
INFECÇÕES EM IMUNOSSUPRIMIDOS NÃO AIDS

249. ESCABIOSE NORUEGUESA EM PACIENTE PORTADOR DE HANSENÍASE

João Victor Costa Barreto Brígido^a, Jader Freire Sobral Filho^a, Vinícius José Fernandes Dias^b

^a Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, PB, Brasil

^b UNICHRISTUS, Fortaleza, CE, Brasil

Objetivos: A sarna crostosa ou sarna norueguesa é uma forma rara e grave de infecção pelo *Sarcoptes scabiei var. hominis*, caracterizada por intensa infestação, com grande número de parasitas na pele. É observada em pacientes com alterações da resposta imune mediada por células. Ela pode ocorrer durante o tratamento da hanseníase reacional, já que este pode deixar o paciente imunossuprimido, devido ao uso de corticoide. Os aspectos clínicos da sarna norueguesa são de lesões crostosas, espessas e escamosas, de coloração acinzentada, que atingem principalmente as regiões palmares, plantares, subungueais e couro cabeludo. A dermatoscopia é o método de escolha no diagnóstico dessa parasitose. Os autores do presente estudo relatam o raro caso de um paciente com sarna norueguesa e hanseníase. **Material e métodos:** Relato do caso de um paciente do sexo masculino, 41 anos, branco, solteiro, aposentado por invalidez e procedente do município de Logradouro – Paraíba (PB), que deu entrada no Hospital Universitário Lauro Wanderley (João Pessoa – PB) com queixa de eritema e descamação da pele há cerca de 10 dias, com posterior disseminação para outras áreas do corpo. O paciente estava em tratamento por hanseníase há um ano e vinha em desmame de prednisona. Não soube informar sobre antecedentes de imunização ativa e doenças da infância. Negou diabetes *mellitus*, hipertensão arterial sistêmica, tuberculose e neoplasias malignas, referindo apenas artropatia em coluna vertebral. Ao exame físico, detectaram-se lesões eritematosas,

descamativas e disseminadas pelo tegumento, mais acentuadas em face posterior das grandes articulações. O hemograma, bioquímica, raio-x de tórax, sumário de urina, parasitológico de fezes e o exame anti-HIV ELISA não tiveram alterações. **Resultados:** O diagnóstico de sarna norueguesa foi confirmado pela dermatoscopia e exame com fita durex, com visualização do ácaro *Sarcoptes scabiei var. hominis* à microscopia óptica. **Discussão:** Como tratamento, prescreveu-se Tramal® (cloridrato de tramadol) para tratar a dor nas articulações, e ivermectina via oral, dois comprimidos por três dias, associada à monossulfiram em diluição um para um, durante três dias, por partes do corpo acometido, para tratar a sarna norueguesa. **Conclusão:** Apesar de rara, a sarna crostosa pode se manifestar em pacientes com hanseníase, cabendo ao dermatologista suspeitar da mesma quando há descamação de pele e eritema em indivíduos imunossuprimidos.

