

carótidas e vertebrais com mínima placa em bulbo carotídeo sem estenose; ecocardiograma transtorácico com fração de ejeção de 69%, cavidades e espessuras normais, função sistólica biventricular e função diastólica de ventrículo esquerdo preservadas, além de ausência de trombos e vegetações; holter de 24h sem alterações; e angiotomografia de vasos intra e extracranianos com artéria basilar pérvia, difusamente ectasiada, medindo 0,8 cm de diâmetro, apresentando áreas focais de menores calibres de permeio, conferindo aspecto irregular; e áreas de ectasia e estenose em artérias cerebrales. Após realização dos exames a etiologia do AVE foi associada a dolicoectasia de artéria basilar.

Resultados: PVHIV estão em um estado de inflamação crônica, paradoxalmente no contexto de imunossupressão avançada, como também se observa em indivíduos com RVS, relacionados a ativação imunológica relacionada a interação vírus-hospedeiro. Esse estado se relaciona a maior risco de doenças cardiovasculares. Nesta população o AVE, pode ser causado por aterosclerose ou por um fenótipo de dolicoectasia arterial não aterosclerótica. A dolicoectasia está associada a maiores períodos de infecção pelo HIV, imunossupressão e manutenção de carga viral detectável no momento do óbito, o que reforça a hipótese de um componente inflamatório para o risco aumentado de AVE.

Conclusão: Esse caso reforça a importância de buscar a etiologia das síndromes neurológicas em PVHIV.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2022.102466>

EP-027

AVALIAÇÃO DA ADESÃO AOS PROTOCOLOS DE INFECÇÃO LATENTE POR MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS EM PACIENTES DIAGNOSTICADOS COM HIV

Matheus Polly, Gabriela Pizarro, Marcello Magri, Olavo Leite, Erika Ishigaki, David Uip

Faculdade de Medicina do ABC (FMABC), Santo André, SP, Brasil

Introdução: A tuberculose é a principal causa de morbimortalidade em pessoas vivendo com HIV no mundo. A pesquisa de infecção latente ou seu tratamento é indicada para todos os pacientes, principalmente aqueles com CD4 menor que 350 no diagnóstico, porém a quantidade de pacientes seguindo as recomendações é incerta.

Objetivo: Esse trabalho tem como objetivo avaliar a adesão ao protocolo de infecção latente por tuberculose em pacientes de um centro universitário em São Paulo.

Método: Avaliação retrospectiva de prontuários de um centro terciário entre 2015 e 2022 com avaliação de adesão ao protocolo de tuberculose latente (tratamento universal ILTB para todos os pacientes com CD4 < 350 células e Teste Tuberculínico para os pacientes com CD4 > 350 células, descartado Tuberculose ativa). Sexo, idade e parâmetros laboratoriais e clínicos foram avaliados: diagnóstico prévio de tuberculose, contagem de T CD4 ao diagnóstico, evolução para tuberculose

ao longo do seguimento. Foi utilizado método de regressão logística para avaliação de Odds Ratio e intervalos de confiança de 95%.

Resultados: Foram analisados 211 prontuários de pacientes com diagnóstico de HIV confirmado. 64% (n = 136) dos pacientes eram do sexo masculino, a média de idade ao diagnóstico foi de 44 anos, 9,4% dos pacientes (n = 20) tinham diagnóstico de tuberculose ao longo do seguimento. 54% dos pacientes apresentaram CD4 < que 350 no diagnóstico (n = 111), destes 1% (2 pacientes) realizaram tratamento para ILTB. Dos pacientes com CD4 > 350 (n = 98), 25% (n = 25) realizaram rastreio para ILTB com 2 diagnósticos por PPD e um paciente recebendo tratamento. A taxa de adesão ao protocolo de tratamento do ministério da saúde para os pacientes com CD4 > 350 foi de 50%, enquanto dos pacientes com CD4 < 350 (tratamento independente de rastreio) foi de 1,8% (2 pacientes em 11 indicações). Ao longo do seguimento 5 pacientes evoluíram para tuberculose ativa, sendo 4 no grupo com TCD4 > 350 e 1 no grupo com TCD4 < 350.

