

hemoculturas foram positivas para *Criptococcus sp.* Estudo do líquido com 122 células/mm<sup>3</sup>, 69% de neutrófilos, proteínas 121 mg/dl e glicose 33 mg/dl com tinta da China positiva e pressão de abertura 57 mmHg. Foram iniciados Anfotericina B complexo lipídico e Fluconazol. Após 13 dias de terapia antifúngica, a cultura do líquido foi negativa, com normalização da pressão intracraniana. Imunofenotipagem de sangue periférico revelou 57,2% de células maduras e anômalas da linhagem linfóide T com expressão exclusiva de CD4 com diagnóstico de leucemia/linfoma de células T do adulto (ATLL). Iniciados Zidovudina e Interferon para tratamento do AATL. Paciente apresentou náuseas e vômitos e alterações laboratoriais com anemia e plaquetopenia, provavelmente secundárias com interferon e zidovudina. Novo estudo do líquido sem evidência de pioria da infecção fúngica, foi mantido fluconazol. Após 30 dias, evoluiu com sonolência, desorientação, anorexia, hemograma evidenciava Hb- 8,7 mg/dl, leucograma - 38050, com 25% de linfócitos atípicos e 35.000 plaquetas, além de hipercalcemia e elevação importante de LDH, sugeriu pioria da doença hematológica. Paciente necessitou de quimioterapia (esquema Choep) e apresentou boa resposta clínica.

**Discussão/conclusão:** Este caso mostra grave infecção fúngica como primeira manifestação clínica dessa doença onco-hematológica associada a infecção pelo HTLV. Salvador tem uma das maiores prevalências de infecção por esse vírus no Brasil, o ATLL é uma doença agressiva de elevada mortalidade, dificilmente ocorre juntamente com a manifestação neurológica da infecção pelo HTLV.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2018.10.266>

Área: DOENÇAS EMERGENTES E REEMERGENTES/MEDICINA TROPICAL

Sessão: CASOS CLÍNICOS

EP-205

#### TUBERCULOSE TESTICULAR: RELATO DE CASO INCOMUM DE UMA TUBERCULOSE GENITURINÁRIA



Raphael C. Biscaia Hartmann, Susana Lilian Wiechmann, Zuleica Naomi Tano, Priscila Audibert Nader, Vitor Santili Depes, Diogo Jorge Rossi, Alexandre Mestre Tejo, Aryadne H. Marques Pereira

Universidade Estadual de Londrina (UEL), Londrina, PR, Brasil

Data: 19/10/2018 - Sala: TV 9 - Horário: 13:30-13:35 - Forma de Apresentação: E-pôster (pôster eletrônico)

**Introdução:** A tuberculose é a principal causa de morbimortalidade entre as doenças infecciosas em todo o mundo. Tem maior incidência nos pulmões, porém cerca de 10% dos casos são caracterizados como tuberculose extrapulmonar, TB geniturinária é um evento que acomete rins, ureteres, vesículas seminais, próstata, testículos, ducto deferente e epidídimo. O acometimento testicular isolado é incomum e o diagnóstico diferencial inclui tumor testicular, infecção aguda e infecção granulomatosa. Cerca de um sexto dos pacientes

com tuberculose pulmonar apresenta lesões em outros órgãos ou tecidos e, desses, 20% no trato urogenital.

**Objetivo:** Apresentar um relato de caso do Hospital Universitário de Londrina de manifestação testicular de tuberculose.

