

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 Pnsp 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

identificado derrame pericárdico com calcificação do pericárdio. Exames complementares: ecocardiograma com fração de ejeção de 63%, derrame pericárdico e espessamento da parede pericárdica. Broncoscopia: lavado brônquico normal. Cultura revelou *S. aureus*, *P. aeruginosa* e *Enterobacter*. Pesquisa de BAAR detectou traços de *M. tuberculosis*. O diagnóstico inicial foi de pneumonia. Com a evolução dos achados clínicos e laboratoriais, o diagnóstico final foi de tuberculose pulmonar, complicando com pericardite constritiva e infecção bacteriana secundária. O tratamento instituído: Ceftriaxona, Vancomicina e Meropenem, além do uso do Coxip. Utilizou-se ainda anti-inflamatórios. Foi avaliado pela cirurgia torácica que indicou a realização de pericardiectomia.

Conclusão: Este caso destaca as dificuldades de se realizar o adequado diagnóstico em caso de TB pulmonar complicada. A coexistência de infecções bacterianas secundárias tornou desafiadora a elucidação do caso, visto que a conduta terapêutica adotada é determinada pelo correto diagnóstico. O derrame pleural e a pericardite constritiva são complicações que enfatizam a importância do contexto epidemiológico na elucidação diagnóstica, bem como a necessidade do envolvimento multidisciplinar.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2024.104134>

EP-216 - ALTAS TAXAS DE BACTÉRIAS MULTIRRESISTENTES NAS INFECÇÕES RELACIONADAS ÀS FRATURAS: MUDANÇA DO CENÁRIO EPIDEMIOLÓGICO

Daniel Litardi Pereira, Isabelle Brasil,
Maria Augusta Moreira Rebouças,
Patrícia Zaideman Charf, Laís Sales Seriacopi,
Carolina Coelho Cunha,
Thomas Stravinska Durigon,
Carlos Augusto Finelli,
Adriana Macedo Dell Aquila,
Mauro José Costa Salles

Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo, SP, Brasil

Introdução: A incidência da infecção relacionada à fratura (IRF) pode variar de 0,4 a 32%, sendo ainda maior em fraturas expostas. Os principais patógenos descritos são os cocos Gram-positivo (CGP), em especial o *S. aureus*. Entretanto, estudos que avaliam informações epidemiológicas e microbiológicas nas IRF são escassos no Brasil.

Objetivo: Os objetivos deste trabalho são descrever a incidência de IRF e os dados clínico-microbiológicos em um serviço ortopédico.

Método: Estudo prospectivo com análise de dados coletados entre março de 2020 e março de 2023, unicêntrico, conduzido em serviço multidisciplinar de Ortopedia e Infectologia, o qual incluiu pacientes maiores de 18 anos com fraturas fechadas e expostas submetidos à fixação interna com implantes como tratamento cirúrgico definitivo.

Resultados: Do total de 462 pacientes incluídos, 71,6% foram do sexo masculino com média de idade de 47,6 anos (DP±20,8). As principais comorbidades foram Hipertensão Arterial Sistêmica (19,3%), tabagismo (19,3%) e etilismo (17,3%). As fraturas expostas foram 25,1% dos casos, sendo a classificação de Gustilo-Anderson do tipo 3-A a mais frequente (69,8%). A incidência global de IRF, em fraturas fechadas, e em fraturas expostas foi de 19,7%, 16,5%, e 29,3% respectivamente. A principal profilaxia cirúrgica foi uma cefalosporina de 1ª ou 2ª geração (84,6%) associada a um aminoglicosídeo (44,6%) ou isolada (43,1%). Os principais patógenos identificados foram *S. aureus* (22,1%), *K. pneumoniae* (11,6%), *S. epidermidis* (10,5%), demais *Staphylococcus* coagulase-negativo (10,5%), *E. coli* (6,3%), *P. aeruginosa* (5,3%), *Streptococcus* spp beta-hemolítico (4,2%), outros CGP (9,5%) e outros bacilos Gram-negativo (BGN) (20,0%). A resistência à metilina foi identificada em 60% das cepas do gênero *Staphylococcus* e a multidroga resistência (MDR) foi identificada em 53,7% dos BGN.

Conclusão: A incidência de IRF global e em fraturas expostas foi elevada, assim como em fraturas fechadas nas quais menores valores são esperados visto o menor dano tecidual e a adoção sistemática da profilaxia antimicrobiana cirúrgica. A elevada frequência de BGN (43,2%) demonstrando perfil de MDR (53,7%) associada a uma alta resistência à metilina do gênero *Staphylococcus* (60%) apontam para uma mudança no perfil epidemiológico de IRF e sugerem a revisão da profilaxia antimicrobiana em cirurgias ortopédicas com implantes no Brasil.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2024.104135>

EP-217 - ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICO DA TOXOPLASMOSE CONGÊNITA NO SERTÃO PERNAMBUCANO, 2019-2023

Emerson Cordeiro de Melo,
Elâne Rafaela Cordeiro Nunes,
Maria Estephany Teixeira Aquino,
Ísis Naíta Nascimento Guerreiro,
Italo Vilela Colaço,
Mônica Belo Cavalcanti Ribeiro,
Rildo Braz da Silva Neto,
Juliana Ramos dos Santos,
João Francisco Vilela Neto,
Caroline Alves Arcanjo

Faculdade Medicina do Sertão, Arcoverde, PE, Brasil
Faculdade Nove de Julho, São Paulo, SP, Brasil

Introdução: A toxoplasmose é uma doença infectocontagiosa causada pelo protozoário *Toxoplasma gondii*, considerada cosmopolita, com alta prevalência humana, que pode ser transmitida verticalmente, com taxas de infecção variáveis de acordo com as regiões geográficas. No Brasil, orienta-se o monitoramento de gestantes durante pré-natal para detecção da infecção e o tratamento em gestantes evitando a transmissão vertical. E os casos suspeitos e confirmados devem ser