Conclusão: A pesquisa de tuberculose latente em PVHIV recém diagnosticados é inconsistente e a adesão aos protocolos é baixa. Possíveis causas para isso são, oferta inconsistente do teste tuberculínico na rede pública, risco de interação medicamentosa e toxicidade levando a pouca oferta de tratamento preventivo. É necessário um reforço na divulgação dos protocolos e treinamento dos profissionais-chave, incluindo a equipe multiprofissional, para melhorar a adesão ao tratamento ILTB.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2022.102467>

ÁREA: INFECTOLOGIA CLÍNICA

EP-029

HISTOPLASMOSE EM PACIENTES NÃO IMUNOSSUPRIMIDOS DE UMA ÁREA ENDÊMICA NO NORDESTE DO BRASIL

Terezinha M. Silva Leitão, Nina Brunet Saraiva Rodrigues, Luís Arthur Brasil Gadelha Farias, Lisandra Serra Damasceno

Hospital São José de Doenças Infecciosas (HSJ), Fortaleza, CE, Brasil

Introdução: A histoplasmose, uma micose sistêmica causada pelo fungo dimórfico *Histoplasma capsulatum*, é endêmica no Ceará. Dados em pacientes não imunossuprimidos são escassos nesta região do Brasil.

Objetivo: Descrever uma série de casos de histoplasmose em pacientes não imunossuprimidos diagnosticados em Fortaleza/CE.

Método: Estudo tipo série de casos, realizado por meio da revisão de prontuários de pacientes não imunossuprimidos com o diagnóstico confirmado através de isolamento do fungo em culturas; ou com diagnóstico provável, quando o paciente apresentava quadro clínico sugestivo de histoplasmose, exposição de risco para a doença, além de detecção de

anticorpos em amostras de soro, de pacientes residentes no Ceará, Nordeste do Brasil, entre 2011 e 2021.

Resultados: Inicialmente, foram identificados 21 pacientes. Quatro pacientes foram excluídos: dois pacientes tinham condições imunossupressoras, um paciente tinha sorologia discordante para HIV não investigada e um paciente não tinha registro médico disponível. Assim, 17 pacientes foram incluídos nesta série. O sexo masculino foi o mais acometido na razão de 13:4 (masculino:feminino). A forma pulmonar aguda foi a mais frequente (n=8), seguida da disseminada crônica (n=6), disseminada progressiva (n=2) e pulmonar crônica (n=1). Seis pacientes necessitaram de hospitalização devido a uma apresentação inicial mais grave, sendo tratados com anfotericina B e itraconazol. Dez pacientes receberam apenas itraconazol. As principais manifestações clínicas na forma pulmonar aguda foram tosse (4/8), dor torácica (3/8), dispneia (3/8), febre (3/8), disfagia (1/8) e hemoptise (1/8). Os principais achados da tomografia computadorizada (TC) de tórax foram linfonodos mediastinais (2/8), massa linfonodal no hilo pulmonar (1/8), nódulos pulmonares (4/8) e opacidades do lobo pulmonar superior (1/8). Os pacientes que apresentavam a forma disseminada progressiva da histoplasmose, apresentaram síndrome febril subaguda como sintoma primário. Na forma crônica disseminada as principais manifestações clínicas foram febre (3/6), emagrecimento (3/6), tosse (2/6), odinofagia (2/6) e artralgia (1/6). Todos os pacientes com esta forma clínica apresentavam exposição de risco para histoplasmose.

