

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 BRASIL

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 dispneia. Antecedente de TB adequadamente tratada há 12 anos, com sequelas bronquiectasias. Baseado em cultura prévia com crescimento de *Micobactéria 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