250. INFECÇÃO POR HIV EM PACIENTES PREVIAMENTE TRANSPLANTADOS RENAIIS

Milene Abreu Mazzolin^a, Daniel Wagner Santos^b, Marina Pontello Cristelli^a

^a Hospital do Rim e Hipertensão, São Paulo, SP, Brasil

^b Instituto de Infectologia Emílio Ribas, São Paulo, SP, Brasil

O transplante de órgão sólido constitui-se na terapêutica de substituição de órgãos de menor morbidade para os portadores de falência orgânica crônica. A sobrevida dos pacientes submetidos ao transplante de órgãos, em especial de rim, aumentou ao longo dos anos. Dados da Associação Brasileira de Transplante de Órgãos (ABTO) mostram uma sobrevida de 99% dos pacientes que receberam transplante renal de doador vivo e uma sobrevida do enxerto de 89% nos transplantados de rim com doadores falecidos. Este avanço no cenário dos transplantados de órgãos permitiu maior sobrevida dos pacientes ao longo das décadas, e uma melhora importante na qualidade de vida dessa população. A maior sobrevida desses pacientes, que possuem uma deficiência imunológica medicamentosa importante, pode acarretar em complicações ao longo dos anos, como por exemplo, as infecciosas, agudas ou crônicas. Neste estudo descrevemos o caso de três pacientes transplantados renais no Hospital do Rim e Hipertensão/UNIFESP que apresentaram no pós-operatório tardio (maior ou igual a sete anos) infecção por citomegalovírus (CMV) e candidíase oral, sem terem sido submetidos a mudança de imunossupressão, terapia antirrejeição ou qualquer outro motivo que justificasse esses sinais de imunossupressão grave. Durante a investigação de uma segunda causa de imunossupressão, esses pacientes foram submetidos à sorologia para HIV, que resultou positiva nos três casos. Estudos atuais de prevalência da infecção pelo HIV em populações transplantadas não são comuns. Grande parte do conhecimento do binômio HIV-transplante surgiu de estudos em que os pacientes sabidamente portadores do HIV foram submetidos ao transplante de órgãos, porém não encontramos publicações sobre o paciente transplantado que adquire infecção por HIV posteriormente. Esse estudo nos mostra que na investigação de imunossupressão tardia não justificada em transplantados de órgãos sólidos, a pesquisa de HIV deve ser considerada.

251. FATORES ASSOCIADOS À INCIDÊNCIA DE CITOMEGALOVÍRUS HUMANO (CMVH) E DESFECHO CLÍNICO EM RECEPTORES DE TRANSPLANTE CARDÍACO: PRÉ E PÓS IMPLEMENTAÇÃO DE ESTRATÉGIA DE TERAPIA PREEMPTIVA

Paula Fernanda Gomes Telles, Mariangela Ribeiro Resende, Orlando Petrucci, Sandra Cecilia Botelho Costa, Carlos Fernando Ramos Lavagnoli, Sandra Helena Alves Bonon, Luis Felipe Bachur

Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Campinas, SP, Brasil

Objetivos: Avaliar a frequência da doença e infecção ativa pelo citomegalovírus humano (HCMV), em receptores de transplante cardíaco (RTC), os fatores associados e o desfecho clínico pré e pós-implementação de estratégia de terapia preemptiva com ganciclovir (TP). **População e métodos:** Estudo retrospectivo, com inclusão de 50 RTC, de 01/08/1998 a 31/05/2013 em um Hospital de referência. Variáveis demográficas,

clínicas, sorológicas pré-transplante, antigenemia pp65 (Agpp65) e o desfecho clínico foram avaliadas em dois períodos: P1 até 28/02/2012, no qual o diagnóstico do HCMV, bem como a introdução da terapêutica específica, foram baseados na apresentação clínica e Agpp65 positiva e P2 após 28/02/2012, quando foi iniciada a monitorização sistemática semanal pós-transplante com Agpp65, e TP com duas Agpp65 ≥ 5 células/100.000 leucócitos. Definições para HCMV segundo a American Society of Transplantation (2006). Variáveis categóricas foram analisadas pelo teste exato de Fischer e as contínuas pelo teste t. **Resultados:** Dentre os 50 RTC, a mediana de idade foi 47 anos, sendo 70% do gênero masculino. HCMV-IgG foi reagente (R+) em 100% dos receptores e em 44% dos doadores (D+) com sorologia conhecida. Infecção ativa e doença, independente do período, foram detectadas em 12 (24%) e 6 (12%) pacientes, respectivamente: 8 em D+/R+, 2 em D-/R+ e 8 em R+ (D sorologia ignorada). A incidência de infecção ativa/doença por HCMV foi 15,1% e 76,4%, pré (P1) e pós-TP (P2), respectivamente. A mediana da antigenemia no diagnóstico foi de 190 e 17 células/100.000 leucócitos e o tempo médio de detecção de 7 e 8 semanas, no P1 e P2, respectivamente. Os desfechos foram: cura em 12 (66,7%), recidiva em 4 (22,2%), e óbito, em 2 (11,1%) casos. Não houve diferença nos desfechos entre P1 e P2 ($p = 0,618$). Na análise univariada, foram associados à maior incidência de HCMV: a idade do receptor, 49,5 \times 43,5 anos ($p = 0,049$); D+ ($p = 0,004$) e outras infecções associadas ($p < 0,001$). Na multivariada o fator D+ foi independentemente associado ao desenvolvimento de HCMV em RTC ($p = 0,027$). Entre os pacientes com HCMV, a rejeição foi mais frequente ($p = 0,007$). **Discussão:** Após a implementação da estratégia de monitorização sistemática e TP em RTC houve um incremento significativo no diagnóstico e tratamento de HCMV. Tem sido demonstrado risco de infecção ativa/doença por HCMV, variável de 9 a 35%, entre RTC. Nesta coorte, devido ao tamanho da amostra não foi possível demonstrar o impacto da TP no desfecho clínico. No presente estudo, o fator D+ foi associado à infecção/doença ativa, questão que merece análise de custo-efetividade. **Conclusão:** A incidência de infecção ativa pós-RTC foi elevada, o status sorológico do doador foi associado ao maior risco de adoecimento, reiterando as recomendações internacionais. O desfecho clínico foi semelhante em ambos os períodos, embora na avaliação global a presença de rejeição tenha sido mais frequente entre os RTC que apresentaram HCMV.

