

Teresinha Célia Mesquita,
Tatiana Fortes Oliveira

Hospital Universitário Júlio Müller (HUJM), Cuiabá,
MT, Brasil

Introdução: As micobactérias não tuberculosas (MNTs) são microrganismos que colonizam solo e água, sendo sua transmissão por via inalatória. Os sintomas são variáveis, inespecíficos e similares a diversas doenças pulmonares, principalmente a tuberculose pulmonar (TB). No Brasil as espécies mais frequentemente associadas à doença pulmonar são: *M. Kansasii* e *M. Avium*.

Objetivo: O objetivo deste relato é destacar que devido à similaridade de quadro clínico e radiológico, a infecção de MNTs sempre deve ser considerada como diagnóstico diferencial de TB principalmente no contexto do paciente portador de HIV (PVHIV).

Método: Relato de caso com informações obtidas mediante análise do prontuário médico e revisão bibliográfica.

Resultados: Paciente de 30 anos, masculino, HIV em SIDA com má adesão ao tratamento, internado devido neurotoxoplasmose, com história de tosse seca há cerca de 30 dias associada a febre não aferida esporádica. Em tomografia de tórax apresentou lesão escavada na região basal lateral do lobo inferior direito, medindo cerca de 1,5 cm de diâmetro, associado a múltiplos pequenos nódulos do tipo árvore em brotamento ao redor. Diante deste achado pulmonar associado à epidemiologia e clínica foi realizado coleta de escarro para BAAR e Genexpert sendo TB a principal hipótese diagnóstica. Após três amostras negativas para ambas análises associado a alta suspeita diagnóstica realizado lavado broncoalveolar em que foi evidenciado cultura para micobactérias positiva para *Mycobacterium kansasii*, BAAR positivo e genexpert negativo. Com base na cultura associada à clínica compatível e imunossupressão, iniciou-se tratamento com rifampicina, etambutol e azitromicina. Paciente segue internado com boa evolução do quadro clínico neurológico e pulmonar.

Conclusão: Entre PVHIV a doença oportunista pulmonar mais comum é a pneumocistose, porém, a que mais mata ainda é a TB. Atualmente houve um aumento nos diagnósticos e tratamento de MNTs, não se sabe se pela melhora do diagnóstico ou se há um aumento real na incidência da infecção. Para decisão terapêutica deve sempre ser avaliado a presença de clínica compatível, risco de disseminação, condição imunossupressora e comprovação microbiológica. Diante a apresentação clínica e radiológica similar à tuberculose, é importante lembrar das infecções por MNTs como diagnóstico diferencial nesta população.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2024.104075>

EP-153 - PIOMIOSITE TUBERCULOSA: UM RELATO DE CASO

Francisco Kennedy S.F. de Azevedo,
Ana Elisa Carvalho, Paula Francis G.V. Ribeiro,
Luciano Lopes Castanha,
Bruno Alexander Barbosa,
Vitória Lucchesi Ribeiro,

Giovana Volpato Pazin Feuser,
Teresinha Célia Mesquita,
Tatiana Fortes Oliveira,
Mateus Venancio Sisti Leite

Hospital Universitário Júlio Müller (HUJM), Cuiabá,
MT, Brasil

Introdução: A piomiosite tuberculosa é uma forma rara de tuberculose extrapulmonar, na maioria dos casos a infecção se estende por contiguidade. O quadro clínico é insidioso, inespecífico e variável, podendo o paciente não apresentar os estigmas clássicos da doença pulmonar.

Objetivo: Os dados na literatura sobre essa condição são escassos, sendo assim, o objetivo deste relato é evidenciar essa forma rara de tuberculose extrapulmonar.

Método: Relato de caso, com informações obtidas mediante análise do prontuário médico e revisão bibliográfica.

Resultados: Paciente masculino, 38 anos, PVHIV com abandono do tratamento (CV 8540 e CD4 71), sem outras comorbidades. Encaminhado devido quadro febril associado a astenia generalizada, dor, edema e eritema em coxa esquerda após queda da própria altura. Em ultrassonografia demonstrou a presença de inflamação muscular e subcutânea importantes, linfonodomegalia inguinal difusa, coleções profundas sugestivas de abscessos entre os músculos vasto medial e reto femoral, além de uma coleção superficial maior (51,34cm³) com as mesmas características localizada na face medial do joelho esquerdo. Os achados foram confirmados pela tomografia contrastada. Diante do quadro foi aventada hipótese diagnóstica de piomiosite tropical e mantido empiricamente antibioterapia com piperacilina e tazobactam e associado vancomicina. Em um primeiro momento foi realizado drenagem do abscesso superficial e material enviado para análise microbiológica, com todas análises negativas. No entanto, após 3 dias paciente apresentou piora dos sintomas, com nova tomografia mostrando presença de coleção residual e piora das coleções profundas. Optou-se por realização de drenagem mais profunda com biópsia de músculo para nova análise microbiológica. A pesquisa de BAAR foi positiva na biópsia de músculo associado à Genexpert positivo (traços). Dessa forma, o paciente recebeu diagnóstico de piomiosite tuberculosa. Paciente negou histórico de tuberculose prévia, em qualquer apresentação. A pesquisa de foco primário por baciloscopia de escarro e tomografia de tórax também foram negativas. Ainda no âmbito hospitalar iniciou esquema terapêutico com RIPE e suspensos os antibióticos. Paciente evoluiu com melhora progressiva do quadro. Após 30 dias, retornou no ambulatório de infectologia deste serviço, com resolução completa do quadro inflamatório em membro.

Conclusão: Apesar de rara, é uma doença que deve ser considerada em pacientes imunocomprometidos com sintomas musculares em áreas endêmicas para tuberculose.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2024.104076>