

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-órbitorbital 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

transmissão, apesar desse tratamento ser ofertado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), desde 2010. Perante esse desafio, a Organização Mundial de Saúde (OMS), aprovou, em 2014, uma meta nacional para o Brasil, com o objetivo de diminuir a incidência da tuberculose para 10 casos por 100 mil habitantes até 2035.

Objetivo: Analisar as taxas de cura da tuberculose e de abandono ao tratamento, durante os anos de 2018 a 2020, correlacionando com os objetivos traçados pela OMS para o controle dos casos.

Método: Trata-se de um estudo epidemiológico descritivo observacional, baseado em dados provenientes dos Boletins Epidemiológicos da Tuberculose da Secretaria de Vigilância em Saúde. Foram levadas em consideração a população geral e populações vulneráveis.

Resultados: No período averiguado, constatou-se que tanto as taxas de cura, como de abandono ao tratamento, na população geral, apresentaram uma variação preocupante. A taxa de cura caiu de 71,9% para 68,4%, enquanto a taxa de abandono do tratamento aumentou de 11,6% para 12,9%. Quanto às populações de risco, as maiores taxas de abandono do tratamento encontram-se nas pessoas em situação de rua. Enquanto isso, as menores taxas foram observadas nos profissionais da saúde. Mesmo assim, é importante ressaltar que houve um aumento desse número, que se apresentava 4,2% em 2018 e saltou para 5,7% em 2020. Quanto às taxas de cura, é importante ressaltar que em todas as populações vulneráveis seus índices apresentaram importante queda. Novamente, os profissionais da saúde se destacaram com os melhores índices, porém com uma diminuição significativa de 85,6% em 2018 para 78,1% em 2020, enquanto a população em situação de rua apresentou os piores índices.

Conclusão: O levantamento desses dados permite a visão de um panorama da doença no Brasil. Na avaliação global dos casos, é perceptível que o aumento do abandono ao tratamento afetou diretamente as taxas de cura, tendo como consequência final um aumento da circulação da doença. Essa problemática se reafirmou nas populações vulneráveis, que mostraram índices preocupantes, mostrando a necessidade de ações em saúde para esse grupo. Esses aspectos perpetuam a transmissão da doença, configurando um grave problema de saúde pública e colocando em risco o alcance dos objetivos traçados pela Organização Mundial de Saúde.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2022.102529>

EP-097

TRATAMENTO DE TUBERCULOSE GANGLIONAR: RELATO DE CASO

William Mattiello Coelho, Marianna Frech, Franciely Barbosa, Brener Nascimento, Elízia Araujo, Guilherme Avelar

Hospital Regional da Asa Norte (HRAN), Brasília, DF, Brasil

Introdução: A tuberculose extrapulmonar constitui 35% dos casos da doença, e normalmente acomete adultos jovens,

abaixo dos 40 anos com fatores de risco como imunossupressão, desnutrição e comorbidades. Na tuberculose ganglionar (TG) os sintomas são o aumento dos gânglios comprometidos, febre, emagrecimento. As micobactérias ligadas a TG incluem principalmente a *Mycobacterium tuberculosis*, *M. bovis* e *M. africanum*.

Objetivo: Relatar o caso e o tratamento adotado em uma paciente diagnosticada com TG e HIV positivo, que após o início do ARV desenvolveu Síndrome de Reconstituição Imunológica (SRI).

Método: Relato de caso.

Resultados: Paciente 56 anos, compareceu ao pronto socorro HRAN, com quadro de febre de 39.1°C, astenia, tosse produtiva e dispneia aos mínimos esforços, com surgimento há 4 dias extensa linfadenite cervical. Com histórico de TG em tratamento há 1 mês com RIPE, sem melhora. No primeiro atendimento, paciente apresentou supuração, lesão de tumoração ulcerada em região cervical esquerda, lesão com 5 cm x 5cm, densa, aderida e tecido adiposo, com sinais flogísticos, drenando conteúdo purulento, associado a perda de peso 15 kg. Paciente foi internada aos cuidados da infectologia e iniciado antibioticoterapia com Piperacilina/Tazobactam. Nos exames foi apresentado HIV positivo. O tratamento foi iniciado com antirretroviral TDF + 3TC + DTG e profilaxia para pneumocistose e *Mycobacterium atípica*, apresentando CD4; 8 e carga Viral 21203. Realizado uma punção de linfonodo com pesquisa direta para bacilo álcool resistente positiva. Paciente evoluiu de forma desfavorável na internação apresentando. Devido piora clínica, foi suspenso ARV (antirretroviral) e iniciado Prednisona na dose de 40 mg dia devido SRI, com melhora clínica e melhora laboratorial subsequentes. Reiniciado ARV após, paciente com melhora progressiva de lesão em região cervical, recebido alta para controle ambulatorial.

Conclusão: A SRI é um conjunto de desordens inflamatórias ligadas à melhora da imunidade e piora paradoxal de infecções oportunistas pré-existentes. A equipe de saúde deve considerar cada caso e avaliar o tratamento adequado, conforme apresentado, a interrupção do tratamento ARV e sua continuação posteriormente pode ser uma forma efetiva para o tratamento nesses casos.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2022.102530>

EP-098

MANEJO CONSERVADOR DA APENDICITE AGUDA: RELATO DE CASO

William Mattiello Coelho, Marianna Frech, Franciely Barbosa, Brener Nascimento, Elízia Araujo, Guilherme Avelar

Hospital Materno Infantil de Brasília (HMIB), Brasília, DF, Brasil

Introdução: Acredita-se que a apendicite resulta num fato que antecipa a necrose da mucosa local, originando uma infecção bacteriana, podendo ser formadas ulcerações da mucosa e micro abscessos no apêndice ou tecidos vizinhos. Se