252. SÍNDROME INFLAMATÓRIA DE RECONSTITUIÇÃO IMUNE APÓS TRATAMENTO DE NEUROCRÍPTOCOCOSE EM TRANSPLANTADO RENAL

Milene Abreu Mazzolin, Marina Pontello Cristelli, Laila Viana, Melissa Gaspar Tavares

Hospital do Rim e Hipertensão, São Paulo, SP, Brasil

Introdução: Criptococose é a segunda causa de infecção fúngica invasiva no transplante renal (incidência 0,4 a 5,5%). A mortalidade associada é variável (27 a 50%), e maior nos casos de acometimento de sistema nervoso central. O tratamento consiste em anfotericina associada à flucitosina e diminuição/suspensão da imunossupressão. Uma das consequências dessa estratégia é síndrome inflamatória da reconstituição imune (SIRI), com piora dos sinais e sintomas da infecção após recuperação da imunidade. **Relato de caso:** Paciente de 56 anos, masculino, transplantado com doador falecido há 12 anos, em uso de tacrolimo (TAC), prednisona (PRED) e micofenolato (MF), internado por cefaleia holocraniana e febre há 2 dias da admissão. Diagnóstico de neurocriptococose por antígeno criptocócico (1/128) e cultura positiva para *Cryptococcus neoformans* no líquido (LCR). Tratado com anfotericina por 28 dias e flucitosina por 14 dias. Suspensa imunossupressão, mantido PRED 20 mg/dia. Após cultura negativa, alta médica com fluconazol. Três meses após alta, readmitido com sintomas de hipertensão intracraniana. LCR normal, exceto pressão de abertura de 24 cm H₂O; antígeno criptocócico baixo (1/1). Mesmo assim, reintroduzidos antifúngicos iniciais, sob hipótese de falha de tratamento. Após resultado de culturas negativas, suspenso esquema e reintroduzido fluconazol para consolidação. Após medidas suportivas, paciente obteve melhora completa do quadro. 96 titivas culturas negativas. **Discussão:** A defesa do hospedeiro contra criptococose depende da resposta imunológica tipo TH1 e produção de citocinas inflamatórias. O desbalanço imunológico em favor da resposta TH2 é preditor de doença pelo criptococo. Pacientes em uso de FK/PRED/MF são mais susceptíveis, uma

vez que esse esquema inibe a resposta TH1. Com a suspensão da imunossupressão durante o tratamento, há reversão da resposta TH2 em TH1, e possibilidade de ocorrência da SIRS. Estima-se que 5 a 11% dos pacientes possam desenvolvê-la, geralmente entre 4 e 6 semanas após o início da terapia. Culturas negativas, baixa titulação de antígeno específico e piora dos sintomas na vigência de tratamento são compatíveis com SIRS. Não há tratamento específico, há relatos de melhora espontânea ou uso de corticoide em casos graves. **Conclusão:** SIRS é uma complicação possível em quadros graves de criptococose quando houver suspensão da imunossupressão. Sua ocorrência deve ser suspeitada, uma vez que implica em conduta divergente em relação aos casos de falha terapêutica.

