

pulmões em sua maioria, mas pode acometer outros órgãos e sistemas. A forma extrapulmonar acomete com mais frequência pessoas que vivem com HIV, ou imunocomprometidas. As micoses endêmicas também representam importante problema de saúde pública devido ao seu alto potencial incapacitante. Apresentamos um paciente com coinfeção por tuberculose e micose em sítio não habitual.

Relato de caso: Paciente sexo masculino, 58 anos, hipertenso, ex-tabagista, em tratamento de doença de Crohn e psoríase gutata com ustequinumabe. Apresentava quadro de perda de peso, inapetência, afonia e tosse iniciados há 1 ano. Submetido a internação para investigação diagnóstica. Na admissão evidenciadas lesões úlcero-infiltrativas em palato mole, com nodulações contíguas, estendendo-se em base de língua. Tomografia de tórax mostrou micronódulos difusos e árvore em brotamento- pesquisas de BAAR em escarro negativas em 2 amostras. Submetido a biópsia de lesão orofaríngea com achado de teste rápido molecular para *M. tuberculosis* (TRM-TB) detectável em fragmento de tecido, bem como detectado traços em TRM-TB de lavado broncoalveolar. Iniciado tratamento com rifampicina, isoniazida, pirazinamida e etambutol, evoluindo com melhora parcial de lesões. Em retorno ambulatorial avaliado exame anatomopatológico da lesão de orofaringe, que demonstrou processo inflamatório crônico granulomatoso, com estruturas arredondadas no interior das células gigantes coradas ao PAS e ao Grocott sugestivas de fungo. Ausência de BAAR (coloração Fite-Faraco) e de sinais de malignidade. Culturas para micobactérias e fungos negativas. Paciente persistia com desconforto importante, dessa forma, optado por prova terapêutica com sulfametoxazol/trimetoprima (SMZ/TMP), em função de interação da rifampicina com itraconazol, que seria o antifúngico mais indicado, por contemplar os dois fungos endêmicos mais frequentes na região: Paracoccidioidomicose e Histoplasmose. Paciente retornou após 1 mês com melhora completa das lesões de faringe.

Conclusão: Evidenciamos coinfeção de tuberculose e fungo em topografia rara, no contexto do uso de anticorpo monoclonal. Pela resposta terapêutica com o SMZ/TMP é provável que o fungo envolvido foi o *Paracoccidioides brasiliensis*. É essencial vigilância rigorosa nesses pacientes, a fim de prevenir esses casos, além de alta suspeição de coinfeções por fungos endêmicos.

Palavras-chave: Tuberculose, Coinfeção, Paracoccidioidomicose.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2024.103807>

ANEURISMA MICÓTICO, UM RELATO DE CASO

Junia Melo Borges de Oliveira,
Bruno Daniel Pereira,
Ester Melo Borges de Oliveira,
Verlaine dos Reis, Mariana Nascimento Pona,
Natália Quinan Bittar Nunes,
Rodolfo Demitri C.H. da Silva

Hospital de Urgências de Goiás, Goiânia, GO, Brasil

Introdução: O termo aneurisma micótico, cunhado por William Osler em 1885, devido ao aspecto de cogumelo das lesões aneurismáticas, e hoje, melhor denominado com aneurisma infeccioso primário, é uma condição rara, correspondendo a 1-3% entre todos os aneurismas. Acometem com maior frequência a aorta abdominal e há maior tendência de rotura que os aneurismas não infecciosos. Os agentes etiológicos mais comuns são *Staphylococcus sp* e *Salmonella sp*. O quadro clínico clássico é febre, massa abdominal pulsátil e dor. O diagnóstico precoce é a chave para o sucesso terapêutico, que engloba antibioticoterapia e cirurgia. O tratamento clínico isolado com antibióticos resulta em mortalidade de 80%. O tratamento cirúrgico pode ser endovascular ou convencional. A cirurgia com enxerto extra-anatômico e in-sito tem uma taxa de sucesso de 64% e 55%, respectivamente, e uma taxa de mortalidade do enxerto extra-anatômico e in-sito de 32% e 36%, respectivamente.

