

**Resultados:** Obtivemos 352 amostras de baciloscopia e cultura, 155 testes de TB-TRM de um total de 159 pacientes. 51 (32,1%) dos pacientes tiveram indicação de coleta microbiológica após realização da TC e destes, 14 (27,45%), tiveram confirmação de TB. A média de idade foi de 46,6 anos (+/-2,4, IC95%). Entre as variáveis analisadas, a presença de derrame pleural, adenomegalia mediastinal, lesão cavitada e micronodulações com distribuição em árvore em brotamento estiveram associadas à positividade de algum teste (TB-TRM ou baciloscopia ou cultura), com  $p < 0,05$ . Houve apenas 1 padrão miliar no grupo com exames positivos. Não houve diferença estatística nas variáveis sexo, subtipo de derrame pleural e acometimento uni ou bilateral pulmonar.

**Conclusão:** O cenário de urgência implica em maior agilidade para realização de exames de imagem, bem como é frequente a admissão de pacientes confusos, sem histórico de doença respiratória ou inconscientes, assim como pacientes internados por causas externas. Entretanto, notou-se grande número de TC normais, as quais foram consideradas suspeitas para TB pela equipe assistente, levando a maior tempo de internação e maior gastos, visto necessidade de isolamentos.

**Palavras-chave:** Tuberculose Micobactérias Tomografia de tórax Escarro

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2023.103633>

#### MANEJO DA TUBERCULOSE PULMONAR NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE PORTO NACIONAL – TO: UMA ANÁLISE DOCUMENTAL

Bruno Sousa de Freitas\*, Sara Janai Corado Lopes, Camilla Fernandes Camana

ITPAC, Porto Nacional, TO, Brasil

**Introdução:** A Tuberculose Pulmonar (TB) é uma infecção humana comunitária milenar que possui alto índice de mortalidade quando não tratada. Tem como principal agente etiológico a *Mycobacterium tuberculosis*. A população de risco é composta por pessoas de baixo nível de escolaridade, renda, presidiários e moradores de rua. Por esses motivos a moléstia ainda é endêmica em países tropicais subdesenvolvidos.

**Objetivos:** Analisar se a Atenção Primária em Saúde (APS) local atua conforme os protocolos do Ministério da Saúde (MS) nos casos de TB.

**Métodos:** Trata-se de um estudo de análise documental, qualitativa, através de prontuários médicos no município de Porto Nacional – TO. Os dados colhidos foram comparados aos atuais protocolos de manejo da doença, contrapondo as ações da APS ao que se é recomendado pelo MS. Foram visitadas 8 Unidades Básicas de Saúde (UBS), nos meses de Janeiro a Dezembro no ano de 2022, que tiveram casos ativos de TB no ano anterior.

**Resultados:** No município foram contabilizados 08 novos casos de TB em 2021, sendo a incidência em 15,09 casos por 100 mil habitantes. A maior parte dos acometidos são homens (05 casos), acima dos 40 anos de idade e com algum fator de risco. Nenhum paciente possuía ensino superior e renda maior que 1,5 salário mínimo. Houve uma única desistência do tratamento devido o paciente ser usuário de drogas, nos demais casos houve o desfecho de cura no quadro clínico. Os

pacientes com menor renda apresentam maior risco de infecção e recidivas. Além de que, a equipe de atenção primária não segue sistematicamente os protocolos do Ministério da Saúde no manejo da doença, como solicitação de rastreio de HIV, e critérios de diagnóstico: baciloscopia; tratamento: adesão aos medicamentos e critérios de alta: duas bacilosco-pias negativas. Esses e outros dados sobre o manejo terapêutico não foram registrados em prontuário. Apesar de que, a taxa de cura da TB na amostra estudada está acima da média nacional, chegando a 80%.

**Conclusão:** É imperioso sistematizar o cuidado da TB em conformidade aos protocolos do MS, através da educação permanente para todos os profissionais da APS, sendo o PEC (Prontuário Eletrônico do Cidadão) uma medida que traria resultados satisfatórios em relação a uniformização dos registros dos pacientes. Assim como, deve-se instigar políticas de educação popular em saúde em grupos com o maior risco de contágio da doença, alertando sobre a necessidade do prosseguimento adequado do tratamento.

