

do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP onde são hospitalizados pacientes susceptíveis ao desenvolvimento de AI. No mesmo momento da coleta foi realizado medida de temperatura e umidade locais. Os fungos foram isolados e submetidos a contagem, em unidades formadoras de colônias (UFC), bem como a identificação fenotípica. A contagem foi apresentada em mediana, primeiro e terceiro quartis, e comparadas pelo teste de Wilcoxon e as correlações feitas pelo método de Spearman. Valores de p menores de 0,05 foram considerados significativos.

Resultados: O isolamento de *Aspergillus* foi observado em todos os períodos do ano, sendo maior no inverno que nas demais estações do ano, que não diferiram entre si [inverno = 2,0 [1,0 – 3,0] UFC/UIIN vs primavera = 0,0 [0,0 – 1,0] UFC/UIIN vs verão = 0,0 [0,0 – 0,0] UFC/UIIN vs outono = 0,5 [0,0 – 1,0] UFC/UIIN; $p < 0,01$]. A espécie mais prevalente entre os isolados identificados foi *A. flavus* (40,0%) seguido de *A. fumigatus* (31,1%) e *A. niger* (28,9%). *A. flavus* foi observado predominantemente no período do inverno, onde representou 60,9% dos isolados. Houve uma correlação inversa entre a carga fúngica com temperatura (Coeficiente de Spearman = -0,592; $p < 0,01$) e com umidade (Coeficiente de Spearman = -0,645; $p < 0,01$).

Conclusão: Estes achados chamam a atenção para o predomínio da espécie *A. flavus* no ambiente hospitalar e pela maior carga fúngica observada no inverno, onde há menor temperatura e umidade, o que pode representar risco mais elevado de incidência de AI.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2022.102558>

EP-129

SÍFILIS INTESTINAL EM PACIENTE IMUNODEPRIMIDOS E SUAS NUANCES NO DIAGNÓSTICO

Talita Resende Leal Ferreira,
Wanderson Sant Ana de Almeida,
Ana Carolina Franco Santana,
Amanda Ferreira Simões, Lígia Lins Frutuoso,
Charlene Corrêa Mendes,
Luciana Oliveira Medeiros Marques,
André Bon Fernandes da Costa,
André Afonso Machado Coelho,
Valéria Paes Lima Fernandes

Hospital Universitário de Brasília (HUB),
Universidade de Brasília (UnB), Brasília, DF, Brasil

Introdução: A sífilis gastrointestinal é uma doença infecto-contagiosa causada pela espiroqueta chamada *Treponema pallidum*. Embora raramente comprometido, o estômago representa a principal sede de lesões sífilíticas, seguido de canal anal baixo, como cólon e reto. É uma manifestação rara da sífilis, podendo ocorrer em sífilis precoce e tardia. Sinais e sintomas são variados como: cancro, condiloma, úlcera ou massa anal, sintomas de proctocolite: hematoquezia, dor anal, tenesmo ou anormalidades da mucosa, linfadenopatias, episódios de diarreia crônica, ou até pacientes

assintomáticos. É transmitida mais frequentemente por via anal sexual insertiva. Os achados histopatológicos mais comuns são inflamação crônica, linfoplasmocitária e criptite. Há risco de diagnóstico errôneo com Doença inflamatória intestinal, levando ao atraso no tratamento, aumento do risco de transmissão e complicações como: fissura, fistula e estenose retal. Além da possibilidade de outras ISTs associadas, como, clamídia e gonorreia.

Objetivo: Descrever caso raro de sífilis intestinal, em paciente HIV positivo com diagnóstico presumido de neoplasia após investigação por imagem, com resolução completa dos sintomas após tratamento com penicilina benzatina.

