

tricos sépticos pós-transplante hepático. O monitoramento baseado na abordagem PK/PD permitiu individualizar a terapia a partir de ajustes de dose em tempo real e pode garantir a eficácia do glicopeptídeo amplamente prescrito na terapia antimicrobiana destes pacientes.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2020.101344>

EP-267

NEUROSSÍFILIS EM PACIENTE IMUNOSSUPRIMIDO COM DOENÇA DE BERGER, UM RELATO DE CASO



Laviny Moraes Barros, Ana Maria Rodrigues Fadini, Ângelo Antônio Paulino M. Zanetti, Matheus da Silva Raetano, Jaqueline Ribeiro de Barros

Faculdade de Medicina de Botucatu (FMB),
Universidade Estadual Paulista (UNESP),
Botucatu, SP, Brasil

Introdução: A sífilis é uma infecção sexualmente transmissível causada pela bactéria *Treponema pallidum*. As manifestações clínicas diferem em cada estágio da doença, dentre elas, destaca-se a neurosífilis, a qual afeta o sistema nervoso central (SNC), podendo ser assintomática ou não. Já a Doença de Berger (DB), é uma glomerulonefrite causada pelo depósito de imunocomplexos anti-imunoglobulina A, no mesângio glomerular, causando inflamação e lesão. Trata-se de uma doença com evolução progressiva, que pode levar à necessidade de hemodiálise.

Objetivo: Relacionar diagnóstico e tratamento de neurosífilis com DB.

Metodologia: Paciente sexo masculino, 47 anos, homossexual e solteiro. Diagnosticado com DB em 2006. Devido à nefropatia teve que realizar seu primeiro transplante renal em 2010. Porém, em 2016 perdeu o enxerto decorrente de um quadro infeccioso, apresentando febre, rash cutâneo, linfonomegalia cervical e inguinal e coma, do qual não soube referir a causa. Em junho de 2019, realizou tratamento para sífilis após sorologia positiva no líquido e dois meses depois foi submetido a um segundo transplante renal. Foi efetuada profilaxia para sífilis imediatamente após o transplante, porém não foram coletadas sorologias de controle. Em avaliação em dezembro de 2019, relatou perda de memória. Exames laboratoriais séricos demonstraram teste treponêmico 22,77 e VDRL 1:4. Após observação de manutenção de proteinorraquia com VDRL em líquido 1:1, mesmo com melhora das queixas, resolveu-se iniciar tratamento eletivo para neurosífilis em fevereiro de 2020, recebendo alta logo em seguida. Foram levantados quatro diagnósticos de enfermagem, segundo o NANDA-II, sendo o principal: risco de infecção associada a imunossupressão e doença crônica.

Discussão/Conclusão: As manifestações no SNC, referente a neurosífilis ocorre de 5 a 10% dos infectados, apresentando-se após anos de latência. Foi encontrado apenas um estudo de caso com apresentação de neurosífilis após transplante renal, em que o paciente apresentou rápida progressão, com sintomas concomitantes de sífilis secundária, e foi explicado pelo uso de terapia imunossupressora após o transplante. Apesar

disso, mesmo com uma terapia de imunossupressão por anos e diagnóstico de sífilis, o paciente não teve uma progressão rápida, assim como não apresentou clínica rica de sinais e sintomas, decorrentes da neurosífilis. A partir disso, cabe-se a reflexão se houve reinfecção ou reativação da sífilis nesse caso.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2020.101345>

EP-268

LINFO-HISTIOCITOSE HEMOFAGOCÍTICA EM PACIENTE RECÉM DIAGNOSTICADO COM HIV



Bárbara Ferreira dos Santos, Cassia Fernanda Estofolete, Celia Franco, Irineu Luiz Maia, João Pedro Izidoro Gomes, Rodrigo Arutin Ferreira

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

Introdução: A linfo-histiocitose hemofagocítica é uma condição grave e rara, caracterizada por hiperinflamação e ativação patológica de macrófagos e células T citotóxicas. A forma primária, causada por mutações que afetam a citotoxicidade dos linfócitos e a regulação imunológica, é mais comum em crianças, enquanto a forma secundária, comumente desencadeada por infecções, doenças malignas ou doenças autoinflamatórias/autoimunes, é mais frequente em adultos.

Objetivo: Discutir a importância do diagnóstico e tratamento precoce da linfo-histiocitose hemofagocítica.

Metodologia: Aqui, nós descrevemos um caso de linfo-histiocitose hemofagocítica associada a infecção pelo HIV. Trata-se de um paciente do sexo masculino, 27 anos, com diagnóstico há 1 semana de HIV (LT-CD4+ 11 células/ μ l; Carga viral HIV 59294 cópias/mL), admitido com queixa de febre vespertina há 30 dias, associada à tosse seca e síndrome consumptiva. Ao exame físico, paciente em regular estado geral, emagrecido, presença de placas esbranquiçadas em língua e palato, fígado palpável a 3 cm do rebordo costal. Exames complementares demonstraram pancitopenia, desidrogenase láctica 2474 UI/L, hiperferritinemia 64453 ng/mL. A tomografia de tórax e abdome evidenciou padrão de múltiplos nódulos milimétricos sólidos de distribuição randômica, esparsos pelo parênquima pulmonar e esplenomegalia. A hipótese de linfo-histiocitose hemofagocítica secundária a infecção foi aventada. A biópsia de medula óssea evidenciou hemofagocitose, com macrófagos infiltrados com parasitas intracelulares, sugestivos de leishmania ou histoplasma. Foi iniciado precocemente o tratamento com anfotericina B deoxicolato e terapia antirretroviral, com importante melhora clínica do paciente.

Discussão/Conclusão: As infecções são conhecidos gatilhos para hiperativação imune. Os pacientes geralmente apresentam febre recorrente, citopenias, disfunção hepática e uma síndrome semelhante à sepse que pode progredir rapidamente para falência terminal de múltiplos órgãos. O diagnóstico precoce pode evitar danos irreversíveis e desfecho desfavorável, sendo a hiperferritinemia um sinal para diagnóstico diferencial. O prognóstico da síndrome em pacientes com HIV tem sido favorecido pelo tratamento