

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

vespertina e lesões violáceas em placas fistulizadas em membros inferiores e antebraço direito. Com a identificação de *Mycobacterium kansasii* tem-se o diagnóstico de micobacteriose disseminada, e trocou-se o tratamento para RH, etambutol, amicacina e claritromicina, conforme manual do Ministério da Saúde para o tratamento de micobacterioses não tuberculosas. Este trabalho é válido para demonstrar a dificuldade e a importância da identificação correta da espécie de micobactéria para o seu adequado tratamento, assim como a importância de se realizar todas as triagens para doenças infecciosas pré tratamento com imunossupressores e manutenção da vigilância sobre os pacientes usuários dessas medicações

**Palavras-chave:** mycobacterium kansasii micobacteriose disseminada micobactéria não tuberculosa

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2023.103637>

### MICOBACTÉRIAS NÃO TUBERCULOSAS EM PACIENTES COM FIBROSE CÍSTICA: SÉRIE DE CASOS

Ana Paula Freitas Bahiados Santos\*,  
Ana Carolina de Oliveira Mota,  
Betânia Andrade Araújo de Sousa,  
Fernanda Guioti Puga, Cinara Silva Feliciano

Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo (USP), Ribeirão Preto, SP, Brasil

As micobactérias não tuberculosas (MNT) são um grupo heterogêneo de espécies, e podem ser patogênicas ou não. Elas estão associadas a doença pulmonar em pacientes com lesão parenquimatosa estrutural. Assim, pacientes com fibrose cística (FC) têm risco aumentado de infecção por esses agentes, sendo o complexo *Mycobacterium avium* e *M. abscessus* os mais prevalentes. O objetivo deste relato é apresentar três casos da associação dessas condições. Todos os casos iniciaram a investigação para MNT devido a persistência das queixas respiratórias de base, apesar de tratamentos de exacerbações bacterianas. Caso 1: mulher, 25 anos, com tomografia computadorizada (TC) de tórax demonstrando focos de bronquiectasias e impactação mucoide nas porções posteriores dos campos pulmonares e nódulos com vidro fosco ao redor. Foi isolado em duas culturas de escarro *M. intracellulare*. Em tratamento com rifampicina, claritromicina e etambutol, com melhora expressiva dos sintomas. Caso 2: homem, 18 anos, com TC de tórax demonstrando imagens cavitárias pulmonares. Foi isolado *M. intracellulare* em três amostras de escarro e iniciado rifampicina, claritromicina e etambutol, sendo posteriormente substituídos por ciprofloxacino, azitromicina e etambutol devido a interação medicamentosa com medicações de uso contínuo. Caso 3: mulher, 23 anos, com TC de tórax demonstrando bronquiectasias centrais esparsas e bilaterais, com impactação mucóide e opacidades centrolobulares. Isolado *M. intracellulare* em duas amostras e *M. abscessus* também em duas amostras. Paciente com má adesão ao tratamento. A doença pulmonar por MNT é uma condição subdiagnosticada devido a baixa suspeição clínica, concomitância de infecções bacterianas e necessidade de meios de

cultura específicos, pouco disponíveis na maioria dos serviços. No entanto, têm alto impacto na morbimortalidade de pacientes com FC. A taxa de prevalência média de MNT nesses pacientes variou de 9% a 13%, sendo as maiores taxas em estudos mais recentes. Algumas hipóteses para esse aumento incluem mudanças nas estratégias de vigilância, mudanças na microbiota pulmonar devido ao uso de antibióticos e falha da autofagia das MNT por macrófagos quando há exposição prolongada à azitromicina. Achados clínicos e tomográficos não são altamente sugestivos e muitas vezes podem ser considerados secundários a exacerbações bacterianas. Assim, há necessidade de manter vigilância microbiológica nos pacientes com FC.

**Palavras-chave:** Micobactérias não tuberculosas fibrose cística diagnóstico prevalência

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2023.103638>

### MICOBACTÉRIAS NÃO-TUBERCULOSAS: ESTUDO DE PREVALÊNCIA EM UM HOSPITAL TERCIÁRIO NO SUL DO BRASIL

William Latosinski Matos\*, Patricia Orlandi Barth,  
Alessandra Helena da Silva Hellwig,  
Grazielle Motta Rodrigues, Luciana Giordani,  
Denise Maria Cunha Willers, Viviane Horn de Melo,  
Juliana Bergmann,  
Maria Cristina de Oliveira Amaro Ritter,  
Claire Beatriz Soares, Dariane Castro Pereira,  
Rodrigo Minuto Paiva, Afonso Luis Barth

Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), Porto Alegre, RS, Brasil

**Introdução/objetivo:** Micobactérias não-tuberculosas (MNT) são microrganismos ubíquos mas que podem causar uma série de infecções, principalmente pulmonares e em pacientes imunocomprometidos. Estudos sugerem que infecções por estes microrganismos têm aumentado nas últimas décadas: a prevalência estimada passou de 2,4 casos/100.000 em 1980 para 15,2 casos/100.000 em 2013 nos EUA. O objetivo deste estudo foi avaliar a epidemiologia das MNT em nossa instituição, bem como avaliar a performance do sequenciamento parcial do gene *hsp65* para identificação das espécies de MNT.

**Métodos:** Foi realizado um estudo retrospectivo de janeiro a dezembro de 2022. Os isolados foram identificados por MALDI-TOF VITEK® MS (bioMérieux, França), e o sequenciamento do gene *hsp65* foi realizado pela técnica de Sanger. A identificação foi feita por comparação da sequência obtida com sequências depositadas no GenBank®. Além disso, foi realizada avaliação interlaboratorial.

**Resultados:** No período do estudo, foram realizadas 2415 culturas de micobactérias, provenientes de 1845 pacientes. Desses, 6,45% (n = 119) dos pacientes apresentaram cultura positiva para micobactérias, entre as quais 29% (n = 35) foram positivas para MNT. As culturas positivas para MNT foram majoritariamente de material respiratório (97%) e as espécies mais frequentes foram, respectivamente: *M. goodii* (n = 10), Complexo *M. abscessus* (n = 8), *M. chelonae* (n = 4), Complexo *M. avium* (n = 4), *M. kansasii* (n = 2), Complexo *M.*