Relato de caso: Homem, 51 anos, encaminhada de hospital de origem, em 8º dia de internação, para avaliação da cirurgia vascular em Centro de Referência (Hospital de Urgências de Goiás), com quadro de dor intensa em região de dorso, que irradiava para abdome superior de início há 13 dias e relato de um pico febril há três dias. Paciente previamente diabético e em tratamento de Espondilite Anquilosante com droga imunomoduladora. Em angiotomografia de abdome foi descrito o achado de coleção heterogênea com focos gasosos de permeio periaórtica junto ao aneurisma sacular de aorta abdominal infrarrenal, sugestivo de rotura tamponada infectada. Paciente foi então prontamente abordado cirurgicamente para correção de aneurisma com prótese de Dacron. Em ato cirúrgico, observou-se rotura de parede posterior da aorta, tamponada, com abscesso de permeio. Cirurgia transcorreu sem intercorrência, o paciente foi encaminhado para unidade de terapia intensiva. Instituído investigação clínica do quadro, que evidenciou, sorologia para HIV não reagente, dois pares de hemoculturas negativas e em cultura do material de abscesso houve crescimento de *Salmonella sp*. Após culturas, segue em antibioticoterapia guiada (Meropenem), em melhora clínica e laboratorial.

Conclusão: O diagnóstico e instituição terapêutica precoce do aneurisma micótico por *Salmonella* pode ter influenciado o desfecho clínico favorável em pós-operatória, embora o acompanhamento a longo prazo seja necessário pelo risco de complicações tardias.

Palavras-chave: Aneurisma Infectado, Aneurisma Aórtico, Aneurisma Aórtico Roto.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2024.103808>

TUBERCULOSE PERITONEAL COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE ASCITE REFRACTÁRIA EM PACIENTE JOVEM

Ludmila Campos Vasconcelos^a,
Moara Alves Santa Bárbara Borges^{a,b},
Adriana Oliveira Guilarde^{a,b},
Felipe Sousa Rodrigues^a, Amanda Teles Silva^a,
Gabriel Gonçalves Dutra^a

^a Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás (UFG), Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, Goiânia, GO, Brasil

^b Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública, Departamento de Medicina Tropical, Universidade Federal de Goiás (UFG), Goiânia, GO, Brasil

Introdução: A tuberculose (TB) extrapulmonar representa 15-20% de todos os casos da doença. A TB peritoneal é doença rara, que pode se originar da disseminação transmurar de doença intestinal ou por disseminação hematogênica após infecção pulmonar primária. A sintomatologia inespecífica com presença de dor abdominal, distensão abdominal e ascite torna o diagnóstico desafiador.

Relato de caso: Mulher, 23 anos, G2P2, manicure, relatava exposição a ambiente prisional durante visitas a familiar e duas internações prévias para tratamento de pneumonia, sendo a última há 1 ano e meio. Deu entrada em hospital de referência para investigação de aumento progressivo de volume abdominal há 4 semanas, seguido de dor abdominal e lombar há 2 semanas, associados a náuseas. Negava febre e a perda de peso não foi quantificada. Foi identificada ascite refratária, com drenagem de mais de 4 L de líquido turvo, leucócitos 260 (88% linfomono), hemácias 960, DHL 378, pesquisas de BAAR e fungos negativas. Adenosina Deaminase 48,2 U/L. Hemograma: Hb 9,5, Ht 28%, leuco 7.570, plaquetas 509 mil, creatinina 0,7, TGP 12, TGO 23, GGT 24, FALC 69, RNI 1,35, Albumina 2,7, Bilirrubinas 0,4. Tomografias: - ascite acentuada, com realce peritoneal pelo contraste e linfonodomegalias mesentéricas e retroperitoneais; - opacidades centrolobulares, confluentes, com aspecto de "árvore em brotamento", mais evidentes no lobo médio e segmento anterior do lobo superior direito. Teste rápido molecular para tuberculose (TRM-TB) foi negativo em lavado broncoalveolar e em 3 amostras de líquido ascítico. Histopatológico de biópsia peritoneal demonstrou processo inflamatório crônico granulomatoso, com pesquisas diretas para BAAR e fungos negativas. Não foi enviado fragmento para TRM-TB. Pelo quadro clínico, radiológico e histopatológico foi assumido tratamento para tuberculose com esquema RIPE. Houve remissão da ascite no primeiro mês, ganho ponderal de 4 Kg e melhora completa dos sintomas abdominais. Após 60 dias, uma cultura de líquido ascítico foi positiva para o complexo *M. tuberculosis*.

