

(58%) tiveram manifestações sistêmicas. Dos 57 casos com informação sobre COVID-19, 27 (51%) casos tiveram a doença, dos quais 20 (74%) tiveram reação. Um único paciente, com forma LL e IB = 4,50, teve internação na UTI por COVID-19 e não apresentou reação. Não foi observada associação entre ter tido COVID-19 e reação (0,297), número de episódios (0,639), cronicidade da primeira reação (0,791), piora da reação (0,902), nem o tipo de reação (0,139). Não foi observado efeito do adoecimento por COVID-19 sobre as reações hansênicas no grupo de pacientes analisados.

Palavras-chave: Hanseníase COVID-19 Tempestade de citocinas SARS-Cov-2 Reações hansênicas

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2023.103611>

COINFEÇÃO POR TUBERCULOSE PERITONEAL E HANSENIASE EM ESCOLAR: ESTUDO DE CASO

Paula Francis Gomes Viana Ribeiro*,
Thalita Mara de Oliveira, Marcia Hueb,
Leticia Rossetto da Silva Calvacante,
Maria de Lourdes Francescon

Hospital Universitário Júlio Müller (HJMJ), Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT), Cuiabá, MT, Brasil

Introdução: A Tuberculose (TB) e a Hanseníase são causadas por micobactérias, *Mycobacterium tuberculosis* e *Mycobacterium leprae*, respectivamente. A forma peritoneal da TB é rara, ocorre mais comumente pela disseminação hematogênica a partir de um foco pulmonar primário e suas manifestações clínicas mais comuns são ascite, dor abdominal e febre que persiste por semanas a meses. Este relato tem por objetivo descrever um caso de coinfeção de Tuberculose Peritoneal e Hanseníase em escolar.

Relato de caso: Criança do sexo feminino, 9 anos, contato de Tuberculose (pai) e Hanseníase (bisavó, avó e mãe), previamente hígida, com quadro de tosse, febre, diarreia e aumento do volume abdominal há 25 dias. Internada na cidade de origem, onde identificados derrame pleural, consolidação em pulmão direito e ascite volumosa, com toracocentese negativa para empiema. Após 8 dias, encaminhada para este serviço de referência, em regular estado geral, afebril, com tosse persistente e abdômen globoso. Em nova toracocentese, líquido revelou ADA elevado. Ultrassonografia abdominal confirmou ascite volumosa associada a espessamento e realce peritoneal difuso junto ao grande omento formando volumosa massa com espessura de 2,2 cm e extensão de 24,5 cm; biópsia demonstrou processo inflamatório crônico granulomatoso, focos de necrose central e coloração para BAAR negativa, sendo presumido diagnóstico de TB peritoneal. Apresentava espessamento de nervo ulnar esquerdo e dor à percussão do mediano direito; diante dos dados epidemiológicos, confirmou-se diagnóstico de Hanseníase. Iniciado tratamento com Rifampicina, Isoniazida e Pirazinamida, associado à Dapsona e Clofazimina. Apresentou melhora clínica, com alta hospitalar no 5º dia do tratamento. Segue em acompanhamento ambulatorial, com regressão da massa abdominal, da ascite e da neurite do nervo mediano.

Discussão: A presença de granulomas caseosos à histopatologia em associação com história epidemiológica e clínica permitiu presumir o diagnóstico de TB peritoneal, sendo que já durante a primeira semana do tratamento foi possível observar melhora clínica, com redução da ascite e da massa abdominal. A resposta ao tratamento da Hanseníase também foi satisfatória, com regressão dos sinais clínicos. O diagnóstico precoce somado ao tratamento adequado evitaram a evolução das doenças e assertivamente possibilitaram melhora clínica sem a ocorrência de outras complicações.

