

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. Chamar 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.

**Objetivo:** Descrever uma mastite crônica com múltiplas recidivas, biópsia não compatível com mastite granulomatosa e cultura com *Mycobacterium tuberculosis*.

**Resultados:** Feminina, 59 anos, G3P3, portadora de HAS, obesidade, dislipidemia, tabagista. Em 07/2020 foi identificado nódulo mamário à esquerda (E), hipoecoico, heterogêneo, lobulado, 2 × 1 cm ao ultrassom (US), biopsiado em 11/2020. HP descrevia tecido mamário benigno, ectasia ductal, fibroadenose, infiltrado inflamatório linfomononuclear com exsudação neutrofílica. Pesquisas para fungos e BAAR negativas. Em 04/2021 evoluiu com hiperemia, edema, mastalgia à E e presença de abscesso de 2 × 2 cm. Negava febre, tosse, emagrecimento ou astenia. Apresentou novas reagudizações do quadro, com fistulização recorrente, tendo feito uso de diversos antibióticos (clindamicina, cefalexina, amoxicilina-clavulanato, ciprofloxacina, sulfametoxazol-trimetoprima). Secreção de abscesso drenado em 01/2022 teve baciloscopia negativa e crescimento de *Proteus mirabilis* multi-sensível, tratado com amoxi-clav, com resolução parcial do quadro. Após dois meses, o serviço de controle de infecção recebeu cultura para micobactérias positiva para o Complexo MTB em secreção mamária. Em consulta com infectologia foi iniciado esquema RIPE: rifampicina, isoniazida, pirazinamida e etambutol. Houve nova drenagem espontânea de abscesso e após 20 dias de RIPE, paciente teve melhora da dor, cicatrização da fístula, mantendo área de hiperemia e endureção. TRM-TB em escarro foi não detectado, sem outro foco. Mantém tratamento com infectologia e mastologia.

**Conclusão:** O diagnóstico de TB mamária é desafiador, depende de alta suspeição, coleta de materiais e envio para estudo microbiológico. Cultura ainda é padrão ouro, mas é demorada e tem baixa sensibilidade em formas paucibacilares. O HP pode não apresentar granuloma tuberculóide. O teste rápido molecular para TB poderia aumentar a sensibilidade e precocidade da sua identificação no tecido.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2022.102527>

EP-095

#### MUCORMICOSE RINO-ÓRBITOCEREBRAL EM PACIENTE DIABÉTICA

Pedro Antônio Passos Amorim,  
Moara A.S.B. Borges, Carolina A.E. Terceiro,  
Luiz Alves Ferreira Filho, Bruna Estrozi,  
Gabriel Santos Castro,  
Nathália Rodrigues Queiroz,  
Claudiney Candido Costa,  
Leandro Azevedo Camargo,  
Adriana Oliveira Guilarde

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

**Introdução:** A apresentação clínica da mucormicose é ampla, dependendo do estado imunológico subjacente e das comorbidades do hospedeiro. Trata-se de uma infecção angioinvasiva, que frequentemente se dissemina com

consequências fatais ou mutilantes. Em diabéticos, as principais formas são rinocerebral, sino-orbital e cutânea.

**Objetivo:** Descrever um caso de mucormicose rino-órbitorceral em paciente diabética com diagnóstico tardio.

**Resultados:** Feminino, 57 anos, obesa, portadora de doença renal crônica não dialítica, hipertensão arterial e diabetes com mau controle. Há 4 meses iniciou cefaleia hemcraniana esquerda de forte intensidade, associada a rinorreia purulenta. Após 4 dias, evoluiu com dor ocular esquerda (E), associada a edema, hiperemia e drenagem de secreção purulenta. Teve diagnóstico de celulite periorbitária E, com abscessos cutâneos e pequeno empiema subdural à tomografia de crânio, sendo iniciados antibióticos parenterais (não relatados) e realizada drenagem local, sem envio para cultura. Apesar do manejo inicial, progrediu com amaurose E, piora da cefaleia e dor em hemiface. Após três meses, foi admitida em hospital de referência, com achados à ressonância magnética de sinusite extensa de seio maxilar, comprometimento de órbita E, tromboflebite de seio cavernoso e osteomielite destrutiva. A etiologia fúngica foi aventada, indicado desbridamento, manejo rigoroso da hiperglicemia, terapia antifúngica (anfotericina B desoxicolato 50 mg/kg/dia, seguida de complexo lipídico – ABCL 5 mg/kg/dia por nefrotoxicidade) e antibacteriana com meropenem e vancomicina, trocados posteriormente para ceftriaxone e clindamicina, quando o resultado parcial da biópsia sugeriu actinomicose. Biópsias de órbita e fossa nasal profunda evidenciaram tecido necrótico contendo estruturas amorfas permeadas por filamentos delgados. Ao PAS, hifas espessas, grosseiras, asseptadas e ramificadas, sugestivas de mucormicose. Culturas de fragmentos foram negativas para bactérias e fungos. Paciente com evolução grave, submetida a múltiplos desbridamentos e exenteração de olho E. Nova cultura de fragmento de tecido positiva para *Burkholderia* spp, cujo tratamento foi ajustado para levofloxacina e manutenção da ABCL 10 mg/kg/d.

**Conclusão:** O diagnóstico e tratamento da mucormicose exige alta suspeição clínica, abordagem multidisciplinar, controle de fatores predisponentes, desbridamento amplo, envio de fragmentos para histopatológico e culturas, com uso de terapia antifúngica prolongada, a fim de evitar desfechos desfavoráveis.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2022.102528>

EP-096

#### ANÁLISE DA TAXA DE CURA DA TUBERCULOSE NO BRASIL EM COMPARAÇÃO COM OS OBJETIVOS DA OMS

Julia Gória Ferraz, Giovanna Panegassi Peres,  
Ana Flávia Mesquita Matos,  
Maria Stella Amorim Zöllner

Universidade de Taubaté (UNITAU), Taubaté, SP, Brasil

**Introdução:** A tuberculose é uma doença infecto-contagiosa, que possui como um entrave a aderência ao tratamento, o que colabora para a continuidade da cadeia de