

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}, Jamily 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,

Pedro Pires Pimenta, Cecília Gómez Ravetti,
Vandack Nobre

Faculdade de Medicina, Universidade Federal de
Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, MG, Brasil

Introdução: Febre representa sinal de alerta em neutropênicos e necessidade de terapia antimicrobiana de urgência. O monitoramento da temperatura nesses pacientes deve ser bastante acurado.

Objetivo: Aperfeiçoar e testar sistema de monitoramento remoto de temperatura corporal. **Métodos:** Estudo transversal a ser realizado no Hospital das Clínicas da UFMG (HC-UFMG). A rede de monitoramento foi instalada em duas alas de internação que recebem pacientes com neoplasias sólidas e hematológicas. Serão 3 fases: i) desenvolvimento dos dispositivos físicos e do sistema de monitoramento remoto de temperatura; ii) teste dos dispositivos e da rede de comunicação wifi em voluntários sadios para ajuste do sistema (sensor de temperatura, conexões de rede e armazenamento dados) e; iii) teste de sistema por sete dias em pacientes neutropênicos internados (idade \geq 18 anos, neutrófilos $<$ 1.000 cls/microL e febris nas últimas 48h). O sensor de temperatura fica aderido à axila do paciente por fita hipoalergênica, registra os dados a cada 5 min, enviando-os para receptor preso à cintura; este envia as informações por conexão wifi (roteadores e raspberry) para uma base de rede local restrita e protegida. Serão testados: i) concordância entre medidas obtidas pelo monitoramento remoto e por termômetro digital convencional, ii) estabilidade do sistema; iii) capacidade de antecipar ocorrência de febre; iv) ergonomia e usabilidade; v) associação entre dados do monitoramento remoto e desfechos clínicos (início de terapia antibiótica, sepse, internação em UTI e óbito).

Resultados: Nos testes do dispositivo com voluntários sadios foram feitos ajustes de layout, ergonomia, autonomia de bateria, armazenamento de dados e calibração do sensor com termômetro convencional. Houve concordância progressivamente melhor entre a temperatura axilar obtida pelo dispositivo de monitoramento remoto e o termômetro convencional, após ajustes. A rede foi testada nas alas do HC-UFMG com estabilidade de sinal. A terceira etapa do projeto será iniciada em outubro de 2021, com inclusão prevista de 100 pacientes.

Conclusão: O sistema de monitoramento remoto de temperatura mostrou-se viável e aparentemente confiável durante os testes iniciais em voluntários sadios. O estudo iniciará sua terceira fase no ambiente hospitalar, monitorando a temperatura dos pacientes neutropênicos internados em enfermarias.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2021.102215>

PI 220

**PSEUDOANEURISMA DE VENTRÍCULO
ESQUERDO DEVIDO A BACTEREMIA
SUSTENTADA POR SALMONELLA
BRANDEBURG: RELATO DE UM CASO EM
PACIENTE TRANSPLANTADO DE RIM NO RIO
DE JANEIRO**

Ana Clara de Siebra Mecenas^a,
Luiza Silva de Souza^b,

Aritson Mateus Martins Rodrigues^a,
Diego Braga Campos Bianchi^a,
Pedro Fernandes Ribeiro^a,
Zely Sant'anna Marotti Almeida^a,
Henrique Madureira da Rocha Coutinho^a,
Joaquim Henrique de Souza Aguiar Coutinho^a,
Daniel Xavier de Brito Setta^a,
Bruno Reznik Wajsbrodt^a, Roberto Esporcatt^a,
João Carlos Jazbik^a, Robson de Souza Leão^a,
Paulo Viera Damasco^a

^a Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ),
Rio de Janeiro, RJ, Brasil

^b Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro
(UNIRIO), Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Introdução: As infecções extra intestinais causada por *Salmonella* spp. têm alta letalidade e de difícil manejo clínico. O pseudoaneurisma do ventrículo esquerdo é uma rara complicação associada a bacteremia por *Salmonella* porém de alta letalidade. Na coorte de endocardite infecciosa (EI) do Rio de Janeiro, a incidência de bacteremia por Bacilos Gram negativos (BGN) associada ao diagnóstico de EI pelo critério de Duke modificado é 8,2%.

Material e métodos: Relatar um caso de endocardite mural por *Salmonella* Brandeburg num paciente com história de transplante renal. A endocardite foi definida segundo o critério de Duke modificado. Os critérios maiores foram a evidência ecocardiográfica de dano no endocárdio mural e duas hemoculturas positivas por *Salmonella* Brandeburg. Análise microbiológica foi avaliada em centro de referência para *Salmonella* spp no Rio de Janeiro. O cálculo da incidência de EI por *Salmonella* spp. foi retirada de uma coorte prospectiva 119 pacientes de um hospital universitário do Rio de Janeiro.

Relato de caso: P.R., masculino, 67 anos, chegou a uma emergência pública no dia 12 de maio de 2021 com febre prologada, calafrios e fraqueza. O paciente era transplantado de rim, imunossuprimido, e portador de cardiopatia isquêmica com revascularização miocárdica cirúrgica há 3 anos. Relato de duas internações recentes, a primeira em março de 2021 sendo identificadas diarreia e infecção urinária por *Salmonella* Typhimurim. Em maio de 2021 apresentou uma nova síndrome infecciosa. Após ecocardiograma transesofágico, que evidenciou pseudoaneurisma de ventrículo esquerdo, com fluxo e trombo em seu interior, o time de EI considerou a possibilidade de EI mural, confirmado por PET Scan. O paciente foi encaminhado a cirurgia cardíaca, a qual confirmou o processo infeccioso no coração e, no pós-operatório tardio faleceu devido a infecção hospitalar. As amostras de *Salmonella* spp. foram sensíveis à ampicilina, ciprofloxacina, sulfametoxazol-trimetoprim, cefatoxina. A incidência de EI por *Salmonella* desta coorte foi de 0,84%.

Conclusão: *Salmonella* Brandeburg está na posição 16a do sorovar responsável por infecção em humanos, associada a infecção em suínos. A incidência de EI por *Salmonella* spp. nesta coorte foi de 0,84. O pseudoaneurisma de ventrículo esquerdo foi relacionado a *Salmonella* Brandeburg. Apesar de baixa incidência de EI por BGN nesta coorte a letalidade é muito alta.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2021.102216>