

infecção pelo HIV destas micoses evidencia o caráter oportunista. Vale destacar a emergência da esporotricose no serviço.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2024.103998>

#### EP-073 - LÚPUS INDUZIDO POR ANTITUBERCULOSTÁTICOS - RELATO DE CASO

Glauco Igor Viana Santos,  
Haroldo de Lucena Bezerra, Giulia Viana Santos

Hospital Giselda Trigueiro, Natal, RN, Brasil

**Introdução:** Queixas articulares de diversas etiologias podem ocorrer no contexto da tuberculose (TB). A infecção pelo bacilo, na sua forma extrapulmonar, pode causar artrite crônica, geralmente mono ou oligoarticular, com inflamação sinovial, fistulização e destruição óssea. O tratamento com antituberculostáticos, por sua vez, pode estar relacionado à dor articular, acompanhado ou não de hiperuricemia. Uma causa subdiagnosticada de artralgia é o Lúpus Induzido por Drogas (LID). Esta condição, se não for reconhecida precocemente, poderá evoluir com formas graves como pleurite, pericardite, acometimento renal e do sistema nervoso central, confundindo o médico assistente com TB disseminada, ou TB resistente, ou ainda com síndrome de reconstituição imune.

**Objetivo:** Alertar aos profissionais de saúde sobre uma condição pouco comentada: o Lúpus induzido pelo tratamento para tuberculose.

**Método:** Relato de caso e revisão da literatura.

**Resultados:** Paciente do sexo feminino, 37 anos, sem comorbidades prévias. Iniciou o tratamento para TB pulmonar com rifampicina, isoniazida, pirazinamida e etambutol (RHZE) com melhora das queixas respiratórias. Entretanto, relatou artralgia no quinto mês do tratamento, principalmente em mãos, punhos, cotovelos e joelhos, sem edema ou outros sinais flogísticos. O ácido úrico estava normal. Sorologia para HIV negativa. Nega doenças reumáticas na família. Realizou o fator antinuclear (FAN) com titulação 1:160 e padrão pontilhado fino, levantando à suspeita de Lúpus induzido pelos antituberculostáticos. Houve melhora parcial com prednisona em dose anti-inflamatória e recuperação gradual após concluir o tratamento para tuberculose.

**Conclusão:** O médico que acompanha pacientes com TB deverá incluir a dosagem de auto-anticorpos na investigação de artralgia. O Lúpus induzido pela rifampicina e isoniazida resulta de uma reação anormal aos fármacos com produção de anticorpos anti-histona. Clinicamente, pode ocorrer artralgia, urticária e eritema nodoso, ao contrário do Lúpus eritematoso sistêmico (LES) idiopático em que predomina aftas, alopecia e fotossensibilidade. O LID também faz diagnóstico diferencial com síndrome DRESS (porém, não cursa com eosinofilia marcante) e com reações de hipersensibilidade, apesar da apresentação insidiosa. Se reconhecido precocemente, pode ser reversível com a suspensão do agente indutor. Por outro lado, se persistir, poderá evoluir para formas sistêmicas com necessidade de

imunossupressores, os quais poderão resultar na piora do quadro infeccioso.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2024.103999>

#### EP-074 - RELATO DE CASO: TUBERCULOSE EXTRAPULMONAR EM JOELHO EM ADULTO IMUNOCOMPETENTE

Glaura F.T. de Alcântara,  
Roseanne Martins Magalhães,  
Isadora Linhares Silva,  
Camila de Almeida Freire,  
Ant<sup>a</sup> Carolina de Lima Carneiro,  
Pedro Arthur Mendes Freitas,  
João Paulo Roseno Pontes,  
Carolina Diógenes Moreira,  
Beatrice de Carvalho Firmino

Centro Universitário Inta (UNINTA), Campus  
Itapipoca, Itapipoca, CE, Brasil

**Introdução:** A tuberculose articular constitui 10 a 20% dos casos de tuberculose extrapulmonar, sendo as articulações de quadril e joelho as mais afetadas. Os sintomas mais frequentes são: dor local e edema, sem sinais flogísticos importantes, podendo evoluir com fístulas cutâneas.