**Metodologia:** MO, 59 anos procedente de Cambé, PR, auxiliar de construção compareceu ao ambulatório de infectologia do Hospital Universitário de Londrina já em uso do esquema Ripe, que fora introduzido devido a quadro de dispneia progressiva, febre, mialgia havia dois meses e emagrecimento de 12 kg em seis meses. Apresentou como doenças prévias diabetes não insulino dependente e hipertensão arterial sistêmica, etilismo e tabagismo. Ao exame físico, murmúrio vesicular reduzido globalmente. Foi observado aumento testicular, à direita, de consistência pétre a à palpação. Os exames complementares mostraram prova tuberculínica com resultado reator (17 mm). As baciloscopias e culturas foram negativas. As sorologias foram não reagentes para HIV e sífilis. A USG de bolsa escrotal apresentou: epidídimos de difícil individualização, discreta hidrocele à esquerda, testículos de dimensões aumentadas, maior à direita, com parênquima difusamente heterogêneo e áreas hiperecogênicas de permeio, formações nodulares com áreas císticas de permeio, a maior media 2 cm no testículo direito, aumento do fluxo ao doppler colorido bilateralmente, com descontinuidade da túnica albugínea e imagem amorfa se estendendo para bolsa testicular e pele à direita. Durante a internação o paciente evoluiu com prurido, dor e presença de pústula em região escrotal, sem febre. Foi feita punção na flutuação para biópsia e microscopia, BAAR e cultura para bacilo de Koch e fungos, dos quais apenas o BAAR positivo.

**Discussão/conclusão:** Este caso refere-se a um paciente imunocompetente, que abriu quadro de aumento de volume testicular e posterior drenagem espontânea cerca de dois meses após apresentar quadro de tuberculose pulmonar, iniciado tratamento direcionado.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2018.10.267>

Área: HIV-AIDS/ISTS/HEPATITES

Sessão: CASOS CLÍNICOS

EP-206

#### ANEURISMA MICÓTICO EM ARTÉRIA AORTA SECUNDÁRIO A INFECÇÃO POR MICOBACTÉRIA NÃO TUBERCULOSA EM PACIENTE COM INFECÇÃO PELO HIV



Izadora Côrtes Cardoso, Andréa Beltrami Doltrario, Thais Trevisan, Iris Ricardo Rossin, Anna Christina Tojal, Fernando Crivelenti Vilar, Roberto Martinez

Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP), São Paulo, SP, Brasil

Data: 19/10/2018 - Sala: TV 9 - Horário: 13:37-13:42 - Forma de Apresentação: E-pôster (pôster eletrônico)

**Introdução:** Micobactérias não tuberculosas (MNTs) são micro-organismos encontrados no meio ambiente e considerados patógenos oportunistas, a infecção por determinadas

espécies pode cursar com acometimento pulmonar, cutâneo ou quadros disseminados. Pacientes imunocomprometidos podem ter apresentações pouco usuais da infecção por MNT.

**Objetivo:** Relatar apresentação atípica por micobactéria não tuberculosa em paciente HIV positivo, cursava com aneurisma micótico. Doença disseminada com baciloscopia positiva em fragmento de parede de artéria aorta e crescimento de MNT em cultura desse e sangue periférico.

**Metodologia:** Paciente do sexo feminino, 67 anos, com diagnóstico de infecção pelo HIV desde 2013, má adesão ao tratamento (contagem de CD4 de 50/mm<sup>3</sup> e carga viral de 80.995 cópias/ml), interna para investigação de dor crônica em quadril e síndrome consumptiva havia dois meses. Tomografia computadorizada de tórax evidenciou opacidades pulmonares que esboçavam nódulos bilateralmente. Tomografia computadorizada de abdômen demonstrou aneurisma de aorta infrarrenal com foco de ulceração e extravasamento de contraste em sua porção trombosada com suspeita de aneurisma micótico; além de ascite e linfonomegalia peri-aórtica. Devido à hipótese de aneurisma secundário a infecção intra-abdominal, iniciada antibioticoterapia empírica com ciprofloxacino e claritromicina para cobertura de MNT. Feita aneurismectomia com coleta de material para análise. Estudo de fragmento de parede da artéria aorta revelou baciloscopia e cultura positivas para MNT. Optou-se pela manutenção da cobertura previamente instituída. No 4º pós-operatório evoluiu com choque circulatório e distensão abdominal, com indicação de laparotomia de emergência, a qual evidenciou conteúdo entérico em cavidade abdominal e duas úlceras gástricas perfuradas, que foram rafiadas. Paciente evoluiu de forma desfavorável apesar de progressão para antibioticoterapia de amplo espectro e cuidados intensivos, com óbito após sete dias da última abordagem cirúrgica.