Método: J.L.S.S, masculino, 50 anos, morador de zona urbana, solteiro. Iniciou com quadro de perda ponderal de 10 quilos em 5 meses, evoluindo com dor intensa para evacuar. Negava sangramentos ou corrimentos. Foi iniciada então investigação diagnóstica por meio de exames de imagem que constataram presença de espessamento de reto, com múltiplos linfonodos perilesionais.

Resultados: Solicitada então biópsia guiada por colonoscopia, que evidenciou atividade inflamatória acentuada de reto e canal anal. Exames de sangue evidenciaram sorologia reagentes para o HIV, porém sem solicitação de sorologia para sífilis. Ao exame anatomopatológico foi observada presença de frequentes microorganismos na borda luminal da mucosa colônica evidenciados através da coloração de Warthin-Starry, compatíveis com espiroqueta intestinal. Iniciado então tratamento com penicilina benzatina 7.200.000 UI, com melhora completa da sintomatologia. Paciente segue em cuidados ambulatoriais, e mantém investigação para outras doenças oportunistas.

Conclusão: A sífilis deve ser considerada como diagnóstico diferencial de toda lesão ulcerada gastrointestinal, incluindo o carcinoma. Como resultado, ressecções cirúrgicas desnecessárias podem ser evitadas, com melhora substancial da morbimortalidade dos pacientes.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2022.102559>

EP-130

APRESENTAÇÃO INÉDITA DA SÍFILIS EM RECEPTOR DE TRANSPLANTE RENAL

Brenda Camila Reck de Oliveira,
Gabriel Berg Almeida,
Ricardo de Souza Cavalcante,
Ricardo Augusto Monteiro B. Almeida

Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista (UNESP), Botucatu, SP, Brasil

Introdução: O aumento da incidência de sífilis constitui um problema de saúde pública e populações imunossuprimidas podem ser acometidas, com risco de doença grave e manifestações atípicas. Apesar do grande número de pessoas submetidas a transplantes renais (TxR), os dados sobre a sífilis nesta população são escassos.

Objetivo: Apresentar manifestação de quadro atípico de sífilis em paciente imunossuprimido.

Método: Homem, 24 anos, procurou o pronto-socorro com uma úlcera genital indolor há 20 dias, evoluindo com múltiplas pápulas eritematosas não pruriginosas em tronco, membros superiores e região palmo-plantar, além de paralisia facial periférica à direita. O paciente fora submetido ao TxR há 18 meses e fazia uso de imunossuppressores (tacrolimo, micofenolato, prednisona). Referia ser heterossexual, negava relações sexuais nos últimos 3 meses e episódios prévios de sífilis. O exame sérico treponêmico de quimioluminescência (CLIA) pré-TxR era não reagente, assim como o teste sérico não treponêmico VDRL do seu doador falecido. Na investigação sorológica do quadro, o VDRL (1:16) e a CLIA resultaram reagentes. O estudo do líquido evidenciou discreta hiperleucorraquia linfomonocitária, hiperproteínoorraquia, hipoglicorraquia, VDRL não reagente e FTA-ABS IgG reagente. A avaliação oftalmológica mostrou edema de papila em olho direito, sugerindo acometimento por sífilis. A biópsia de pele em tronco demonstrou padrão de dermatite de interface, com infiltrado linfocitário perivascular e perianexial. A imunohistoquímica anti-Treponema revelou-se positiva. O paciente foi tratado com penicilina G intravenosa, 4 milhões de UI a cada 4 horas, por 14 dias. Ao final do tratamento, notou-se completa cicatrização da lesão peniana, melhora importante das outras lesões dermatológicas e da paralisia facial.

