

hepatoesplenomegalia, abscesso cerebral, meningite, coriorretinite, pneumonite, hepatite e pancitopenia. Paciente de 54 anos foi submetido a transplante de fígado de doador falecido por cirrose alcoólica em outubro de 2017, com boa evolução pós-operatória. Recebeu imunossupressão inicial com tacrolimus, micofenolato e prednisona, além de profilaxia com sulfametoxazol/trimetoprim, mantida nos primeiros 6 meses. Sorologias foram reagentes para CMV, HSV, EBV e não reagentes para Toxoplasmose, HIV, HTLV, HAV, HBV, HCV e Chagas. Iniciou, no nono mês após o transplante, quadro febril agudo associado a mialgias e exantema, evoluindo com cefaleia e confusão mental. Na admissão, apresentava rebaixamento da consciência, desorientação e sinais de meningismo, evoluindo com crises convulsivas. Tomografia de crânio não evidenciou alterações. Raquicentese revelou líquido límpido, com 14 leucócitos/mm³ (50% mononucleares) e hiperproteinorraquia; exames diretos, culturas e antígeno criptocócico foram negativos. PCR foi negativo para HSV 1 e 2, EBV, CMV, Tuberculose e Toxoplasmose. Houve detecção de IgM para Toxoplasmose e o pareamento de sorologias confirmou infecção aguda. A despeito do início do tratamento específico com sulfametoxazol/trimetoprim intravenoso, manteve febre diária e confusão mental. Nova análise do líquido, 8 dias após a primeira, evidenciou 9 leucócitos/mm³ (100% mononucleares) e redução da proteinorraquia. A repetição do PCR para *Toxoplasma gondii* teve resultado detectado. Com o tratamento específico por 6 semanas, seguido de profilaxia secundária, o paciente evoluiu com resolução do quadro clínico. Segue sob acompanhamento, com boa função do enxerto e sem intercorrências. Apesar de a encefalite por *Toxoplasma gondii* com lesões intracranianas produzindo efeito de massa ser uma apresentação relativamente frequente em pacientes imunossuprimidos, é incomum em pacientes submetidos a TOS. Relatos de meningite aguda por Toxoplasmose são escassos, estando, na maior parte das descrições, presente em associação com abscessos cerebrais. O caso descrito ressalta que a toxoplasmose aguda deve ser considerada no diagnóstico diferencial de meningite em pacientes imunossuprimidos.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2021.102213>

PI 218

**INFECÇÕES DE CORRENTE SANGUÍNEA EM
TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA
ALOGÊNICO: INCIDÊNCIA E FATORES DE
RISCO PARA MULTIRRESISTÊNCIA EM
DIFERENTES FASES: ATE D+30, ENTRE O D+30
E O D+100 E APÓS O D+100**

Marcia Garnica^{a,b}, Sylvia Dalcolmo^{a,b},
Jamili Zanon Bonicenna^{a,b}, Luana Boff^a,
Bianca de Lucena Gaio^a,
Geraldo Soares de Azevedo Neto^a,
Arthur Tomazelli Batista^a,
Adriana Lucia Pires Ferreira^b,
Renata Cristina Picao^a

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

^b Complexo Hospitalar de Niterói (CHN-DASA), Niterói, RJ, Brasil

Infecções de Corrente Sanguínea (ICS) são frequentes em pacientes submetidos a Transplante de Medula alogênico (Alo TMO), podendo ocorrer em fases precoces e tardias. Fatores como neutropenia, mucosite, uso de cateter venoso, doença enxerto contra hospedeiro, colite por citomegalovírus e o uso de antimicrobianos são frequentes, aumentando o risco de ICS. A multirresistência (MDR) é um fenômeno crescente, e acarreta falha terapêutica e pior prognóstico em ICS. Neste estudo, descrevemos a incidência de ICS e ICS por MDR em Alo TMO nas diferentes fases pos TMO e os fatores de risco associados. Um total de 222 pacientes (95 aparentados, 70 haploidenticos e 57 não aparentados) foram acompanhados por uma mediana de 245 dias. A incidência de ICS até o D+30, entre D+30 e o D+100 e após D+100 foi de 31%, 17% e 22% respectivamente. Não houve diferença na incidência de ICS comparando tipos de doador, condicionamento mielo ou não mieloablativo, ou celularidade de produto. Fonte de célula tronco medula óssea se relacionou a ICS até o D+30 (39% vs. 26%, $p=0.05$) comparado com fonte periférica. Foram diagnosticadas 207 ICS, sendo 62% por Gram negativos (GN), 32% por Gram positivos (GP) e 6% por fungos. Em 16%, a ICS foi polimicrobiana. Nas três fases pos TCTH, houve predomínio de GN em relação a GP. Os GN mais frequentes foram: *K pneumoniae* ($n=47$), *E coli* ($n=24$), e *P. aeruginosa* ($n=16$). Em relação a susceptibilidade, produção de betalactamase de espectro estendido (ESBL) foi identificada em 40% das *K. pneumoniae* e em 32% das *E. coli*, e produção de carbapenemase (ERC) em 30% das *K. pneumoniae* isoladas. As incidências acumuladas de ICS por MDR no D+30, entre D+30 e D+100 e após o D+100 foram: 6%, 9% e 15% por GN produtores de ESBL e 3%, 5% e 7% por GN ERC. Em relação a ICS por GP, ocorreram 8 casos de ICS por *S. aureus*, sendo 3 (37%) resistentes a meticilina, e 13 ICS por enterococo, com 2 casos de resistência a vancomicina (15% das amostras). As incidências de ICS por MRSA e VRE foram de 1% e 2% na coorte, respectivamente. Em relação aos fatores de risco para ICS por MDR, a colonização previa por GN ERC estava presente em todos os casos que desenvolveram ICS por ERC ($p<0.001$; VPP 12,6% e VPN 100%). ICS foi frequente nos pós TMO, com predomínio de GN em todas as fases. Há emergência de MDR especialmente entre bactérias GN nas diferentes fases pos TMO. Medidas para identificação precoce são necessárias para conter a disseminação destes padrões de resistência.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2021.102214>

PI 219

**MONITORAMENTO REMOTO DE
TEMPERATURA PARA PACIENTES
NEUTROPÊNICOS INTERNADOS: RESULTADOS
PRELIMINARES**

Isabella Santana dos Anjos,
Amanda Rabello Conceição,