Palavras-chave: Tuberculose Peritoneal Hanseníase Escolar

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2023.103612>

CARACTERIZAÇÃO DOS CASOS DE TUBERCULOSE RESISTENTE E DESFECHOS APÓS TRATAMENTO COM ESQUEMA CONTENDO BEDAQUILINA EM SERVIÇO TERCIÁRIO NA CIDADE DE SÃO PAULO

Vitória Annoni Lange^{a,*}, Carolini Cristina Valle^a,
Denise do Socorro da Silva Rodrigues^b,
Valdes Roberto Bollela^c, Erica Chimara^d,
Paulo Roberto Abrão Ferreira^a

^a Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo, SP, Brasil;

^b Instituto Clemente Ferreira, São Paulo, SP, Brasil;

^c Universidade de São Paulo (USP), Ribeirão Preto, SP, Brasil;

^d Instituto Adolfo Lutz, São Paulo, SP, Brasil

Introdução: A tuberculose drogarresistente (TB-DR) é classificada segundo a Organização Mundial de Saúde e pelo Ministério da Saúde em monoresistente, poliresistente (PoliR), resistência a rifampicina (RR), multiresistente (MDR) e resistência extensiva (XDR). Entre os anos de 2015 e 2020, 7749 casos de TB DR foram notificados no SITE-TB. O tratamento da TB DR, requer quatro fármacos efetivos e em agosto de 2020 houve uma atualização no manual com a incorporação do uso da bedaquilina e delamanida no Sistema Único de Saúde. O objetivo desse trabalho foi caracterizar os casos de TBDR notificados e avaliar os desfechos do tratamento com novo esquema com bedaquilina em um serviço de referência.

Métodos: Estudo prospectivo e retrospectivo de uma série de casos que iniciaram uso da bedaquilina no Instituto Clemente Ferreira em São Paulo, entre 2021 e 2023. Os dados foram extraídos do SITE-TB e dos prontuários físicos dos pacientes incluídos no estudo.

Resultados: Foram analisados 88 prontuários de pacientes que usaram bedaquilina, sendo 65% do sexo masculino. Em relação aos antecedentes: 14,9% possuíam história pregressa de privação de liberdade, 11,6% moravam em área livre, 32% abuso de álcool, 17,6% eram diabéticos, 58,6% tabagistas, 30% relataram uso de drogas ilícitas e 27,2% possuíam contato prévio com tuberculose. Sobre o tipo de entrada 75% eram casos novos, 9% entrada após abandono prévio, 6,8% após falência prévia, 5,6% mudança de esquema e 3,4% recidiva. Em relação ao perfil de resistência, 38,6% foram classificados como monoresistência a rifampicina, 27,2% MDR, 27,2% PoliR,

4,54% RR e 2,27% XDR. Do total de pacientes analisados 6,8% vieram a óbito nesse período, 19,3% abandonaram o tratamento e 3,4% tiveram cura. As reações adversas mais relatadas foram palpitações, dor torácica, sensação de morte iminente no primeiro mês, artralgia, parestesia e sintomas gástricos a partir do segundo mês.

Conclusão: Pacientes com TBDR acumulam fatores de risco para desenvolvimento de TB. Um número significativo de pacientes (quase 1/3) iniciou tratamento com bedaquilina a partir do diagnóstico de monorresistência a rifampicina, provavelmente a partir dos resultados do teste rápido molecular. A maioria dos casos evoluiu para cura com uso do esquema com bedaquilina, no entanto ainda observamos altas taxas de abandono.

Palavras-chave: Tuberculose Resistência Bedaquilina

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2023.103613>

CASCATA DE CUIDADO DA INFECÇÃO TUBERCULOSA LATENTE (ILTB) EM PACIENTES CANDIDATOS E/OU TRANSPLANTADOS DE ÓRGÃOS SÓLIDOS OU CÉLULAS PLURIPOTENTES HEMATOPOIÉTICAS

Laís Nicoletti Neves^{a,*},
Nathália Antonio de Oliveira Velasco^a,
Thaís Cristina Faria Pacheco^a, Marcia Teixeira Garcia^a,
Plínio Trabasso^a, Raquel Silveira Bello Stucchi^b,
Mariângela Ribeiro Resende^b,
Amanda Tereza Ferreira^b,
Michele de Freitas Neves Silva^b

^a Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC Campinas), Campinas, SP, Brasil;

^b Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Campinas, SP, Brasil

Introdução/objetivo: A expansão do tratamento preventivo da tuberculose (TPT) é estratégica na meta de eliminação da doença como problema de saúde pública até 2035. Este estudo avaliou a cascata de cuidado da infecção tuberculosa latente (ILTB) em pacientes transplantados de órgãos sólidos e transplante de células pluripotentes hematopoieticas (TCPH) em um hospital de referência.