253. DENGUE EM RECEPTORES DE TRANSPLANTE RENAL: AVALIAÇÃO DE 11 CASOS

Cassia Fernanda Estofolete, Vitor Dantas Muniz, Gabriela Rodrigues de Souza, Ida Maria Maximina Fernandes Charpiot, Horácio José Ramalho, Maurício Lacerda Nogueira, Mario Abbud Filho

Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP), São José do Rio Preto, SP, Brasil

Objetivo: Caracterização clínica de 11 receptores de transplante renal (RTx) com diagnóstico de infecção pelo vírus da Dengue (DENV). **Metodologia:** Análise retrospectiva de 306 prontuários de pacientes transplantados renais do serviço de Transplante Renal do Hospital de Base de São José do Rio Preto, com identificação de casos de infecção por DENV, delineamento clínico, no período de janeiro de 2010 a junho de 2013, e revisão bibliográfica nas bases SciELO, PubMed e MEDLINE. **Resultados:** Foram diagnosticados 11 RTx com Dengue, 2 casos em 2010 e 9 casos em 2013. A média de idade foi de 44 +/- 6 anos. Dez RTx estavam em uso de terapia imunossupressora. O diagnóstico foi definido pela positividade para Dengue por RT-PCR (n = 3), sorologia IgM (n = 3), detecção de antígeno NS1 (n = 1) apenas ou positividade em mais de um método (n = 4). Os sorotipos identificados foram DENV1 (n = 6) e DENV2 (n = 1). O período de viremia variou de 3 a 28 dias. Febre (n = 8) e mialgia (n = 8) foram as principais queixas clínicas relatadas; leucopenia (n = 8) e plaquetopenia (n = 8), os principais achados laboratoriais. Todos pacientes necessitaram de internação hospitalar (UTI n = 1). Disfunção renal aguda ocorreu em 10/11, com um caso de indicação de hemodiálise. Coinfecção por CMV foi observada em 2 pacientes. Um paciente apresentou febre hemorrágica da dengue (FHD), evoluindo para óbito por síndrome do choque da dengue (SCD). **Discussão:** A maioria das infecções pelo DENV produz sintomas inespecíficos leves. Notoriamente manifestações severas como FHD ou SCD ocorrem em somente 1% dos casos, com mortalidade de cerca de 10%. Usualmente, pacientes imunocomprometidos têm viremia prolongada, resposta imune humoral e celular reduzida e probabilidade aumentada de doença viral severa. Contudo, sabe-se que a resposta imune intacta é necessária para que FHD ou SCD ocorram, através de mecanismos de aprimoramento dependente de anticorpos. Consequentemente, pacientes transplantados renais devem ter menor risco de desenvolver formas graves de doença, pois são imunossuprimidos. **Conclusão:** Ainda são escassos os dados de apresentação clínica da infecção por DENV em RTx. Nessa série analisada os dados corroboram a literatura, devendo ser a infecção pelo DENV parte do diagnóstico diferencial de síndrome febril nessa população, especialmente em regiões endêmicas.

254. INFLUÊNCIA DA TUBERCULOSE NA SOBREVIVÊNCIA DO ENXERTO APÓS TRANSPLANTE RENAL

Guilherme Santoro Lopes, Alberto dos Santos de Lemos, Maria Armanda Monteiro da Silva Vieira, Márcia Halpern, Marcos Andre Alves da Rosa Santos, Renato Torres Gonçalves

Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Objetivo: A tuberculose é uma das principais infecções oportunistas após transplante renal no Brasil, tendo sido associada a elevadas mortalidade e morbidade. Todavia, estudos que analisaram a influência da TB na sobrevivência do enxerto renal apresentaram resultados contraditórios. O objetivo deste estudo foi o de estimar o impacto da ocorrência de tuberculose sobre o risco de falência do enxerto renal. **Métodos:** Estudo retrospectivo de

