesmos períodos, parece ser um fator de grande impacto na adesão de PVHIV.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2021.102314>

PI 319

SÍNDROME DE SWEET EM PACIENTE COM HANSENÍASE VIRCHOWIANA

Izabella Takaoka Gaggini,
Raulcilaine ÉricaAline AkemiGabrielaMonick
Buosi dos dos
SantosMurataVasconcelosSantos,
Luiza Mahiara Calixto Zussa, Polliana Tosta,
Letícia Cabral Guimaraes,
Juliana Caroline Mendonça Justino,
Marcio Cesar Reino Gaggini,
Mauricio Fernando Favaleça

Universidade Brasil, Fernandópolis, SP, Brasil

Introdução: A síndrome de Sweet (SS) é uma doença inflamatória da pele rara caracterizada pela infiltração extensa de neutrófilos na epiderme e derme. Pode se apresentar como um dos três tipos clínicos: síndrome de Sweet clássica (ou idiopática), SS associada a malignidade ou SS induzida por drogas. As vias biológicas subjacentes responsáveis por esta dermatose neutrofílica cutânea permanecem imprecisas. No entanto, a associação desta doença com infecção, doenças autoimunes, neoplasias e drogas sugere uma hipersensibilidade incomum que pode ser mediada por citocinas, seguida por infiltração de neutrófilos que são provavelmente ativados por interleucina (IL) -1. É caracterizada por achados físicos e patológicos que incluem febre, mialgia, neutrofilia, lesões cutâneas (pápulas, nódulos e placas) eritematosas dolorosas distribuídas assimetricamente geralmente afetando a face, pescoço e membros superiores.

Descrição do caso: Paciente masculino, 49 anos de idade, com diagnóstico de hanseníase virchowiana, desde outubro de 2012, realizou tratamento com poliquimioterapia, com total de 24 doses. Após o tratamento evoluiu com surtos reacionais subentrantes tipo eritema nodoso fazendo uso de talidomida constantemente. Evoluiu com aparecimento de nódulos e máculas eritematovioláceas dolorosas, acompanhadas de mal estar geral, mialgia e febre. Procurou serviço de infectologia onde foram solicitados hemograma e biópsia de pele, apresentado leucocitose com predomínio de neutrófilos

e biópsia de pele com infiltrado inflamatório neutrófilico sugestivo de SS. Foi introduzida terapia com corticoide e antimicrobianos com resolução total do caso.

Comentários: De acordo com o caso relatado mostra-se de extrema relevância o conhecimento do clínico sobre a apresentação e tratamento da SS e que ela se faz como um possível diagnóstico diferencial para inúmeras patologias. Portanto, a SS merece uma atenção especial, mesmo sendo uma doença rara, para que o paciente seja tratado adequadamente, principalmente nas doenças infecciosas que evoluem com surtos inflamatórios reacionais.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2021.102315>

PI 320

TENOSSINOVITE TUBERCULOSA - CORRELAÇÃO CLÍNICO-RADIOLÓGICA

Leonardo Cunha Gonçalves^a,
Luiza Cunha Gonçalves^b,
Maria Eduarda Galdino Palmério^b,
Arthur Cesário Neto^b,
Elmar Gonzaga Gonçalves^c

^a Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), Uberaba, MG, Brasil

^b Faculdade de Medicina de Uberaba (UNIUBE), Uberaba, MG, Brasil

^c Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Uberlândia (UFU), Uberlândia, MG, Brasil

A tenossinovite tuberculosa é uma entidade rara envolvendo a mão e o punho, com destaque para a bainha do tendão flexor. A grande maioria das infecções por tuberculose ocorre nos pulmões e em cerca de 10% dos casos envolvem linfonodos ou doença disseminada comprometendo diferentes órgãos, tecidos moles ou território osteoarticular. Tenossinovite pode ser secundária a feridas profundas, disseminação hematogênica ou a partir de lesão óssea adjacente. Por ter curso insidioso o diagnóstico é tardio. Diante de inespecíficas manifestações de infecção o clínico deve estar atento para esta condição cujo diagnóstico tardio resulta em danos incapacitantes. Estas considerações justificam a descrição do presente relato de caso, destacando a ressonância magnética para sua definição diagnóstica. Paciente sexo feminino, 61 anos, cursando com dor crônica do punho direito rotulada como artrose que apresentou recente quadro de edema e agudização da dor, com eventuais picos febris. Raio-X do punho demonstrou desmineralização óssea e erosões subcondrais em extremidade do rádio e da ulna e ossos do punho. A ressonância magnética demonstrou fluido extenso ao redor dos tendões flexores, com edema nos tecidos moles adjacentes do punho e da mão; distensão da bainha do tendão flexor com baixa intensidade de sinal anormal proximal e distal ao nível do túnel do carpo; após injeção de gadolínio notou-se realce de todo o compartimento do tendão flexor, com realce intenso da bainha do tendão e ao longo das superfícies dos tendões flexores, compatível com tenossinovite. A cultura do líquido aspirado revelou a origem da