

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/mm³ 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