

## MICOBACTÉRIA NÃO TUBERCULOSA COM VIRAGEM DE IGRA: UM RELATO DE CASO

*Carolina Vasconcelos Novaes<sup>3</sup>; Alessandro Severo Alves de Melo<sup>3</sup>; Walter Costa<sup>2</sup>; Eduardo Ferreira Ayub Santos<sup>3</sup>; Bianca Alves de Oliveira<sup>3</sup>; Luiz Cláudio Lazzarini de Oliveira<sup>1</sup>; Emanuela Queiroz Bellan<sup>3</sup>; Audry Cristina de Fátima Teixeira Machado<sup>4</sup>;*

*1. Instituto de Doenças do Tórax (IDT - UFRJ); 2. Instituto Estadual de Doenças do Tórax Ary Parreiras (IETAP); 3. Universidade Federal Fluminense; 4. Universidade Federal Fluminense/ FMS-Niterói;*

Autor principal: Carolina Vasconcelos Novaes

**INTRODUÇÃO** Micobactérias não tuberculosas (MNT) compreendem espécies ambientais e patogênicas associadas a doenças pulmonares de elevada morbimortalidade. O aumento global de casos relaciona-se à melhora diagnóstica, ao envelhecimento populacional, ao uso de drogas e às doenças imunossupressoras. No Brasil, 2.731 casos de MNT foram registrados entre 2013 e 2019, sobretudo no Sudeste, mesmo não sendo de notificação compulsória. **RELATO DE CASO** Homem, 53 anos, pós-graduado, residente em Icaraí, Niterói-RJ. Iniciou tosse seca, febre e prostração 21 dias após segunda dose de golimumabe para retocolite ulcerativa (RCU). Realizou investigação prévia para infecção latente por tuberculose (ILT): tomografia de tórax (TC) normal e dois testes de liberação de interferon-gama (IGRA) negativos, um antes do corticoide e mesalazina e outro antes do imunobiológico. Nova TC de tórax: opacidade alongada peribrônquica de 2,8 x 2,1cm, densidade de partes moles e realce pelo contraste, opacidades em vidro fosco em segmento superior do lobo inferior (LI) direito (D) e opacidades centrolobulares agrupadas, tipo árvore em brotamento, nos segmentos 9 e 10 do LIE, linfonodomegalias subcarinal, paratraqueal, mediastinal e hilar D. Novo IGRA: positivo. Sorologias para aspergillus, paracoco, histoplasma e cryptococcus negativas. Submetido à broncoscopia com ultrassom endobrônquico, biópsia e lavado broncoalveolar (LBA). Bacterioscopia e cultura para germes comuns, exame direto e cultura para fungos, baciloscopia e galactomanana no LBA negativos. Xpert MTB/RIF Utra® não detectável e citologia negativa para malignidade. Citológico e histopatológico dos linfonodos e da lesão em segmento 6 do LID negativos para malignidade, ausência de granulomas. Colorações especiais de PAS, Grocott e Ziehl-Neelsen negativas. Iniciado tratamento para tuberculose (TB). Após 45 dias, cultura positiva para MNT, *Mycobacterium fortuitum* no LBA. Teste de sensibilidade realizado. Instituída terapia com amicacina, claritromicina e moxifloxacina em ambulatório terciário por 18 meses. Em junho de 2024, ao término do tratamento, paciente evoluiu com recuperação clínica completa. Na TC de tórax: opacidades ausentes e redução significativa das linfonodomegalias. Em 2025, sem evidência clínica e tomográfica de doença em atividade, remissão da RCU em uso vedolizumabe (anti-integrina). **DISCUSSÃO** O IGRA não deve ser utilizado como ferramenta diagnóstica para TB ativa ou MNT. Trata-se de um teste destinado ao diagnóstico da ILTB. No entanto, em situações específicas e criteriosamente selecionadas, sob avaliação do especialista, o IGRA pode auxiliar na investigação de TB doença, desde que seu resultado seja interpretado em correlação com exames de imagem, laboratoriais e contexto clínico-epidemiológico, especialmente nos pacientes em uso de imunomoduladores. O QuantiFERON-TB Gold Plus® não apresenta reação cruzada com *M. fortuitum*, pois essa espécie não expressa os antígenos ESAT-6 e CFP-10. Portanto, o IGRA é um teste altamente específico para *Mycobacterium tuberculosis*, fortalecendo a hipótese de infecção recente por TB no caso relatado. O

paciente foi tratado para TB e MNT. Inibidores do fator de necrose tumoral alfa (antiTNF- $\alpha$ ) estão associados a um risco significativamente aumentado de adoecimento por TB e MNT. As MNT exigem tratamento extenso, por 18 meses e com possíveis reações adversas importantes. A escolha do imunobiológico deveria ser pautada na análise criteriosa do perfil epidemiológico local, especialmente em regiões com alta incidência de TB ou MNT. Nesses cenários, o uso de antiTNF- $\alpha$  poderia ser evitado, uma vez que a duração prolongada dessa terapia acarreta maior suscetibilidade à infecção ao longo do curso terapêutico. Tal precaução torna-se ainda mais relevante diante da disponibilidade atual de imunobiológicos que não comprometem de forma significativa a imunidade contra micobactérias. Essa estratégia poderia contribuir para mitigar o risco de infecção por TB ou MNT.

**Palavras-chave:** MICOBACTÉRIA NÃO TUBERCULOSA, teste de Liberação de Interferon-gama, TUBERCULOSE, IMUNOBIOLÓGICO, INFECÇÃO LATENTE.