Conclusão: O diagnóstico da TB peritoneal exige uma alta suspeição clínica e combinação de achados clínicos, radiológicos e laboratoriais, pela baixa sensibilidade individual dos testes. Uma história clínica detalhada, com avaliação de antecedentes epidemiológicos e patológicos pregressos, a coleta de materiais biológicos adequados, por vezes por técnicas invasivas, contribui para um diagnóstico e tratamento adequados.

Palavras-chave: Tuberculose Extrapulmonar, Tuberculose Gastrointestinal, Ascite.

ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DA TUBERCULOSE NO ESTADO DE GOIÁS NOS ANOS DE 2018 A 2022

Janaina Fontes Ribeiro ^{a,b,c},
Vitor Hugo Pereira Jardim ^{a,b,c},
Jade Oliveira Vieira ^{a,b,c},
Luiz Gustavo Vieira Gonçalves ^{a,b,c},
Anna Luiza Silva Carvalho ^{a,b,c},
Divina D'arc Cândida de Araújo Bezerra ^{a,b,c},
Laíza Barbosa Guimarães ^{a,b,c},
Mariana Rodrigues Sandes da Silva ^{a,b,c},
Maysa Aparecida de Oliveira ^{a,b,c},
Edna Joana Cláudio Manrique ^{a,b,c,d}

^a Superintendência da Escola de Saúde de Goiás, Programa de Residência em Área Profissional da Saúde, Atenção Clínica Especializada, Modalidade Multiprofissional, Área de Concentração em Infectologia, Secretaria de Estado da Saúde de Goiás, Goiânia, GO, Brasil

^b Hospital Estadual de Doenças Tropicais Dr. Anuar Auad, Secretaria de Estado da Saúde de Goiás, Goiânia, GO, Brasil

^c Laboratório Estadual de Saúde Pública Dr. Giovanni Cysneiros (LACEN-GO), Secretaria de Estado da Saúde de Goiás, Goiânia, GO, Brasil

^d Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC-Goiás), Goiânia, GO, Brasil

Introdução: A tuberculose (TB), doença infectocontagiosa, causada pelo *Mycobacterium tuberculosis* ou Bacilo de Koch (BK), transmitida pelo ar através de tosse ou espirro de portadores ativos da micobactéria. A forma mais frequente é a pulmonar, mas pode ocorrer em outros órgãos. Estima-se que um terço da população mundial esteja infectada com o BK. No Brasil é um sério problema da saúde pública, com profundas raízes sociais e econômicas, mesmo possível cura e o tratamento seja gratuito e disponibilizado pelo SUS, o cenário brasileiro enfrenta o aparecimento de focos de tuberculose resistente aos medicamentos associados com co-infecção por HIV. O diagnóstico definitivo se dá pela identificação do BK pela baciloscopia, cultura e/ou método moleculares, além de exames complementares. Frente ao presente contexto justifica o estudo.

Objetivo: Descrever os dados epidemiológicos dos casos notificados de TB no estado de Goiás, nos anos de 2018 a 2022.

Metodologia: Estudo epidemiológico descritivo retrospectivo. Os dados foram oriundos do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde, pesquisando as seguintes informações: número total de notificações, sexo, faixa etária, confirmação laboratorial, vive com HIV e distribuição regional. Dispensou a aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa conforme a Resolução CNS n° 510/2016.

Resultados: Um total de 6.155 casos confirmados com TB, sendo 4.873 casos novo, 290 recidivas, 629 reingressos após abandono, 275 transferências, 29 foram ditos como não sabe/ignorado e 59 pós óbito como forma de entrada, no território