

neutropenia, nem após o transplante. Embora a Criptococose seja raramente observada em receptores de TCTH, a maioria dos casos se apresenta após o transplante. Não há recomendações na literatura quanto ao manejo no diagnóstico prévio ao transplante. Este relato traz a experiência de nosso serviço neste manejo e destaca a importância da avaliação do paciente no período pré-transplante e da profilaxia farmacológica adequada.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2022.102458>

EP-018

NOCARDIOSE EM PACIENTES IMUNOSSUPRESSOS POR HIV: UMA SÉRIE DE CASOS

Andressa Noal, Adriana Neis Stamm,
Izabele Linhares Cavalcante,
Frederico Cunha Abbott, Igor Souza Bernadotti,
Pedro Moreno Fonseca, Jaysa Pizzi,
Julia Somenzi Villa, Greici Taiane Gunzel,
André Luiz Machado Silva

Hospital Nossa Senhora da Conceição, Brasil

Introdução: Nocardiose é causada por um actinomiceto que normalmente afeta imunocomprometidos. Pode ser localizada ou disseminada. Apesar do HIV cursar com depleção da imunidade a coinfeção HIV-Nocardia foi relatada em poucos casos, de 0,2 a 2% dos pacientes.

Objetivo: Documentar condição pouco prevalente e com diagnóstico desafiador.

Resultados: Caso 1: Paciente masculino, quadro de confusão mental e bradipsiquismo. Diagnóstico de HIV neste contexto com CD4:5. Identificado múltiplas lesões nodulares intra-axiais, supra e infratentoriais, com edema vasogênico em ressonância de crânio. Identificada em punch de pele Nocardia sp e iniciado tratamento com Sulfametoxazol+trimetoprim, Imipenem e Amicacina com melhora clínica e radiológica importante. Caso 2: Paciente masculino, interna por dispneia, inapetência e confusão mental. Realizou tomografia de tórax que evidenciou derrame pleural no lobo inferior direito. Ainda, faz o diagnóstico de HIV, com CD4 90. Drenado conteúdo pleural com identificação Nocardia sp. em cultura. Iniciado tratamento com sulfametoxazol/trimetoprima. Paciente acabou evoluindo com insuficiência respiratória e posterior óbito. Caso 3: Paciente feminina, HIV com CD4:168, interna com relato de síncope, tonturas e febre. Realizada hemocultura que identificou Nocardia sp. Não identificadas lesões em outros sítios. Realizada associação de Meropenem, Amicacina e Sulfametoxazol/trimetoprima por 3 semanas e continuidade com Sulfametoxazol+trimetoprima. Paciente evoluiu com melhora sintomática, sem novos picos febris.

Conclusão: O diagnóstico de nocardiose é desafiador devido diversidade de apresentação clínica e dificuldade no isolamento microbiológico. As manifestações clínicas envolvem pulmão, sistema nervoso central, pele e doença disseminada - infecção em dois ou mais sítios. A confirmação diagnóstica necessita de cultura de material biológico com identificação de Nocardia sp. O Sulfametoxazol/trimetoprim é

a terapia de primeira linha, contudo existe variabilidade de resistência, sendo recomendada cobertura empírica com 2 ou 3 agentes em doença disseminada, pulmonar extensa ou envolvimento do SNC. Amicacina, imipenem, meropenem, cefalosporinas de 3ª geração, linezolida, tigeciclina e dapsona são opções. A monoterapia é recomendada para pacientes com infecção pulmonar leve/moderada e para formas cutâneas em imunocompetentes. Recomenda-se tratamento de 3-6 meses para imunocompetentes, até 1 ano em pacientes imunocomprometidos ou com envolvimento de SNC, de acordo com a resposta clínica.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2022.102459>

EP-019

NEUROCRIOCOSE POR C. GATTII EM PACIENTES HIV/AIDS

Adriana Neis Stamm, Andressa Noal,
Pedro Moreno Fonseca,
Frederico da Cunha Abbott,
Igor De Souza Bernardotti,
Izabele L.F.M. Cavalcante,
Carlos Henrique Cezimbra Kvitko

Hospital Nossa Senhora da Conceição / Grupo GHC,
Brasil

Introdução: A infecção por *Cryptococcus gattii* geralmente se apresenta como uma doença indolente e mais comumente envolve o sistema nervoso central (SNC) e os pulmões. A infecção neurológica é mais comum, sendo a forma predominante em pacientes infectados pelo HIV. Ao contrário de *C. neoformans*, que normalmente causa doença em pacientes com imunidade comprometida, a maioria dos casos de *C. gattii* foi detectada em pessoas com sistema imunológico normal.

Objetivo: Como a infecção por *C. gattii* tem sido mais estudada, torna-se aparente uma mudança no entendimento da epidemiologia, com casos de meningoencefalite em pacientes com infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), apesar de comumente afetar imunocompetentes. Tornando necessária essa discussão, a que esse relato se faz importante.

Método: Relato de casos.

Resultados: Caso 1: Feminina, 41 anos, HIV/AIDS (CD4 55), NAIVE, interna com quadro neurológico, faz-se diagnóstico de neurocriptococose (Líquor com cultura +: *C. gattii*). Tratou com Anfotericina + Fluconazol (12/10-17/11 e após mantido somente Fluconazol por disfunção renal), não estava disponível Fluocitosina para o tratamento na época. Fez uso de Fluconazol 800mg/dia, evoluindo para dose de consolidação 400mg/dia. Paciente teve resposta clínica satisfatória ao tratamento proposto, não se podendo dimensionar danos neurológicos permanentes, pois após alta hospitalar não retornou para consultas de reavaliação. Caso 2: Masculino, 45 anos, HIV/AIDS (CD465), NAIVE, buscou o serviço de emergência devido vômitos e episódios de cefaleia. Realizada punção lombar com cultura com *Cryptococcus gattii*. Ressonância magnética com pseudocistos gelatinosos. Tratou com Anfotericina B associado com fluconazol até a disponibilização de fluorocitosina. Melhora clínica em vigência de terapia de