coorte. A associação entre tuberculose e outras covariáveis estudadas e o risco de falência de enxerto renal foi analisada em modelos univariados e multivariados de Cox. Nestas análises, os pacientes que faleceram com enxerto funcional tiveram seu seguimento censurado na data do óbito. Tuberculose e rejeição aguda foram modeladas como variáveis tempo-dependentes. **Resultados:** Um total de 535 pacientes consecutivamente submetidos a transplante renal foi incluído no estudo. Houve 20 casos de tuberculose (4%), após um tempo mediano de seguimento de 58 meses. Na análise univariada, a ocorrência de tuberculose associou-se a maior risco de falência do enxerto (hazard ratio [HR] = 3,20, p = 0,02). Outras variáveis que se associaram significativamente ao risco de falência de enxerto na análise univariada incluíram: a rejeição aguda (HR = 2,05; p = 0,001), o doador falecido (HR = 1,59; p = 0,03); o tempo prévio em diálise (HR = 1,006; p = 0,003) e o uso de sirolimo (p = 1,85; p = 0,05). Na análise multivariada, a ocorrência de tuberculose (HR = 2,92; p = 0,04); de rejeição aguda (HR = 2,98; p = 0,001), e o tempo prévio em diálise (HR = 1,005; p = 0,015) associaram-se a maior risco de falência do enxerto. **Discussão e conclusão:** Nesta coorte, a ocorrência de tuberculose associou-se independentemente a maior risco de falência do enxerto renal.

255. DIAGNÓSTICO DE ESTRONGILOIDÍASE GÁSTRICA MACIÇA EM PACIENTE PORTADOR DE HANSENÍASE WIRSHOVIANA E REAÇÃO HANSÊNICA TIPO II. RELATO DE CASO

Rafaela Ferreira Silva, Danilo Costa Duarte, Adriano Penha Pinto, Daphne Nicoletti, Roberto Franzini Junior, Marco Cunha Freitas

Hospital Pitangueiras, Jundiá, SP, Brasil

Objetivos: Descreve-se um caso de estrogiloidíase gástrica numa paciente adulta, com antecedente de Hanseníase wirschowiana já tratada anteriormente há 4 anos, em uso de prednisona 25 mg e cloroquina 300 mg ao dia por reação Hansênica tipo II, que evoluiu para quadro de vômitos incoercíveis, refratários ao tratamento convencional. Realizou endoscopia digestiva que mostrou em exame anatomopatológico larvas de *Estrongiloides stercoralis* em toda a mucosa gástrica. **Materiais e métodos:** Revisão retrospectiva de prontuário médico. **Discussão:** A dificuldade imposta pelos órgãos públicos para a dispensação de Talidomida em mulheres em idade reprodutiva leva muitas vezes os portadores de hanseníase com reação tipo II a utilizarem prednisona por tempo prolongado, expondo os mesmos aos potenciais efeitos de tal droga. **Conclusão:** Pacientes com previsão de uso prolongado de corticosteroide devem sempre ser avaliados quanto à possibilidade de profilaxia medicamentosa de diversas apresentações de estrogiloidíase disseminada.

256. EFICÁCIA DA TERAPIA DE SELO ANTIMICROBIANO NO TRATAMENTO DE INFECÇÕES RELACIONADAS A CATETERES DE LONGA PERMANÊNCIA EM PACIENTES COM CÂNCER

Karim Y. Ibrahim, Tamara Ferretti, Maristela Pinheiro Freire, Lígia C. Pierrotti, Antonio E. Zerati, Joaquim M. Mota-Leal-Filho, Paulo M. Hoff, Edson Abdala

Instituto do Câncer do Estado de São Paulo da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FM-USP), São Paulo, SP, Brasil

Os cateteres de longa permanência (CLP) são dispositivos essenciais na terapia oncológica. Apesar das taxas de infecção relacionadas a esses dispositivos serem menores quando comparadas aos CVC de curta permanência, essas infecções são associadas a elevada morbimortalidade. A terapia de selo antimicrobiano (TSA) associada à antibioticoterapia sistêmica para as infecções relacionadas a CLP (IRCLP) tem como objetivo preservar o CLP, sem reduzir a eficácia do tratamento. Apesar de amplamente utilizada, a TSA é pouco descrita na população oncológica, e sua indicação é controversa, principalmente em infecções causadas por bacilos Gram-negativos não fermentadores (BGNNF). O objetivo deste estudo é descrever a terapia das IRCLP e identificar os fatores relacionados à falha ou recidiva dessas infecções. Foram avaliadas todas as IRCLP que ocorreram no ICESP no período de janeiro de 2009 a dezembro de 2012. Foram excluídos os pacientes que evoluíram para óbito com menos de 72 horas de terapia eficaz ou que foram transferidos

