

diagnóstico precoce e o início do tratamento desafiadores. Essa situação ressalta a importância da consideração da tuberculose em pacientes com achados inesperados durante procedimentos cirúrgicos, mesmo na ausência de sintomas evidentes.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2024.104014>

**EP-090 - UM DESFECHO FATAL DA
COINFEÇÃO MYCOBACTERIUM
MUCOGENICUM E MYCOBACTERIUM
TUBERCULOSIS EM PACIENTE
IMUNOCOMPETENTE: UM RELATO DE CASO**

Marcela Simaro Gomes,
Wdson Luis Lima Kruschewsky, Yeh Li Ho

Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo
(HC-USP), São Paulo, SP, Brasil

Introdução: As micobactérias não tuberculosas (MNT) são divididas em grupos de crescimento rápido e de crescimento lento. *Mycobacterium mucogenicum* é uma MNT de crescimento rápido, potencialmente associado a contaminantes ambientais, como molho de pimenta.

Objetivo: Apresentações atípicas do *M. mucogenicum* incluem o acometimento pulmonar em pacientes que não possuem cateteres venosos centrais ou infecções de feridas traumáticas. Ademais, a coinfeção com *M. tuberculosis* é pouco comum.

Método: Relatamos aqui um caso de coinfeção por *M. mucogenicum* e *M. tuberculosis* em paciente imunocompetente.

Resultados: Trata-se de um homem, 50 anos, produtor de pimenta, estilista ativo, com dois anos de evolução de dor abdominal, náuseas e vômitos, e uma semana com dispnéia ao repouso, tosse seca e febre, conjuntamente com perda ponderal de 6kg em 5 meses e aumento do volume abdominal progressivo. Tomografia de tórax evidenciava micronódulos centrolobulares e imagens de "árvore em brotamento" esparsas no pulmão direito com pequeno derrame pleural, bem como volumoso derrame pleural com velamento completo do hemitórax esquerdo e atelectasia do pulmão adjacente. Em USG de abdome, sinais de hepatopatia crônica com hipertensão portal e ascite septada. Toracocentese diagnóstica e de alívio evidenciou derrame pleural exsudativo com predomínio linfomononuclear e paracentese diagnóstica com padrão de exsudato (GASA < 1,1); adenosina deaminase aumentada em ambos os exames. Identificada *M. mucogenicum* pelo MALDI-TOF em líquidos ascítico e pleural e hemocultura de sangue periférico. Para tratamento dessa MNT, utilizou-se amicacina, levofloxacino, linezolida e meropenem. Ao longo da internação, o paciente necessitou de toracocenteses e paracenteses de alívio, além de drenagem e decorticação pleural. Posteriormente houve a identificação de *M. tuberculosis* em cultura de líquido ascítico e cultura de escarro, o que levou a hipótese de ser uma coinfeção MNT e tuberculose. Apesar do tratamento direcionado, o paciente evoluiu com piora clínica progressiva, disfunção de múltiplos órgãos e óbito após três meses de internação.

Conclusão: *M. mucogenicum* é capaz de causar um amplo espectro de manifestações clínicas, incluindo meningite, osteomielite, peritonite, de trato respiratório e de corrente sanguínea, sendo as infecções associadas a cateter venoso central a apresentação mais comum. O caso descrito reforça a possível relação entre contaminantes ambientais e *M. mucogenicum*, com possibilidade de doença grave em pacientes imunocompetentes.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2024.104015>

**EP-091 - COINFEÇÃO TUBERCULOSE, HIV,
PNEUMOCISTOSE E TOXOPLASMOSE**

Matheus Cordeiro Marchiotti,
Hellen Carla Rickli, Cesar Helbel,
Mariluci de Camargo Labegalini

Hospital Universitário Regional de Maringá,
Maringá, PR, Brasil

Introdução: Viver com HIV ainda traz consigo o reflexo da desigualdade e do estigma social. Estes em situação de vulnerabilidade estão mais propensos a complicações por infecções oportunistas e a tuberculose. Segundo a Organização Mundial de Saúde, aproximadamente um quarto da população está infectada pelo bacilo *Mycobacterium tuberculosis*.

Objetivo: Relatar o caso de paciente jovem portadora do vírus HIV, em abandono de tratamento, com infecções oportunistas e tuberculose disseminada.

Método: Relato de caso.

Resultados: 29 anos, encontrada em via pública e encaminhada por rebaixamento do nível de consciência, sabidamente portadora do vírus HIV e em abandono de tratamento. Deu entrada gemente, ECG: 9, desidratada, icterícia, taquicárdica, afebril; dor abdominal difusa. TC de tórax: presença de vidro fosco com árvore em brotamento; TC de abdome: hepatoesplenomegalia e dilatação importante das vias biliares e TC de crânio com lesões com realce anelar ao contraste, edema perilesional múltiplas peri núcleo da base, compatível com diagnóstico de neurotoxoplasmose. Feito punção líquórica com proteinorraquia. Optado por tratamento alternativo para tuberculose devido a bilirrubina total de 21 às custas de direta, LAM detectável. Iniciado Meropenem, Linezolida, Levofloxacino e Amicacina empírico devido ao quadro de gravidade hepática e história prévia de abandono de tratamento (risco de resistência). Associou-se Sulfametoxazol + Trimetoprim para tratamento de toxoplasmose e pneumocistose. Após início de terapêutica antimicrobiana apresentou melhora do rebaixamento nível de consciência, ECG de 11, melhora da icterícia e bilirrubina total de 9. Exames de imagem de controle de tomografia de crânio demonstrou diminuição das lesões nodulares cerebrais e de abdome com melhora da dilatação das vias biliares. Permaneceu 36 dias internada e foi transferida para Hospital com unidade de internação de longa permanência para continuidade dos cuidados.

Conclusão: Como descrito na literatura (Salomão et al., 2023), carências socioeconômicas e de abrigo, dependência química e baixa adesão ao seguimento clínico constituem