Conclusão: A exposição ambiental ao micro nicho do fungo deve ser lembrada nesta população para que a histoplasmose seja diagnosticada mais precocemente, pois apesar das formas pulmonares agudas serem autolimitadas, podem evoluir com desfecho desfavorável.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2022.102468>

EP-030

MENINGOENCEFALITE POR CITOMEGALOVIRUS EM PÓS-OPERATÓRIO DE CIRURGIA CARDÍACA

Graziella Hanna Pereira

Hospital Nipo-Brasileiro, São Paulo, SP, Brasil

Introdução: A infecção por citomegalovirus (CMV) em sistema nervoso central (SNC) ocorre comumente em pacientes com grave imunossupressão (AIDS, transplantes). A infecção em SNC por CMV pode levar a encefalite, ventriculoencefalite ou lesões em massa, mielite ou poliradiculoneurite. A apresentação grave em imunocompetente pode não ser tão rara, portanto devemos estar alertas para quadro clínico neurológico sem diagnóstico em pacientes internados em UTI.

Objetivo: Descrição de meningoencefalite por CMV em paciente em UTI.

Método: Descrevemos um paciente no pós-operatório cardíaco, com múltiplas comorbidades, internada por longo período em UTI, que evoluiu com meningoencefalite por CMV, com liquor predominantemente neutrofilico.

Resultados: Paciente 73 anos, sexo feminino, internada por 72 dias em UTI por pós operatório de cirurgia cardíaca. Submetida a revascularização do miocárdio e troca de valva mitral no início da internação. Evoluiu com quadros infecciosos sequenciais, sendo administrados antimicrobianos de amplo espectro: Infecção de corrente sanguínea relacionada a cateter por *S. epidermidis*, *C. albicans* e *Clostridium difficile* e Insuficiência renal dialítica. Após 50 dias de internação evoluiu com rebaixamento do nível de consciência e anisocoria, sendo submetida a intubação orotraqueal e diagnóstico de meningoencefalite de etiologia à esclarecer. LCR: 880 (neutrófilos 91%), proteína 48, glicose 31, lactato: 3,0. Bacterioscopia e cultura negativas. Foi tratada com meronem, polimixina e linezolida. Após 1 semana de antibióticos, sem melhora clínica, colhido novo LCR: 1200 (N-60% e L 30%) prot 89 G-83 e lactato- 4,9, bacterioscopia, cultura, BAAR e fungos negativos. Devido a piora clínica e liquórica iniciou-se esquema para tuberculose. Solicitado PCR-CMV sérico: 2000 cópias/mL, e iniciado ganciclovir, utilizado por 7 dias antes do óbito. Posteriormente o PCR CMV no LCR foi detectado e PCR herpes e micobactéria não detectados. Exames realizados: AntiHIV negativo, RM crânio: zonas de hipersinal no cerebelo, mesencefalo e angioRM arterial intracraniana com focos de isquemia aguda em múltiplos territórios vasculares, envolvendo topografia anterior bilateral.

Conclusão: Devemos estar alertas para o diagnóstico de CMV em SNC em pacientes internados em UTI por períodos prolongados e submetidos a diversos esquemas antimicrobianos.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2022.102469>

EP-031

TUBERCULOSE DISSEMINADA EM PACIENTE GESTANTE IMUNOCOMPETENTE

Manuel Victor Silva Inácio,
Karollinne Comoreto Boza,
Almir Conrado Lima,
Conrado Felipe Lourenço Roque,
Priscila Audibert Nader,
Philippe Quagliato Bellinati,
Walton Luis Del Tedesco Jr.,
Susana Liliam Wiechmann,
Natalia Tauil Branco, Zuleica Naomi Tano

Universidade Estadual de Londrina (UEL), Londrina, PR, Brasil

Introdução: A tuberculose (TB) é uma importante causa de morbimortalidade materna no mundo todo. A maioria são mulheres infectadas pelo HIV que vivem em países subdesenvolvidos. Apesar da tuberculose afetar mais homens do que mulheres, elas ainda são responsáveis por 32% de todos os casos.

Objetivo: Relatar o caso gestante, imunocompetente, com tuberculose disseminada.

Método: Paciente 27 anos, gestante de 34 semanas com história de ITU de repetição, é encaminhada do consultório