**Palavras-chave:** Saúde Pública Atenção Primária Tuberculose

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2023.103634>

#### MENINGITE POR MICOBACTÉRIA NÃO-TUBERCULOSA EM PACIENTE IMUNOCOMPETENTE EM CENTRO DE REFERÊNCIA DA AMAZÔNIA: UM RELATO DE CASO

Brenda Lira Carvalho\*,  
Rafaela Caroline Amador Ferreira,  
Thayná Cristinne Oliveira Gomes,  
Julius Caesar Mendes Soares Monteiro,  
Alyne Condurú dos Santos Cunha

Universidade Federal do Pará (UFPA), Belém, PA, Brasil

M.D.C.S., 39 anos, homem cis, natural e residente de Ourém (zona rural do Pará), agricultor, casado, católico e com ensino fundamental incompleto, em 2ª internação no Hospital Universitário João de Barros Barreto (HUIBB), devido cefaleia intensa, hipertermia e êmese em janeiro/2020. Possuía histórico de meningite bacteriana tratada, com alta no início do mês dezembro/2019. Refere cefaleia rapidamente progressiva em dezembro/2019, de forte intensidade, localizada em regiões frontal e occipital, de caráter persistente, com irradiação para a região cervical posterior, olhos e seios maxilares. Associou-se febre, náuseas e vômitos, além de prurido cutâneo disseminado. Desse modo, foi coletado o Líquido Cefalorraquidiano (LCR), constatando: aspecto turvo, 104 células/mm<sup>3</sup>, 57% de polimorfonucleares, negativo para BAAR e *Cryptococcus* sp. Foi iniciado tratamento com Ceftriaxone 2g, 12/12h, por 12 dias, sem melhora do quadro clínico; Vancomicina e Rifampicina por 11 dias e Meropenem por 16 dias (3 últimos em conjunto). Após 1 semana houve nova coleta de LCR, verificou-se cultura positiva para micobactérias após 13 dias de incubação. Instituiu-se a terapia medicamentosa com esquema básico da tuberculose (RHZE, 29/01/2020 – 11/02/2020), associado à dexametasona endovenosa (EV), obtendo melhora clínica importante. Em outra coleta de LCR

ao final do mês de janeiro/2020, o material biológico foi enviado para o Instituto Evandro Chagas (IEC), sendo isolado o *Mycobacterium fortuitum* por cultura sólida (Lowebein-Jensen), identificado pelo sequenciamento parcial dos genes DNAr, 16S, hsp65 e rpoB. Neste contexto, o tratamento foi substituído para esquema específico contra micobactérias não-tuberculosas (MNT): Amicacina 750mg/dia, Levofloxacin 1g/dia e Sulfametoxazol + Trimetropim 1600mg/dia + 200mg/dia. Em relação aos antecedentes pessoais, verificou-se que o paciente foi submetido a uma laparotomia exploratória com raquianestesia (22/10/2019), sendo este um possível foco de contaminação pela micobactéria. Possuía Tomografia Computadorizada de crânio – 15/01/2020 e a Ressonância Magnética de crânio - 21/02/2020 sem anormalidades. Devido possibilidade de infecção relacionada a assistência a ANVISA foi notificada. Paciente recebeu alta hospitalar no dia 20/02/2020 com melhora clínica importante. Seguirá em acompanhamento pelo SITE/TB (Sistema de Informação de Tratamentos Especiais para TB), com retorno ambulatorial no dia 27/02/2020 para consulta de acompanhamento.

**Palavras-chave:** Micobactéria Não Tuberculosa Meningite Imunocompetente

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2023.103635>

#### MAL DE POTT EM PACIENTE COM RETROVIROSE CURSANDO COM LOMBALGIA CRÔNICA: RELATO DE CASO

Brener Rafael Nascimento\*,  
Elízia Carolline Rodrigues Araujo,  
Jairo Martínez Zapata,  
Manuel Renato Retamozo Palacios

Hospital Regional de Taquatinga (HRT), Brasília, DF, Brasil

**Introdução:** Mal de Pott é uma manifestação extrapulmonar de tuberculose (TB) no qual o envolvimento da coluna vertebral se faz presente. Ocasionalmente pelo *Mycobacterium tuberculosis*, geralmente é secundário a disseminação hematogênica de um local primário de infecção (mais comumente os pulmões). A dor radicular pode ser o principal sintoma de apresentação, sendo que na doença complicada pode envolver deformidade, instabilidade e déficit neurológico, necessitando de tratamento cirúrgico em alguns casos.

