

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