para outro serviço com menos de 14 dias do diagnóstico da IRCLP. A identificação das IRCLP foi realizada por vigilância prospectiva nas unidades de internação, relatório de microbiologia e relatórios cirúrgicos de inserção e retirada dos cateteres. Foram utilizados os critérios diagnósticos definidos pelo Infection Diseases Society of America. Foi definida como falha terapêutica a manutenção de cultura positiva por mais 72h de terapia eficaz sem evidência de complicação da infecção ou óbito durante o tratamento. Recidiva foi definida como nova cultura relacionada ao CVC com o mesmo microrganismo isolado com mesmo perfil de sensibilidade durante o período de estudo. As contraindicações para TSA foram infecções por *S. aureus* e *Candida spp.*, instabilidade hemodinâmica, evidência de complicação da IRCLP (endocardite, endoftalmite, trombose séptica e osteomielite) e ausência de fluxo ou refluxo do CLP. No período, foram identificadas 193 IRCLP, em 172 pacientes. 14 pacientes foram excluídos por óbito em menos de 48 horas de tratamento. Foram avaliados 179 IRCLP. Oitenta e três (46%) apresentavam neoplasia onco-hematológica e 84 (47%) estavam neutropênicos durante a IRCLP. Entre os agentes, 12 (7%) foram *Candida spp.*, 33 (18%) BGNNF e 33 (18%) *S. aureus*. No total, 148 (85%) foram tratados apenas com antibiótico sistêmico, 81 (42%) retiraram o CLP e 44 (25%) realizaram TSA e antibiótico sistêmico. Foram identificadas cinco complicações (3 endocardites, 1 espondilodiscite e 1 osteomielite); em 42 (23%) casos foi considerada falha da terapia inicial, e em 21 (12%) casos ocorreu recidiva; 16 (9%) pacientes morreram durante o tratamento. Os fatores protetores de falha/recidiva foram TSA ($p = 0,04$, OR 0,43, IC 0,19-0,95) e infecção de túnel ($p = 0,07$, OR 0,24, IC 0,05-1,13). As IRCLP são de difícil tratamento e relacionadas a graves complicações infecciosas. A terapia de selo antimicrobiano é eficaz em melhorar a resposta ao tratamento dessas infecções.

257. ABSCESSO HEPÁTICO POR GEMELLA MORBILLORUM EM PACIENTE ONCOLÓGICO: RELATO DE CASO

Pedro Folegatti^a, Maysa Bonfleur^b, Vanessa Infante^b, Flavia Azevedo Abrantes^b, Franciele Garcia^b, Charles Edouard Zurstrassen^b, Felipe Jose Fernandez Coimbra^b, Fabiana Siroma Callegaro^b

