

ITRNN e as crianças 25% aos ITRNN e 16,6% aos IP. As mutações principais nas crianças foram K103N,V108I e E138A para ITRNN e M36I e L10I para IP e nas gestantes foram T215D e T215L para os ITRN e E138A para ITRNN. Mutações acessórias de resistência ocorreram em mais da metade dos casos, nos dois grupos. As gestantes estavam todas assintomáticas e 60% apresentaram CD4 inferior a 350 cel/mm³; entre as crianças, 41,7% apresentavam alterações clínicas e 75% CD4 abaixo do normal para a idade. Carga viral acima de 100.000 cópias foi observada em 13,3% das gestantes e 66,7% das crianças. O subtipo B foi identificado em todas as crianças e na maioria das gestantes; e o subtipo C em 13,3% das gestantes.

Conclusão: Observou-se alta prevalência de mutações principais relacionadas a resistência transmitida.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2021.101866>

EP 131

SARCOMA DE KAPOSI EM PORTADOR DE HIV SEM IMUNOSSUPRESSÃO AVANÇADA: RELATO DE CASO

Jaime Emanuel Brito Araujo,
Marília Cavalcanti Camêlo,
Jessica Carvalho Dantas,
Daniel Pinheiro Callou Do Nascimento,
Júlia Regina Chaves Pires Leite,
Renata Salvador Gaudêncio de Brito,
João Paulo Ribeiro Machado,
Jack Charley da Silva Acioly,
Maria Aparecida de Souza Guedes

Hospital Universitário Alcides Carneiro, Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), Campina Grande, PB, Brasil

Introdução/Objetivo: O Sarcoma de Kaposi (SK) é uma neoplasia angioproliferativa multifocal de etiologia viral e patogênese multifatorial, com a presença de múltiplos nódulos hiperpigmentados e elevados, podendo acometer pele e tecido subcutâneo. Geralmente é associado à síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS), sobretudo em pacientes com contagem de Linfócitos T-CD4+ abaixo de 200 células/mm³. Objetivamos relatar o caso de um paciente portador de HIV com Sarcoma de Kaposi.

Métodos: Análise de prontuário, descrevendo evolução, diagnóstico, tratamento e intervenção terapêutica.

Resultados: Trata-se de paciente de 24 anos, sexo masculino, com diagnóstico de HIV/AIDS havia 1 ano, em uso regular de Terapia Antirretroviral (TARV) com Tenofovir/Lamivudina/Efavirenz, apresentando há 3 meses lesões cutâneas inicialmente vinhosas, arredondadas que, com o passar dos dias, tornam-se purpúricas, elevadas e com distribuição multifocal, em topografia de coxa direita. Coletado material para histopatológico, que mostrou proliferação vascular atípica acometendo derme. Exame Imuno-histoquímico foi compatível com SK, com baixa atividade mitótica, ausência de necrose e imunexpressão de antígenos vasculares e Herpesvírus 8. Realizou contagem de Linfócitos T-CD4+

356 células/mm³ e Carga Viral de HIV-1 Indetectável. Realizado screening para doença disseminada com endoscopia digestiva alta, radiografias de tórax e ósseas nos membros acometidos, ultrassonografia de abdome total e videolaringoscopia, que não demonstraram lesões. Devido reações adversas, foi trocado o Efavirenz para Darunavir/Ritonavir. Recusou-se a realizar radioterapia e quimioterapia indicadas por Oncologista, entretanto evoluiu com regressão total das lesões e boa resposta clínica após 6 meses de seguimento.

Conclusão: Embora o SK nos portadores de HIV seja mais comum em pacientes com contagem de Linfócitos T-CD4+ abaixo de 200 células/mm³, este deve ser lembrado no diagnóstico diferencial de lesões cutâneas. Nas opções terapêuticas estão a terapia antirretroviral e também quimioterapia/radioterapia. O diagnóstico definitivo e precoce afeta substancialmente o prognóstico e evolução dos casos.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2021.101867>

EP 132

SÍNDROME DE RECONSTITUIÇÃO IMUNE EM NEUROCRÍPTOCOCOSE COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE RECIDIVA E OUTRAS DOENÇAS OPORTUNISTAS

Juliana Cristina Cantarani, Noelle Miotto,
Maria Patelli Juliani Souza Lima,
João Pedro Marcon Felix,
Caroline de Souza Silva,
Diana Isabel Sadir Sabbag

Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC-Campinas), Campinas, SP, Brasil

A criptococose é uma micose sistêmica com tropismo neurológico. Quando associada à imunodepressão pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) é causada predominantemente pelo *Cryptococcus neoformans*. Nestes, a apresentação clínica da meningoencefalite é a mais comum, com manifestações como cefaleia, febre e ausência de sinais meníngeos. O diagnóstico é confirmado pela pesquisa e/ou cultura positiva no líquido. Mulher, 56 anos, com diagnóstico de HIV há mais de 20 anos, sem adesão correta à terapia antirretroviral (TARV), CD4 221 e carga viral (CV) 8961 cópias, antecedente de carcinoma de timo. Apresenta cefaleia occipital associada a náuseas, vômitos, tontura e sonolência. Ausência de sinais meníngeos ou sinais focais. Ressonância magnética (RM) crânio com acometimento centro-encefálico (núcleos da base) evidente em T2/Flair e leptomeníngeo sugestivo de neurocriptococose. Líquor apresentou tinta da china positiva e cultura do mesmo e sangue positivos para *C. neoformans*. Realizou tratamento com anfotericina e fluconazol, sendo reiniciado TARV posteriormente. Evoluiu com remissão dos sintomas e cultura do líquido negativa, CV indetectável e CD4 337, RM com melhora das lesões. Após 8 e 10 meses teve recidiva dos sintomas, líquido com tinta da china positiva, cultura de fungos negativa, cultura e PCR micobactéria negativos, citologia oncológica negativa. RM de crânio com recidiva das lesões. Nestas situações foi retratada para neurocriptococose,