**Discussão/conclusão:** Entre as diversas apresentações atípicas de infecção por MNT em pacientes HIV positivos, com contagem de linfócitos TCD4 baixa (ex: sinusopatia, derrame pericárdico, artrite séptica), deve-se incluir formação de aneurisma micótico.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2018.10.268>

Área: ANTIMICROBIANOS/INFECTOLOGIA CLÍNICA

Sessão: CASOS CLÍNICOS

EP-207

### INFECÇÃO PULMONAR POR MICOBACTÉRIA NÃO TUBERCULOSA EM PACIENTE IMUNOCOMPETENTE

Pedro Rodrigues de Carvalho<sup>a,b</sup>, Ana Laura Batista Guimarães<sup>a,b</sup>, Jessica Alves Vasselo<sup>a,b</sup>, Thaísa Bonardi<sup>a,b</sup>, Marcelo Geneviva Macchione<sup>a,b</sup>

<sup>a</sup> Centro Universitário Padre Albino (Unifipa), Catanduva, SP, Brasil

<sup>b</sup> Faculdade de Medicina de Catanduva (Fameca), Catanduva, SP, Brasil

Data: 19/10/2018 - Sala: TV 9 - Horário: 13:44-13:49 - Forma de Apresentação: E-pôster (pôster eletrônico)

**Introdução:** As micobactérias não tuberculosas (MNT) são classificadas de acordo com a sua velocidade de crescimento: lenta ou rápida. As micobactérias de crescimento rápido (MCR) podem ser das espécies *M. abscessus*, *M. chelonae* e *M. fortuitum*. O patógeno humano mais importante é o *M. abscessus*, responsável por 80% dos casos de infecção pulmonar entre as MCR. O diagnóstico de infecção por MCR é importante para distinção de MCR de *M. tuberculosis*, já que a tuberculose (TB) requer rastreamento de saúde pública e tem tratamento diferente.

**Objetivo:** Relatar caso clínico de uma paciente imunocompetente portadora de micobacteriose não tuberculosa.

**Metodologia:** Paciente, 55 anos, enfermeira, procurou atendimento em 06/09/2017, referiu tosse com expectoração mucoide havia um mês, sem hemoptise. Negou febre e emagrecimento. Sem história de imunodeficiência congênita ou adquirida, doença pulmonar de base e procedimentos cirúrgicos recentes. Negou tabagismo. Diante disso, solicitou-se raios X de tórax, que demonstrou a presença de opacidade heterogênea no lobo superior direito. Foi feita tomografia de tórax, que demonstrou a presença de nódulos acinares e centrolobulares com aspecto de árvore em brotamento, além de lesões escavadas no segmento apical direito. Diante da possibilidade de TB, a paciente foi orientada a coletar escarro para baciloscopia. Durante segunda consulta, mantinha tosse seca e encontrava-se em bom estado geral. Trouxe o resultado das três baciloscopias solicitadas, todas positivas. Diante desse diagnóstico presuntivo de tuberculose pulmonar, iniciou-se o tratamento com esquema Ripe enquanto aguardávamos o resultado do PCR e da cultura. Em 18/10/2017, retornou para reavaliação. O resultado do PCR não detectou DNA para *M. tuberculosis*. As cinco amostras enviadas para cultura foram positivas para MNT. A espécie identificada foi a *Micobacterium abscessus abscessus*. Diante disso, solicitou-se teste de sensibilidade aos antimicrobianos, que evidenciou sensibilidade bacteriana à claritromicina e amicacina, iniciou-se tratamento.

**Discussão/conclusão:** Os fatores predisponentes para as infecções pulmonares causadas por MCR incluem feridas cirúrgicas recentes, doença esofágica, malignidade, doença pulmonar subjacente, principalmente bronquiectasias, e doenças reumatológicas. Uma das características clínicas da doença é o acometimento pulmonar bilateral. A paciente, no entanto, não apresentava qualquer dessas condições, evidenciou-se a particularidade do caso.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2018.10.269>

