

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

indução durante 42 dias. Recebeu alta hospitalar com tratamento de consolidação com fluconazol.

Conclusão: Dessa forma, visto o aumento da incidência da neurocriptococose por *C. gatti* em pacientes imunossupressos devemos estar aptos a fazer o diagnóstico adequadamente, além de oferecer aos pacientes os melhores tratamentos disponíveis. Sendo o recomendado para infecções de SNC por *C. gattii* indução com anfotericina B (ou desoxicolato) mais flucitosina por 4-6 semanas. A consolidação com fluconazol por 8 semanas, seguido de manutenção por aproximadamente 12 meses. Os pacientes HIV requerem reconstituição imune (CD4 > 100) e carga viral suprimida, em uso de TARV por mais de 3 meses, para descontinuar o uso do fluconazol.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2022.102460>

EP-020

TUBERCULOMAS EM SNC EM PACIENTE COINFECTADO COM HIV E TUBERCULOSE DISSEMINADA

Nauyta Naomi Campos Takaoka,
Ana Paula Manart Panariel,
Vanessa Santos de Paula,
Isabella Martimbianco Ri, Lais Sales Seriacopi,
Egly Soares Silva, Gabriel Hypolito,
Leopoldo Tosi Trevelin,
Juvêncio José Duailibe Furtado

Hospital Heliópolis, São Paulo, SP, Brasil

Introdução: O Brasil está entre os 30 países de alta carga para TB e TB-HIV considerados prioritários pela OMS para o controle da doença. Dos casos notificados em 2017, 77,8% foram testados para HIV, 9,5% com coinfeção.

Objetivo: Relatar caso de diagnóstico de coinfeção recente HIV/TB com tuberculomas de apresentação atípica e múltipla.

Método: Paciente de 48 anos, masculino, com teste rápido para HIV reagente, confusão mental, alteração de marcha, tosse e perda ponderal de 20 kg. Exame com ataxia de marcha, alterações de comportamento, tosse seca e taquipneia sem uso de musculatura acessória. Iniciou dessaturação dois dias após, atribuída à pneumocitose. Iniciado tratamento com sulfametoxazol + trimetoprim. Precisou de ventilação mecânica dois dias depois, por piora da insuficiência respiratória. Baciloscopia na secreção traqueal foi positiva, sendo iniciado tratamento para tuberculose com RIPE. Ressonância (RNM) de encéfalo identificou mais de 25 imagens córtico-subcorticais, com alto sinal em halo, realce anelar ao meio de contraste, sem alvo excêntrico definido, sugeridas pela radiologia como tuberculomas. Foi descartada toxoplasmose pela radiologia, dadas imagens. O líquido cérebro raquidiano (LCR) demonstrou 13 células com proteína de 44 e glicose de 41. A reação em cadeia de polimerase no LCR para *M. tuberculosis* veio negativa. A contagem de linfócitos T CD4 era de 21 células/mm³ com 3.870.000 cópias. Paciente fez tratamento da tuberculose por um ano, considerando que as lesões do sistema nervoso central eram típicas de tuberculoma, mesmo sem encefalite

(o que pode ocorrer nestes casos). Repetiu RNM encéfalo após o final do tratamento com desaparecimento de todas as lesões, à exceção das talâmicas cicatriciais, justificando comportamento pueril e alterações de memória sequelares.

Conclusão: A tuberculose no SNC causa mais frequentemente meningoencefalite. Entretanto, pacientes com contagem de CD4 abaixo de 50 células/mm³ tem maior predisposição a formar tuberculomas. É essencial nestes casos realizar exames de imagem que consigam descartar lesões causadas pelo *M. tuberculosis*, fazendo diagnóstico diferencial com outras lesões focais oportunistas, como toxoplasmose e leucoencefalopatia multifocal progressiva.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2022.102461>

ÁREA: INFECÇÃO PELO HIV-AIDS E ISTS

EP-021

FATORES ASSOCIADOS AO USO INCONSISTENTE DO PRESERVATIVO MASCULINO ENTRE HOMENS QUE FAZEM SEXO COM HOMENS

Henrique Ciaboti Elias, Juliano de Souza Caliari,
Ana Cristina Deoliveira e Silva, Elucir Gir,
Renata Karina Reis, Laelson R. Milanês Sousa

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP),
Universidade de São Paulo (USP), Ribeirão Preto, SP,
Brasil

Introdução: A infecção pelo HIV afeta desproporcionalmente Homens que fazem Sexo com Homens.

Objetivo: Analisar os fatores associados ao uso inconsistente do preservativo masculino entre homens que fazem sexo com homens.

Método: Estudo transversal, analítico, de abrangência nacional realizado on-line em todas as regiões do Brasil. Participaram do estudo 1.438 homens que fazem sexo com homens. O questionário para a coleta de dados foi disponibilizado on-line em redes sociais e em sites de relacionamento de abril a maio de 2020. O uso inconsistente do preservativo foi definido como uso ocasional ou nunca ter feito uso. Foram realizadas análises estatísticas descritivas, testes de associação e regressão logística binária.

Resultados: As variáveis “Homem cisgênero” (ORA 1,758; IC95% 1,114-2,773; $p=0,015$); “homossexuais” (ORA 3,99; IC95% 1,171-13,657; $p=0,027$); “pansexuais” (ORA 5,715; IC95% 1,141-28,634; $p=0,034$); “parceiro fixo” (ORA 2,717; IC95% 1,865-3,958; $p \leq 0,001$); “sexo oral” (ORA 1,972; IC95% 1,036-3,753; $p=0,039$) e “diagnóstico prévio de IST” (OAR 1,543; IC95% 1,075-2,216; $p=0,019$) foram independentemente associadas ao uso inconsistente do preservativo masculino. As variáveis “múltiplos parceiros” (ORA =0,573; IC95% 0,407-0,808; $p=0,001$) e “profissional do sexo” (ORA =0,236; IC95% 0,097-0,575; $p=0,001$) foram fatores de proteção para o uso inconsistente do preservativo masculino entre homens que fazem sexo com homens.