Resultados: A sífilis sexualmente adquirida normalmente segue seu curso clínico natural, com fases bem definidas, sequencialmente caracterizadas como primária, secundária, latente e, em até 40% dos casos, pela fase terciária. Em populações imunodeprimidas, a apresentação clínica mostra-se atípica. Apenas seis relatos de sífilis adquirida após o TxR foram identificados na literatura, todos casos graves e disseminados. O caso relatado trouxe apresentações inéditas da sífilis: o acometimento primário e secundário simultaneamente, acometimento neurológico e oftálmico, a paralisia facial periférica, além do VDRL falso-negativo em LCR. Deve-se estar atento as apresentações atípicas em pacientes submetidos ao TOS.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2022.102560>

ÁREA: INFECÇÃO PELO HIV-AIDS E ISTS

EP-131

NEUROTOXOPLASMOSE COM ACOMETIMENTO DE MEDULA ESPINHAL, UM CASO RARO

Renata Zorgetti Manganaro Oliveira,
Carlo Bonasso Filho,
Marcos Antonio Cavalari Souza,
Irineu Luiz Maia

Hospital de Base, Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP), São José do Rio Preto, SP, Brasil

Introdução: A toxoplasmose de sistema nervoso central (SNC) está em terceiro lugar como a infecção oportunista definidora de AIDS mais prevalente no Brasil, sendo o encéfalo o local

mais comum de acometimento. A mielite pelo *Toxoplasma gondii* é considerada rara mesmo nos casos de imunossupressão, mas sua hipótese deve ser considerada e está amplamente associada a gravidade e desfecho desfavorável.

Objetivo: Relato de caso de toxoplasmose de SNC com acometimento de medula espinhal em paciente HIV sem tratamento prévio.

Método: Paciente do sexo masculino, 49 anos, branco, HIV positivo há 15 anos com carga viral detectável e CD4 29 células/mm³. Foi admitido devido cervicalgia com irradiação para face lateral de membros superiores associado a parestesia e paraparesia de membro inferior direito há 15 dias. Na ressonância magnética de crânio foram vistas lesões com realce anelar e áreas de edema vasogênico perilesional na porção posterolateral direita da ponte, lobo occipital esquerdo e pedúnculo cerebelar direito. Devido a síndrome clínica e o exame de imagem, compatíveis com neurotoxoplasmose, foi iniciado o tratamento com Sulfadiazina, Pirimetamina e ácido folínico.

Resultados: Durante a internação, o paciente apresentou incontinência fecal e urinária seguida de paraplegia. Feita ressonância magnética (RNM) de neuroeixo, evidenciando lesão grosseiramente nodular expansiva de situação intratecal, intradural e intramedular de C7 a T1. Realizada abordagem cirúrgica pela equipe da neurocirurgia, com diagnóstico definitivo de neurotoxoplasmose através do anatomopatológico. O paciente evoluiu a óbito um mês após início do tratamento.

Conclusão: A neurotoxoplasmose é uma doença oportunista grave, estando sempre no escopo dos diagnósticos diferenciais em portadores do vírus da imunodeficiência que se apresentam com sintomas neurológicos focais. Revisões sugerem que, nestes pacientes, a evidência sorológica da infecção por *T. gondii* e sintomas de mielite, devem receber tratamento empírico imediato vista alta taxa de mortalidade e complicações neurológicas, sendo a biópsia reservada para casos de não melhora clínica. O nosso paciente teve uma evolução fatal mesmo com tratamento instituído, o que corrobora a severidade da doença. A morbimortalidade pela doença vem diminuindo devido o acesso a terapia antirretroviral (TARV), mas a infecção por *T. gondii* ainda representa um determinante de mau prognóstico na história natural do HIV.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2022.102561>

EP-133

PENETRAÇÃO DOS ANTIRRETROVIRAIS NO SISTEMA NERVOSO CENTRAL (SNC) E ALTERAÇÕES NEUROCOGNITIVAS EM MULHERES INFECTADAS PELO HIV

George Gonçalves Souza, Gabriela Silva Prates,
Sandy Vieira Teixeira, Luisa O. Pereira,
Mariana Amélia Monteiro,
Carolina Fernandes Gualqui,
Maria Rita Polo Gascon, Ana Paula R. Veiga,
Alberto J.S. Duarte, Jorge Simão do R. Casseb