

Conclusão: Observa-se maior prevalência para recidiva de tuberculose pulmonar em algumas populações-chave que apresentem comorbidades e práticas de risco acrescido como fatores importantes para novos casos. Deste modo, a rede de cuidado multidisciplinar para pessoas com tuberculose deve dar ênfase a essas populações prioritárias visando reduzir falhas terapêuticas e adesão ao tratamento.

Palavras-chave: Tuberculose Pulmonar Recidiva Epidemiologia Infectologia

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2023.103654>

RELATO DE CASO: COMPLICAÇÃO NO PÓS OPERATÓRIO DE CIRURGIA PLÁSTICA ASSOCIADA A MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS

Ignêz Helena Vieira Cunha Fernandes*,
Clara de Andrade Coutinho,
Maria de Fátima Magalhães Acioly Mendizabal,
Lucas Alves Campelo

Hospital Universitário Oswaldo Cruz, Recife, PE, Brasil

A tuberculose é uma infecção ocasionada pelo *Mycobacterium tuberculosis*. Mesmo com o progresso na prestação de serviços e tratamento da população acometida, ainda continua sendo um grande agravo de saúde. Feminina, branca, 29 anos, natural e procedente de Monteiro/PB, realizou cirurgia plástica no dia 09/03/2023 (abdominoplastia, lipoaspiração com enxertia glútea e mamoplastia) em Hospital Particular de Recife/PE. Após 15 dias do procedimento apresentou área de hiperemia, calor e rubor em região de nádega direita, associada a febre diária, evoluindo com abscesso e fistulização. Fez uso de ciprofloxacino e clindamicina por 07 dias, sendo internada no dia 15/04/23 no Hospital Universitário Oswaldo Cruz por persistência de quadro em vigência de antimicrobiano. Em internação, houve mudança de antimicrobiano para piperacilina-tazobactam e vancomicina, sendo o último substituído por daptomicina devido rash cutâneo. A tomografia mostrava densificação da pele e subcutâneo nos flancos e região lombar, com coleção laminar de 1,4 cm. À direita, na região glútea, coleção de 5,5 × 5,1 × 2,8 cm (vol.: 40,8 ml). Após 8 dias com esquema citado, mantinha picos febris diários, sendo optado por iniciar meropenem. Assim, foi realizada punção de coleção por cirurgião assistente no dia 27/04/23, cuja cultura foi negativa para bactérias piogênicas. Houve melhora parcial da febre, porém mantinha recoleta de coleções. Realizada nova punção no dia 02/05/23, com novos estudos, inclusive pesquisa de micobactérias de crescimento rápido, apresentando resultado do geneXpert com traços. Nesse momento paciente evoluía com melhora algica e saída de pequena quantidade de secreção serohemática da ferida. Assim, optou-se por alta hospitalar para seguimento ambulatorial com equipe assistente de Infectologia. Em retorno foi resgatada cultura positiva para *Mycobacterium tuberculosis* em material de secreção glútea. Diante da confirmação, foram iniciados tuberculostáticos (rifampicina, isoniazida, pirazinamida e etambutol). Paciente segue bem, sem novas queixas, em tratamento. A tuberculose extrapulmonar é frequente na prática do Infectologista. O envolvimento cutâneo,

principalmente como manifestação primária da doença é incomum, sobretudo após manipulação cirúrgica. Ainda assim, é importante considerar o *Mycobacterium tuberculosis* como um diagnóstico diferencial, haja vista o benefício da introdução precoce de tuberculostáticos, evitando-se tratamentos empíricos não eficazes e seus efeitos adversos.

Palavras-chave: Tuberculose Complicação Ferida cirúrgica

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2023.103655>

RESISTÊNCIA ANTIMICROBIANA EM MYCOBACTERIUM INTRACELLULARE E O DESAFIO NO TRATAMENTO: SÉRIE DE CASOS

Ana Paula Freitas Bahia dos 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

Doenças pulmonares causadas por micobactérias não tuberculosas (MNT) ocorrem em pacientes com lesão estrutural prévia. As principais espécies implicadas são membros do complexo *Mycobacterium avium* (MAC). O tratamento medicamentoso é longo, frequentemente associado a efeitos adversos, além da ocorrência de resistência antimicrobiana. Esta série de casos visa demonstrar os desafios do tratamento de *M. intracellulare*. Caso 1: Homem, 59 anos, com sintomas respiratórios crônicos, apresentando culturas com identificação de *M. intracellulare* resistente a rifampicina, etambutol e ciprofloxacino; sensível a claritromicina, rifabutina e perfil intermediário à amicacina. Submetido à lobectomia superior esquerda devido a extensa cavitação, porém, ainda com culturas de escarro positivas. Em uso atual de rifabutina, claritromicina e etambutol. Caso 2: Mulher, 31 anos, portadora de esclerose sistêmica e tratamento prévio de infecção por *M. intracellulare* resistente a rifampicina, ciprofloxacino e amicacina; perfil intermediário a etambutol e sensível a rifabutina e claritromicina. Apresentou recidiva precoce da doença. Atualmente usando clofazimina, rifampicina e etambutol devido a efeito adverso aos macrolídeos. Caso 3: Homem, 62 anos, sintomas respiratórios crônicos e cultura de escarro com *M. intracellulare* sensível a rifabutina, amicacina e claritromicina e resistente a rifampicina, etambutol e ciprofloxacino. Fez uso de diversos tratamentos, alterados devido à intolerância, mantendo culturas positivas e piora clínica. As MNT possuem resistência antimicrobiana natural, relacionada principalmente à constituição da parede celular rica em lipídios e biotransformação de algumas drogas. Em relação à resistência induzível, alteração nos sítios de ligação confere resistência principalmente à rifampicina, estreptomicina e aminoglicosídeos e as bombas de efluxo relacionam-se à resistência à tetraciclina e aminoglicosídeos. No MAC as mutações genômicas adquiridas representam a principal via de resistência a macrolídeos e seu surgimento reduz a chance de cura. Monoterapia prévia com macrolídeos ou com aminoglicosídeos são fatores de risco para o desenvolvimento de resistência a estas classes. Desta forma, é necessário considerar os resultados de testes de sensibilidade aos