**Objetivo:** Relatar o caso de tuberculose em articulação de joelho direito, em adulto jovem, imunocompetente, diagnosticado em 2023.

**Método:** Revisão de prontuário, entrevista e registro fotográfico dos métodos diagnósticos, aos quais o paciente foi submetido e revisão da literatura.

**Resultados:** Em outubro de 2022, homem, 28 anos, negro, 64kg, hígido, apresentou artralgia súbita e edema em joelho direito. Posteriormente apresentou febre vespertina. Em hospital secundário, durante o período de 9 meses, foi submetido a sucessivas artrocenteses de alívio, com relato de drenagem de secreção leitosa, sem melhora do quadro, inclusive com limitação para deambular. Em agosto de 2023, foi encaminhado ao hospital terciário para realização de artroscopia e biópsia. O laboratório apresentou PCR e VHS elevados. A análise histológica evidenciou presença de histiócitos em processo inflamatório granulomatoso, com necrose caseosa e infiltrado linfocítico com células gigantes do tipo Langhans. A baciloscopia e a cultura foram negativas. Neste mesmo ano, iniciou o tratamento com tuberculostáticos e perdeu 23 kg durante a fase de indução, havendo necessidade de ajuste de dose. Após adaptação ganhou peso, porém permaneceu em subdose da terapia. Em março de 2024, em consulta com especialista, foi reajustada a dose dos tuberculostáticos conforme o peso. Novo laboratório excluiu presença de co-infecção com HIV e demonstrou redução de PCR. Paciente relatou melhora clínica e recuperação progressiva da movimentação.

**Conclusão:** A tuberculose articular extra vertebral é rara e, em áreas endêmicas, afeta principalmente adultos jovens (GBANÉ-KONÉ M. et al. 2015). Os sintomas clínicos são inespecíficos e a formação de fístulas cutâneas é possível, assim como a detecção de abscessos frios por palpação. A ausência

do quadro pulmonar dificulta o diagnóstico (KAPUKAYA A. et al, 2006). O quadril é a localização mais comum, seguida do joelho. O atraso no diagnóstico é reconhecido por vários autores e está associado à extensão das lesões radiológicas e à sua natureza destrutiva (ANNABI H, et. al. 2008). O diagnóstico definitivo é baseado na cultura, porém, a dificuldade na obtenção da amostra do bacilo, além do crescimento lento, determina limitada sensibilidade.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2024.104000>

**EP-075 - INFECÇÃO DISSEMINADA CAUSADA POR NOCARDIA BRASILIENSIS COM ACOMETIMENTO ÓSSEO EM PACIENTE SEM HISTÓRICO PRÉVIO DE IMUNOSSUPRESSÃO: UM RELATO DE CASO.**

Leonardo Torioni, Carolina Palamin Buonafine, Paula Massaroni Peçanha Pietrobon

Escola Paulista de Medicina (EPM), Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo, SP, Brasil

**Introdução:** *Nocardia* spp. são bactérias filamentosas Gram-positivas, fracamente ácido-álcool resistentes, presentes no solo. A infecção ocorre por inalação, inoculação direta ou ingestão, sendo a via respiratória o principal mecanismo. Considerada uma bactéria oportunista, acomete principalmente imunossuprimidos, entretanto, pode afetar indivíduos saudáveis. Suas manifestações podem ser resumidas em: pulmonar, cutânea (micetoma) e doença disseminada.

**Objetivo:** Relatar um caso de infecção disseminada por *N. brasiliensis* com longo tempo de evolução em paciente sem história prévia de imunossupressão.

