

examinados os indivíduos que moram no mesmo domicílio que o doente ou que tiveram contato em outros locais, como no trabalho.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2021.101989>

EP 254

RARA ASSOCIAÇÃO ENTRE TUBERCULOSE E PIODERMA GANGRENOSO: UM RELATO DE CASO

Juliana Cavadas Teixeira ^a,
Diego Augusto Medeiros Santos ^a,
Tiago Azambuja ^a, Rafael Masiero ^b,
Maria Felipe Medeiros ^a,
Vítor Falcão de Oliveira ^a, Julia Ferreira Mari ^a,
Lara Silva Pereira Guimarães ^a,
Ronaldo Cesar Borges Gryschek ^a

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

^b Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo (FMUSP), São Paulo, SP, Brasil

Pioderma gangrenoso é uma dermatose neutrofílica não infecciosa, rara, de etiologia ainda desconhecida. Está descrita a associação desta condição com doenças inflamatórias intestinais e neoplasias, mas sua associação com doenças infecciosas, em especial a tuberculose, ainda é incerta. Descreve-se um caso de um homem de 44 anos, com passado de tuberculose disseminada há 20 anos (ganglionar, neurológica e miliar) e surgimento há quatro meses da admissão de adenopatia cervical fistulizante, dispneia, disfagia de condução, perda ponderal de 10 kg, além de febre e sudorese noturna. Também, há duas semanas, surgimento de nódulo em face anterior de perna esquerda, doloroso, que evoluiu com ulceração rápida e progressiva. Exame de tomografia computadorizada mostrou massa heterogênea e infiltrativa cervical e micronódulos pulmonares centrolobulares em “árvore em brotamento”. Apresentou teste molecular (PCR) para *Mycobacterium tuberculosis* positivo em biópsia de lesão cervical. Sorologias para HIV, sífilis e hepatites B e C foram negativas, eletroforese de proteínas normal e nasofibrosopia sem lesões neoplásicas suspeitas. No exame histopatológico da lesão da perna foi identificado infiltrado neutrofílico, sugestivo de pioderma gangrenoso. Observou-se o fenômeno de patergia, com aumento da lesão, após realização da biópsia e manipulação da pele para limpeza da lesão, como observado em casos de pioderma gangrenoso. Iniciada terapia com Rifampicina, Isoniazida, Pirazinamida e Etambutol, além de Dapsone e Prednisona, com posterior substituição de Dapsone por Ciclosporina, com resolução da lesão cervical e quase totalidade das lesões em perna esquerda. O pioderma gangrenoso costuma-se apresentar como um nódulo profundo doloroso, que evolui para lesão ulcerada, irregular e elevada, violácea, de base necrótica purulenta, mais comum em membros inferiores. É uma condição frequentemente associada a doenças sistêmicas subjacentes, sendo menos de

uma dúzia de casos reportados na literatura descrevendo concomitância dessa condição com a tuberculose. Este caso reforça a possibilidade de associação entre essas duas patologias, corroborando a importância da investigação desta relação em estudos futuros.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2021.101990>

EP 255

SÍNDROME DE LEPIN-FROIN: RELATO DE UM CASO EM PACIENTE INTERNADO NUM SERVIÇO DE REFERÊNCIA DE HIV/AIDS NA CIDADE DE SÃO PAULO

Mateus Etori Cardoso,
Leidiane Pereira Sequeira,
Evelyn Barbosa Henrique,
Claudia Afonso Binelli

CRT-SP, São Bernardo do Campo, SP, Brasil

A síndrome de Lepine-Froin (SLF) é a combinação de líquido cefalorraquidiano (LCR) xantocrômico e hiperproteico. O fenômeno foi descrito pela primeira vez em 1910 após uma punção lombar em um paciente com um tumor da medula espinhal. Acredita-se que a fisiopatologia seja devido a processos que afetam o fluxo normal do LCR que resulta em hiperproteinose e hipercoagulação. A prevalência da SLF ainda não foi relatada. Mulher, 43 anos, natural de Flores (Pernambuco), procurou serviço de referência em HIV-Aids de São Paulo por apresentar febre há 02 meses, disfagia, perda ponderal e confusão mental. Evoluiu com perda de força e vômito. Seu diagnóstico de HIV era conhecido há 11 anos, e abandonou tratamento há 6 anos. No mês anterior tratou pneumocistose empiricamente devido quadro de dispneia (usou medicação 10 dias). Na admissão: paciente confusa, desorientada no tempo e espaço, com rigidez de nuca, tremores de extremidades, eupneica em ar ambiente. Seu LCR fortemente xantocrômico, com viscosidade aumentada, cujo resultado foi 126 leucócitos (86% linfócitos, 12% neutrófilos e 2% monócitos), proteínas 2.7 g e cultura para complexo *M.tuberculosis* positiva. Iniciado tratamento para Neurotuberculose com Rifampicina, Isoniazida, Pirazinamida e Etambutol e corticoide. Realizou Tomografia Computadorizada (TC) de Tórax com imagens de micronódulos difusos em parênquima pulmonar e vidro fosco periférico, predominante em bases, com algumas consolidações. Solicitada pesquisa para SARS-CoV-2, e transferência hospital de referência. No outro serviço, solicitados exames de imagem que mostraram abaulamento disciais simétricos com compressão do saco dural, sem repercussão radicular. No crânio: imagem sugestiva de infarto lacunar associada a discreta dilatação do sistema ventricular, sem sinais de hipertensão. Avaliada pela Neurologia, descrito que o quadro típico de neurotuberculose, porém não afastaram Neurotoxoplasmose. Iniciado tratamento com Sulfametoxazol-Trimetopim. Retornou nosso serviço, sendo reavaliada pela Neurologia, agora de nosso serviço. Ao exame apresentou Kernig e Brudzinsky presentes, associado a paraparesia crural com força muscular grau III e redução de