

pulmonares foram mais frequentes entre os pacientes com Mk, 27 (75%) quando comparado aqueles com MAC 22 (45%) ($p < 0,01$). O esquema terapêutico para MAC utilizado, mais frequentemente, foi claritromicina + rifampicina + etambutol em 29(59,2%), em 10 (20,4%) foi acrescentado um aminoglicosídeo, em cinco (10,2%) foi acrescentado uma quinolona e em cinco (10,2%) foram utilizados outros esquemas. Para Mk, o regime mais frequentemente utilizado consistiu em rifampicina + isoniazida + etambutol, em 18 (48,6%), acrescido de um aminoglicosídeo em 17 (45,9%), acrescido de uma quinolona em três (8,1%) e feito outro esquema em um (2,7%) episódio. Os casos de MAC evoluíram para tratamento completo em 26 (53,1%) casos, para óbito em sete (14,3%) (um óbito por MAC e seis por outras causas), perda do seguimento em quatro (8,2%) e 10(20,4%) estão em tratamento. Para Mk, 26 (70,3%) completaram o tratamento, cinco (13,5%) morreram, dois (5,4%) abandonaram e quatro (10,8%) estão em tratamento. O desfecho clínico de MAC e de Mk foi favorável em 53% e 70% ($p = 0.056$), respectivamente, na coorte avaliada.

Conclusão: Os pacientes com Mk foram mais jovens, com predomínio do sexo masculino, com maior frequência de cavitações ao exame de imagem e maior frequência de desfecho favorável, quando comparados aos pacientes com MAC.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2024.104132>

EP-214 - PNEUMONIA NECROTIZANTE CAUSADA POR NEISSERIA FLAVESCENS

Guilherme Raunheite Cunha, Priscila Dantas, Elisa Beirao, Paulo Tierno, Carlos Eduardo Pegolo

Hospital Municipal de Barueri Dr. Francisco Moran, Barueri, SP, Brasil

Introdução: *Neisseria flavescens* é um patógeno incomum de infecção humana, pneumonia necrotizantes causados por *N. flavescens* raramente são relatados.

Objetivo: Relatar caso de paciente apresentando pneumonia necrotizante por *N. flavescens*.

Método: Análise de prontuário.

Resultados: Paciente L.M.O., 28 anos, sexo masculino, dá entrada em pronto-atendimento com tosse produtiva, febre, astenia e adinamia há 8 dias, com piora da dispneia há 1 dia. Realizou tomografia de tórax na entrada com derrame pleural e área de consolidação do lobo inferior e médio a direita. Iniciado antibioticoterapia com ceftriaxona e claritromicina. Paciente evoluiu após 2 dias com quadro de insuficiência respiratória, dessaturação e tosse com hemoptóicos sendo submetido a intubação orotraqueal (IOT), sendo coletada cultura de secreção traqueal e escalonado antibiótico para piperacilina + tazobactam. Encaminhado para unidade de terapia intensiva no Hospital Municipal de Barueri. Deu entrada estável respiratoriamente sem droga vasoativa, em síndrome do desconforto respiratório agudo (SDRA), sob IOT em ventilação mecânica (Pressão Controlada P_{insp} 22 FR 18 PEEP 9 FiO₂ 100%), sob sedoanalgesia em RASS -4. Realizado radiografia de tórax evidenciando lesões respiratórias em terço médio de hemitórax direito. Paciente de difícil sedação,

necessitando sedoanalgesia otimizada com midazolam associado a quetiapina, metadona e risperidona. Recebemos resultado de cultura de secreção traqueal colhido no momento da intubação com *Neisseria flavescens* > 100.000 UFC/mL. Pela gravidade do quadro respiratório e dificuldade na ventilação mecânica, realizada nova tomografia de tórax com contraste no sétimo dia de tratamento, apresentando consolidação com broncograma aéreo associado à derrame pleural e cavitação de 3,8 cm no lobo inferior direito, sugestivo de pneumonia necrotizante. Optado pela realização de broncoscopia evidenciando rolha de secreção impactada nos lobos médio e inferiores, broncopatia infecciosa nos lobos médio e inferior direito. Realizado lavado bronco alveolar com obtenção de amostras para cultura. Associado vancomicina ao esquema terapêutico até resultado de culturas. Paciente evoluiu com melhora dos parâmetros ventilatórios foi extubado após 12 dias de tratamento intensivo.

Conclusão: Relatamos caso de pneumonia em paciente jovem, imunocompetente, causada por agente comensal evoluindo com forma grave.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2024.104133>

EP-215 – QUAIS OS DESAFIOS NO DIAGNÓSTICO DE TUBERCULOSE COM DERRAME PLEURAL E PERICARDITE?

Daniel Freitas dos Santos, Alana Suelen de Lima Bozzi, Guilherme Gimenes de Oliveira, Ana Paula Valente Mafetano, Somnia Marlene Cardogan Piraggini

Universidade de Ribeirão Preto (UNAERP), Campus Guarujá, Guarujá, SP, Brasil

Introdução: A tuberculose (TB) é uma doença infectocontagiosa, causada pelo *Mycobacterium tuberculosis*, com diversas manifestações clínicas e complicações. Tem alta prevalência no Brasil, sendo a Baixada Santista a região mais afetada do estado de São Paulo. O derrame pleural e a pericardite são complicações com morbidade significativa. Este relato de caso destaca a complexidade do diagnóstico e conduta terapêutica da TB complicada.

Objetivo: O objetivo deste relato é ilustrar a relevância e os desafios clínicos diante de um caso complexo de TB pulmonar com complicações.

Método: O método empregado neste estudo inclui um relato de caso detalhado do paciente. As informações foram coletadas a partir dos prontuários médicos, exames de imagem e resultados laboratoriais.

Resultados: Paciente admitido no PS de uma cidade da Baixada Santista, apresentando dor torácica e dispneia há três dias. A tomografia (TC) de tórax inicial revelou derrame pleural encistado à direita. Durante a internação, o paciente apresentou piora do padrão respiratório. Foi encaminhado para o hospital de infectologia de referência, onde foi internado na UTI. A TC de tórax subsequente mostrou piora do infiltrado pulmonar, com comprometimento de 90% do pulmão e derrame pleural bilateral. Além disso, foi