**Relato de caso:** Paciente, IBA, sexo masculino, 50 anos, natural do Piauí, auxiliar de cozinha, sem tratamento prévio para tuberculose, retrovirose desde 2020, em uso de terapia anti-retroviral regularmente, admitido no Hospital Regional de Taquatinga (HRT) no dia 17/05/2023, devido a quadro de dor torácica, febre, calafrios, tosse seca, dispneia, dessaturação, sudorese noturna há 08 dias da admissão. Além disso, queixava-se de lombalgia há um ano e seis meses. Fez uso de anti-inflamatórios previamente, sem melhora, evoluindo com dificuldade de deambulação, necessitando de uso de cadeira de rodas. Ao exame físico apresentava Babinski bilateralmente. Na admissão, foi realizado tomografia de tórax sem contraste que evidenciou vidro fosco difuso, áreas de cavitação com paredes espessadas e alterações espondilodisciais em T10 e T11 associado a massa paravertebral com calcificações de permeio sugestivo de espondilodiscite

tuberculosa. Solicitado contagem de linfócitos TCD4 no valor de 180 células/mm<sup>3</sup> e carga viral do vírus HIV 59 cópias/ml, além de genexpert do escarro negativo. Iniciado tratamento para TB pulmonar com esquema RIPE e para pneumocistose com sulfametoxazol+trimetoprima, paciente evoluiu com melhora respiratória, sendo optado estender o tratamento para tuberculose por 10 meses devido a doença de Pott. Iniciado corticoterapia com dexametasona por compressão medular, estabilização da coluna e abordagem cirúrgica futura.

**Comentários:** Pacientes imunocomprometidos apresentando sintomas de radiculopatia devem ser investigados criteriosamente com exames laboratoriais e de imagem para avaliar possíveis diagnósticos diferenciais. Mal de Pott pode levar a consequências severas, sendo uma delas a ocorrência de fratura, desvio e risco de compressão da medula espinhal com limitação dos movimentos e perda da qualidade de vida.

**Palavras-chave:** Tuberculose Mal de Pott HIV

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2023.103636>

#### MICOBACTERIOSE NÃO TUBERCULOSA DISSEMINADA POR MYCOBACTERIUM KANSASII

Caroline Scherer Carvalho\*, Ticiane Ciocari Zago

Hospital Universitário de Santa Maria (UFSM), Santa Maria, RS, Brasil

Com a prescrição de medicações imunossupressoras, para pacientes transplantados, portadores de neoplasias hematológicas e de doenças reumatológicas, tem-se observado aumento na incidência de doença micobacteriana e outras infecções oportunistas. Há poucos estudos nacionais que demonstram a presença de infecção por micobactérias não tuberculosas no país, refletindo um provável déficit diagnóstico. Paciente ANFB, 20 anos, sexo feminino, vai a emergência com queixa de lombalgia, febre diária, astenia e prostração iniciados no mês anterior. Internação prévia para tratamento de pneumonia, ao qual não teve resposta. Referia tosse seca e lesões maculares disseminadas pela pele. História patológica prévia de artrite reumatoide soronegativa em uso de adalimumade há cerca de 2,5 anos. No exame físico, ausculta respiratória com estertores à esquerda, cadeias linfonodais palpáveis em região cervical e supraclavicular esquerda. Exames laboratoriais apresentando anemia normocítica, provas inflamatórias alteradas, sorologias negativas. Tomografia de tórax e abdome com opacidades em vidro fosco bilateral associado a micronódulos centrolobulares e consolidações em regiões posteriores do lobo inferior esquerdo. Linfonodos supra, infra claviculares e mediastinais com linfonodomegalia de cadeia para aórtica com até 1,3 cm no menor eixo; hepatomegalia e esplenomegalia. Realizou-se biópsias de pele, linfonodo supraclavicular e fígado, lavado broncoalveolar e biópsia transbrônquica. Em cultura de linfonodo cresceu *Mycobacterium* sp, sendo iniciado tratamento com RHZE e amostra encaminhada para identificação de espécie. Após 60 dias de tratamento com RHZE, paciente não apresentava melhora, tinha piora das provas inflamatórias, pancitopenia, perda de peso de cerca de 12Kg, febre diária