Métodos: Estudo descritivo, transversal, epidemiológico operacional; foram incluídos pacientes candidatos/transplantados notificados para ILTB no período de janeiro de 2009 a julho de 2022.

Resultados: Considerando os pacientes transplantados no período de estudo foram notificados 5,18% casos de ILTB; dentre os transplantados hepáticos (TxH), 7,03%, nos transplantados renais (TxR), 6,3%, nos TCPH, 0,95% e nenhum no transplante cardíaco. Foram avaliados 194 pacientes com ILTB: 74 candidatos à transplante hepático (TxH), 114 candidatos a transplante renal (TxR) e seis candidatos a TCPH. O diagnóstico de ILTB foi realizado por meio do teste tuberculínico em 84,02% dos pacientes, nos demais foi embasado na história clínica e exame radiológico. O regime terapêutico consistiu em isoniazida (6-9H) em 97,42%, rifampicina (4R) em 1,55% e rifapentina associada a isoniazida (3HP) em um caso. O tratamento foi concluído em 82,47% deles; 3,1% dos

pacientes tiveram o tratamento suspenso por toxicidade. Após o tratamento para ILTB, apenas um paciente desenvolveu TB ativa.

Conclusão: No grupo avaliado foram detectadas lacunas na cascata de cuidado associadas ao diagnóstico da ILTB, suprimento irregular do PPD, ausência de método alternativo e pactuação das diretrizes para a garantia da TPT de forma precoce em grupos com alto risco de adoecimento. O regime com 6-9H foi efetivo e seguro, poucos pacientes utilizaram os regimes 4R e 3HP.

Palavras-chave: Tuberculose Infecção Tuberculosa Latente Diagnóstico Imunossuprimido

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2023.103614>

CASO RARO DE INFECÇÃO PULMONAR POR MYCOBACTERIUM NEBRASKENSE NO CENTRO-OESTE DO BRAZIL

Mateus Guilhardi Rosa e Silva^{a,*},
João Victor Soares Coriolano Coutinho^a,
Taiguara Fraga Guimarães^b, João Alves de Araújo Filho^b

^a Hospital Estadual de Doenças Tropicais Dr. Anuar Auad (HDT), Goiânia, GO, Brasil;

^b Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás (UFG), Goiânia, GO, Brasil

Micobactérias Não Tuberculosas (MNT) são relacionadas, predominantemente, à infecção do trato respiratório inferior em pacientes com lesão pulmonar e histórico de tuberculose pulmonar (TB). Os agentes etiológicos mais comuns são do complexo *Mycobacterium avium*, *Mycobacterium kansasii* e *Mycobacterium abscessus*. No entanto, novas MNTs, descritas como causa de doença pulmonar, possuem poucos dados referentes aos seus diagnósticos, tratamentos e desfechos como no caso de *Mycobacterium nebraskense*, patógeno descrito pela primeira vez em pacientes do Centro Médico Universitário de Nebraska. Temos como objetivo apresentar o caso de um homem, 70 anos, proveniente de Goiânia, Goiás, Brasil, com história de tosse produtiva e hemoptise de longa data. Negava febre e dispnéia. Antecedente de TB adequadamente tratada há 12 anos, com sequelas bronquiectasias. Baseado em cultura prévia com crescimento de *Micobacteria* Não Tuberculosa de crescimento lento, grupo II de Runyon, encontrava-se em tratamento empírico com Rifampicina, Claritromicina, Etambutol e Estreptomicina há 15 meses. Tomografia computadorizada de tórax: opacificação subtotal do lobo inferior direito, bronquiectasias varicosas e císticas de permeio, de aspecto fibroatelectásico. Escarro da admissão identificou *Mycobacterium nebraskense* em cultura, sensível à Claritromicina e Sulfametoxazol+Trimetoprim, resistência intermediária à Amicacina e Moxifloxacina e resistência à Rifampicina e Ciprofloxacina. Trocado esquema para Sulfametoxazol+Trimetoprim, Claritromicina e Moxifloxacina. Após 1 mês paciente já apresentava remissão dos sintomas de tosse com expectoração e hemoptise. Após os 2 meses nova cultura do escarro veio negativa. Com 2 meses do uso do esquema, houve piora da função renal e em avaliação conjunta com a equipe de nefrologia optou-se pela suspensão dos 3 antimicrobianos. Em seguimento, paciente