^a Instituto de Infectologia Emilio Ribas, São Paulo, SP, Brasil

^b AC Camargo Cancer Center, São Paulo, SP, Brasil

Introdução: A *Gemella morbillorum*, previamente conhecida como *Streptococcus morbillorum* é um coco Gram-positivo, anaeróbio facultativo agrupado em cadeias curtas que forma colônias alfa-hemolíticas, catalase negativas. Faz parte da flora saprófita da orofaringe e dos sistemas gastrintestinal e geniturinário. Causa um espectro de infecções semelhantes aos *Streptococcus* do grupo *viridans*. Têm sido descritos raramente como agente etiológico de endocardites, pneumonia, artrites e abscessos viscerais. **Objetivo:** Relatar um caso de abscesso hepático por *G. morbillorum* de um paciente oncológico atendido no AC Camargo Cancer Center, São Paulo/SP. **Material e métodos:** Dados coletados através de análise de prontuário. **Resultados:** Paciente masculino, 55 anos, médico, com diagnóstico de carcinoma retal (2006). Submetido à amputação de reto com ressecção de nódulos pulmonares e hepáticos metastáticos. Evoluiu com colangites de repetição em 2012. Foi submetido a múltiplas drenagens das vias biliares (vvbb) com implante de prótese de via biliar (vb) em 10/2012. Em 04/2013 apresentou novo quadro de colangite, submetido a implante de stent biliar. Isolada *E. coli* em secreção de vb, tratada com cefotaxima (10 dias), com alta em seguida. Retornou 20 dias após com dor abdominal, febre, calafrios e hiperbilirrubinemia. A US abdominal não evidenciou coleções e a TC sugeria espessamento parietal da vb com borramento da gordura adjacente (processo inflamatório/pós-actínico) com discreta dilatação das vvbb. Pela hipótese de colangite, foi submetido à drenagem com coleta de secreção biliar que evidenciou *E. coli* ESBL. Recebeu carbapenêmico por 10 dias com alta hospitalar. Retornou ao PS 15 dias após em sepsse grave. TC de Abdome evidenciava 2 imagens isodensas bem delimitadas em lobo hepático direito, com realce periférico ao meio de contraste, uma superiormente, medindo 2,9 x 1,8 cm, em íntima proximidade com ductos biliares dilatados e outra inferior, com fino septo de permeio, medindo cerca de 2,8 x 2,2 cm, que correspondiam a coleções inflamatórias-infecciosas. Optou-se pela realização de colangiografia com dilatação de estenoses biliares e troca do dreno biliar sem drenagem da coleção. A hemocultura evidenciou o crescimento de *G. morbillorum*. Iniciado amoxicilina/clavulanato com boa resposta.

Discussão: Até o presente momento foram descritos 9 casos de abscesso hepático por *G. morbillorum*, na maioria das vezes secundário à disseminação hematogênica do agente. Da mesma forma que o paciente descrito, relatos de infecções polimicrobianas são frequentes. Entre os fatores de risco predisponentes a esta infecção podemos citar: manipulação dentária, de cólon, más condições de higiene bucal e imunossupressão. Recomenda-se tratamento com penicilinas em altas doses, associadas ou não a aminoglicosídeos, com raras evidências de resistência. **Conclusão:** Este relato descreve um caso de abscesso hepático de etiologia polimicrobiana, com agente não habitual (*Gemella morbillorum*) em paciente oncológico.

258. DETERMINAÇÃO DA INCIDÊNCIA E DINÂMICA DE EXCREÇÃO DO VÍRUS JC EM URINA E SANGUE DE RECEPTORES DE TRANSPLANTE RENAL

Laura Masami Sumita^a, Leticia Fabel Lima^a, Gislene Oliveira Bezerra^a, Ligia Camera Pierrot^b, Camila Silva Bicalho^c, Elias Davi Neto^d, Claudio Sergio Pannuti^a, Maria Cristina Domingues Fink^a

^a Instituto de Medicina Tropical da Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP, Brasil

^b Divisão de Moléstias Infecciosas e Parasitárias do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina, São Paulo, SP, Brasil

^c Departamento de Moléstias Infecciosas e Parasitárias, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP, Brasil

^d Serviço de Transplante Renal do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP, Brasil

O objetivo do presente estudo foi investigar a incidência e dinâmica de excreção do poliomavírus JC em pacientes receptores de transplante renal, tendo em vista que esses dados são escassos na literatura. A casuística estudada foi composta por 46 homens (54,1%) e 39 mulheres (45,9%), com idades entre 20 e 70 anos. Foram avaliadas amostras de urina dos 85 receptores de transplante. A presença do vírus JC nas amostras de sangue e urina foi investigada através da técnica de PCR em tempo real. A excreção urinária do vírus JC foi identificada em 29 (63%) dos homens avaliados e em 22 (56,4%) das mulheres. As taxas de excreção urinária nas diferentes faixas etárias foram de 61,5% (0-30 anos); 58,8% (31-40 anos); 61,5% (41-50 anos); 46,9% (51-60 anos) e 70% nos indivíduos com mais de 70 anos. Diferentes padrões de excreção urinária do VJC foram observados dentre os 51 receptores com virúria positiva em algum momento. Oito (35%) apresentaram baixa excreção (uma ou duas coletas positivas); a excreção média (três a cinco coletas positivas) foi identificada em doze pacientes (24%) e excreção alta (mais de cinco coletas positivas) foi observada em 21 pacientes (41%). Foram coletadas amostras de sangue de 81 pacientes e destes 15 (19%) apresentaram viremia em algum momento do período pós-transplante. Em 7 (47%) a viremia e a virúria ocorreram concomitantemente. Contudo, em 8 (53%) dos pacientes, a viremia foi detectada na ausência de virúria. Dos 85 receptores, 33 (38,8%) apresentaram pelo menos um episódio de excreção urinária simultânea dos vírus JC e BK em alguma das amostras coletadas. Em dois destes pacientes a presença dos dois vírus foi observada em todas as amostras coletadas. Dos 33 pacientes comprovadamente coinfectados, 4 (12,1%) apresentaram pelo menos um episódio de viremia durante o seguimento. Poucos estudos têm investigado a replicação do VJC em receptores de transplante. No entanto, o VJC precisa ser diferenciado do VBK nos casos de PVAN. Assim, o monitoramento da infecção por VJC, especialmente durante os primeiros 24 meses pós-transplante, é recomendado.