**Método:** Homem, 44 anos, natural de Caxias-MA, procedente de Goiás, trabalhador rural com exposição a lavouras de milho e cana, diagnóstico recente de diabetes tipo 2, inicia quadro de lesões cutâneas nodulares em dorso há 4 anos, sem história de trauma local. Foi submetido a drenagem de lesões, biópsia e tratamento com antibacteriano e antifúngico empíricos. Entretanto, evoluiu com perda ponderal importante e surgimento de lesões fistulizantes em região inguinal. Nos exames complementares, apresentava anemia, elevação de creatinina, hipercalcemia e lesões líticas em coluna lombossacra e quadril, sendo feita a hipótese de mieloma múltiplo, no entanto a eletroforese de proteínas não evidenciou pico monoclonal. A TC de tórax evidenciou micronódulos randômicos. A sorologia anti-HIV foi não reagente, imunoglobulinas dentro da normalidade e rastreo oncológico para idade negativo. Foram visualizadas estruturas sugestivas de *Nocardia* spp. em cultura de biópsia cutânea e músculo paravertebral. A confirmação de espécie como *N. brasiliensis* foi realizada por técnica de MALDI-TOF, sendo iniciado tratamento com cotrimoxazol, meropenem e linezolida. A biópsia de coluna vertebral apresentou cultura negativa e o anatomopatológico evidenciou osteólise, fibrose e ausência de clonalidade plasmocitária.

**Conclusão:** Relatamos uma apresentação atípica de nocardiose disseminada com importante acometimento ósseo em paciente com história ocupacional relevante e sem histórico prévio de imunossupressão. A nocardiose cutânea em nosso meio tem como principal agente a *N. brasiliensis* e pode mimetizar outras infecções como a tuberculose e as micoses endêmicas ou de implantação, dificultando o diagnóstico. Há poucos relatos na literatura de osteomielite por *Nocardia* spp. e, ao nosso conhecimento, este é o primeiro relato de lesões osteolíticas relacionadas à doença.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2024.104001>

**EP-076 - MENINGITE POR COCCIDIOIDES SPP. REFRACTÁRIA À TERAPIA COM FLUCONAZOL: UM RELATO DE CASO**

Leonardo Torioni, Flavia Carolina Soares Bonato, Carolline Siqueira Lembo, Yago Caetano Almeida, Beatriz Pascuotte, Émily Ane Araujo Santana, Ferdinando Lima de Menezes, Jordan Monteiro Pinheiro, William Dunke de Lima, Joao Antonio Gonçalves Garreta Prats

BP - A beneficência Portuguesa de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil

**Introdução:** A coccidioidomicose é uma doença que ocorre em locais de clima seco, causada pelos fungos *C. immitis* e *C. posadasii*, este sendo predominante nos estados do nordeste brasileiro, como Maranhão, Ceará e Piauí, e aquele predominante nos Estados Unidos, nos estados da Califórnia e do Arizona. A exposição ao solo contaminado é o principal fator de risco para a doença. O pulmão é o órgão mais comumente afetado, mas pode haver disseminação para ossos, pele e sistema nervoso central.

**Objetivo:** Relatar um caso de tratamento de coccidioidomicose com uso de voriconazol.

**Método:** Coleta de dados e revisão de prontuário.

**Resultados:** Jovem de 17 anos, natural de São Paulo e procedente da Califórnia, previamente hígido, inicia quadro subagudo de cefaleia holocraniana com piora ao decúbito. Relata quadro respiratório há um mês com resolução espontânea. Na admissão apresentava rigidez de nuca e papiledema à fundoscopia, com correspondente hidrocefalia no exame de tomografia computadorizada (TC). Exame de líquido apresentou pressão de abertura de 55 cmH<sub>2</sub>O, pleocitose linfomonocitária, hiperproteínoorraquia e hipoglicorraquia. A TC de tórax evidenciou lesão pulmonar cavitária. Houve crescimento de *Coccidioides* spp. no líquido. O teste de sensibilidade revelou concentração inibitória mínima (CIM) elevada para fluconazol (8 µg/ml) e mais baixa (< 1 µg/ml) para os demais azólicos. Na internação, necessitou de derivação ventrículo-peritoneal (DVP) e recebeu alta com fluconazol em doses altas. Retornou em nosso serviço após 20 dias por cefaleia intensa, com piora ao decúbito. Ajustes pressóricos na DVP foram necessários devido à hidrocefalia descompensada. O líquido evidenciava