

não-infecciosa com corticoterapia. Os nódulos subcutâneos ulceraram porém considerando a reversão da CAD recebeu alta. Retorna em 1 mês com exposição de tendões através das lesões em pulsos, perda de amplitude de movimentos de dedos de mão esquerda, mão caída a D e coleções profundas em membro inferior D delimitando trajeto linfático. Realizada biópsia em lesões de antebraços e em cultura para fungos neste tecido isolado *Sporothrix* sp, assim como em amostras coletadas em limpeza cirúrgica de coleções em perna D. Diante do diagnóstico lembrou-se de um episódio de poda de árvore em zona rural previamente ao início dos sintomas. Iniciado tratamento com itraconazol oral, vem em melhora progressiva das lesões e artrite porém mantendo mão D caída.

Conclusão: Segundo Sampaio e Lacaz, esporotricose pode ser classificada em 4 categorias: cutâneo-linfática, cutânea, disseminada (cutânea e sistêmica) e extracutânea. O caso apresentado, apesar ter manifestado características das 4 categorias ao longo da evolução, foi considerado como disseminada, forma mais comumente relacionada a imunossupressão. Conclui-se que diabetes descompensado predispor à apresentação disseminada (menos reconhecida) da esporotricose; por ter ocorrido em região não endêmica houve demora na suspeição clínica, morosidade diagnóstica, o que, associado à corticoterapia favoreceu comportamento invasivo da doença levando a sequelas funcionalmente graves.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2022.102525>

EP-091

ABCESSO HEPÁTICO POR TUBERCULOSE COM FISTULIZAÇÃO PARA SUBCUTÂNEO E EMBOLIZAÇÃO PULMONAR EM IMUNOCOMPETENTE

Marta Ramalho, Ademir S. Correa, Eduarda Duarte P. Natal, Luiza H.V. Cabral, Maisa Maura de Oliveira, Kevin G.S. Silva, João Pedro S.M.T. Ungaro, Juliana C. Fenley

Prefeitura Municipal de São José dos Campos, São José dos Campos, SP, Brasil

Introdução: Tuberculose hepática é uma forma rara de apresentação desta micobacteriose que pode se manifestar com diferentes padrões, desde a forma miliar até formas localizadas como abscessos, tuberculomas ou hepatite granulomatosa.

Objetivo: Relatar um caso de abscesso hepático por *M. tuberculosis* (*Mtb*) com extensão para subcutâneo em imunocompetente com provável embolia pulmonar concomitante.

Método: Trata-se de paciente homem de 38 anos, natural e procedente de São José dos Campos-SP, trabalhador da construção civil, hígido, que no início de 2019 procura atendimento por dor abdominal, constipação intestinal e disúria por três meses, associados a perda de 13kg e febre verspetina auto-limitada por duas semanas. Tomografia (TC) de abdome e torax revela imagens sugestivas de implantes peritoneais, líquido livre em cavidade abdominal e pequeno derrame

pleural à direita. Rastreamento oncológico resultou negativo, PPD 13 mm, anti HIV não reagente. Houve melhora clínica espontânea e o paciente permaneceu assintomático por 4 meses. Por recidiva da dor abdominal foi submetido a nova TC, que não mostrava os nódulos peritoneais, porém duas lesões hipodensas com aspecto abscedado em parenquima hepático, uma delas bocelando contorno hepático, foram observadas, além de lesões pulmonares sugestivas de embolos sépticos. Em duas semanas surgiram massas em topografia de arcos costais à direita. Novas imagens revelaram massa contígua ao fígado, e a secreção coletada em abordagem cirúrgica resultou em baciloscopia positiva, teste rápido molecular e cultura positivas para *Mtb*. Iniciado tratamento com esquema básico para tuberculose com ótima resposta clínica.

Conclusão: O envolvimento hepático na tuberculose frequentemente ocorre concomitante a outras localizações. Pode ser originário de disseminação hematogênica através da artéria hepática proveniente de um foco pulmonar, mas também de focos gastrointestinais pela veia porta. O caso relatado tem início com dor abdominal e suspeita de acometimento peritoneal, este último não evidenciado posteriormente, após período de ausência de sintomas clínicos, levantando a hipótese de que o foco inicial tenha sido a reativação peritoneal, localmente controlada, porém levando a disseminação hematogênica para fígado e pulmões. Chamam atenção a evolução insidiosa e ausência de sintomas sistêmicos no curso da infecção. A extensão do abscesso hepático e concomitância de lesões pulmonares com aspecto de embolia pulmonar são dignos de nota.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2022.102526>

EP-094

MASTITE CRÔNICA NÃO GRANULOMATOSA COM CULTURA POSITIVA PARA MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS

Lúcio Mauro Bisinotto Júnior, Moara A.S.B. Borges, Adriana Oliveira Guilarde, Carolina A.E. Terceiro, Isabella V. Martins, Sebastião Alves Pinto, Rosemar M.S. Rahal, Luis Fernando de Pádua Oliveira, João Alves de Araújo Filho, Ruffo de Freitas Júnior

Hospital das Clínicas (HC), Universidade Federal de Goiás (UFG), Goiânia, GO, Brasil

Introdução: A tuberculose extrapulmonar (TB EP) constituiu 15% das formas clínicas. O envolvimento cutâneo é relativamente incomum, representando menos de 2% dos EP, com formas mamárias < 0,1%. O histopatológico (HP) característico é o granuloma tuberculóide: acúmulo de histiócitos epitelióides e células gigantes do tipo Langhans com grau variável de necrose caseosa central e borda periférica com numerosos linfócitos. Embora os granulomas tuberculóides sejam um achado comum, sua detecção não confirma a presença de TB e sua ausência não exclui o diagnóstico.