259. NEUTROPENIA FEBRIL: PERFIL DE RESISTÊNCIA DE BACTÉRIAS ISOLADAS EM ONCOLOGIA PEDIÁTRICA NO PERÍODO DE JANEIRO A JUNHO DE 2013

Aritênia Gonçalves da Silva^a, Cecília Silva de Lima^b, Lillian Ingrid Mendes Araújo^b, Leila Ferreira Moreira Barbosa^b, Conceição de Maria Pedrozo e Silva de Azevedo^b

^a Universidade Federal do Maranhão (UFMA), São Luís, MA, Brasil

^b Instituto Maranhense de Oncologia Aldenora Belo (IMOAB), São Luís, MA, Brasil

Introdução: Infecção é a causa mais comum de morte na criança com câncer, mas seu diagnóstico torna-se mais difícil pela ausência de resposta inflamatória em pacientes neutropênicos. Em virtude da

neutropenia e da resposta inflamatória precária, a febre costuma ser a única manifestação da infecção, sendo considerada uma emergência médica. Crianças com neutropenia febril são consideradas uma população heterogênea em relação à resposta à terapia antimicrobiana inicial, com risco para desenvolvimento de complicações clínicas sérias e mortalidade. **Material e métodos:** Estudo prospectivo iniciado em janeiro a junho de 2013, realizado em hospital oncológico da rede do Sistema Único de Saúde(SUS), em São Luís-MA. Houve coleta de dados, como patógenos isolados nas hemoculturas, uroculturas e secreções de feridas. **Resultados:** No período estudado foram isolados 68 patógenos, sendo 51,5% em hemoculturas e 48,5% nos demais materiais clínicos. Dentre os microrganismos isolados no sangue, as bactérias Gram-positivas mais encontradas foram *S. epidermidis* (25%) e *S. haemolyticus* (16,6%); nas Gram-negativas foram *A. baumannii* (30%) e *k. pneumoniae* (20%), e quanto aos fungos isolados 100% foram *C. parapsilosis*. Quanto ao perfil microbiológico, o *A. baumannii* e *K. pneumoniae* apresentaram resistência ao imipenem 16,7% e 25%, respectivamente; e ao meropenem de 16,7% e 50%, respectivamente. Já entre as bactérias Gram-positivas, o *S. epidermidis* e *E. haemolyticus* foram resistentes à oxacilina, 66,6% e 100%. Nos materiais clínicos observou-se a prevalência de uroculturas positivas (72,7%) para *E. coli* (25%), *P. aeruginosa* e *C. freundii* (12,5%) com resistência ao cefepime de 16,6%, 66,6% e 66,6% respectivamente. **Discussão:** O perfil microbiológico traçado em tal serviço mostrou-se progressivo diante da resistência encontrada aos principais antibióticos, em correspondência a resultados encontrados em estudos realizados em outros serviços. **Conclusão:** Sabemos que a resistência bacteriana é uma ameaça bem próxima à realidade de pacientes neutropênicos febris, posto que a terapia empírica com uso de antimicrobianos de amplo espectro faz parte do manejo inicial destes. Diante disso, evitar o uso indiscriminado dos mesmos através de uma boa avaliação clínica é imprescindível, além de conhecer a flora bacteriana intra-hospitalar e a adoção e vigilância de boas práticas em suas rotinas junto ao paciente.
