

simples e sentido negativo que está amplamente presente no viroma humano e, apesar de ser considerado não patogênico, causa uma viremia persistente e está distribuído mundialmente, sendo detectado em diversos fluidos corporais em até 90% dos indivíduos saudáveis. A eliminação deste vírus é majoritariamente realizada pelo sistema imunológico, refletindo na carga viral do indivíduo e, por conta disso, pacientes imunossuprimidos, como os pacientes submetidos à terapia renal substitutiva (TRS), tendem a apresentar uma carga viral maior que a dos indivíduos saudáveis. A saliva é considerado um método não invasivo e, por possuir uma maior taxa de detecção do DNA do TTV e maior carga viral em comparação a outros fluidos, como o plasma, pode ser eficaz como um biomarcador do sistema imunológico destes pacientes com imunossupressão.

Objetivo: O estudo apresentado pretende investigar a dinâmica de excreção do TTV em amostras de saliva de pacientes pediátricos com doença renal crônica (DRC) submetidos à TRS, a fim de estabelecer uma dinâmica de excreção viral e uma correlação entre a prevalência e carga viral com o impacto da terapia no sistema imunológico destes pacientes.

Método: O estudo contou com um total de 86 indivíduos, separados em três grupos, sendo pacientes pediátricos, crianças (0-11 anos) e adolescentes (12-18 anos) e acompanhantes adultos (> 18 anos). Um total de 334 amostras de saliva foram coletadas da população de estudo no decorrer do tratamento, obtendo um máximo de 7 coletas e uma média de 4 coletas, sendo que a maioria dos indivíduos realizou 5 coletas. As amostras foram submetidas à extração de ácido nucleico total viral e detecção do TTV por PCR em tempo real quantitativo (qPCR).

Resultados: O grupo de pacientes pediátricos crianças apresentou uma positividade média de 98,7% e uma carga viral média de 7,38 log cp/ml e o grupo de pacientes pediátricos adolescentes uma positividade média de 99% e uma carga viral média de 7,33 log cp/ml, enquanto o grupo dos acompanhantes apresentou uma positividade média de 95,6% e uma carga viral média de 5,73 log cp/ml.

Conclusão: Sendo assim, observou-se que os pacientes pediátricos obtiveram uma maior positividade e carga viral em comparação aos acompanhantes adultos e que o TTV apresentou uma alta taxa de detecção em saliva, podendo ser um marcador para a progressão da DRC e o andamento da TRS nestes pacientes.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2024.104067>

EP-145 - FATORES DE RISCO ASSOCIADOS A DOENÇA FÚNGICA INVASIVA PERI TRANSPLANTE DE FÍGADO

Edson Abdala, Maristela Pinheiro Freire,
Wellington Andraus,
Luiz Augusto Carneiro D'Albuquerque,
Alice Tung Wan Song, Larissa N. de A Gouveia

Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo (HC-FMUSP), São Paulo,
SP, Brasil

Introdução: A doença fúngica invasiva (DFI) é uma importante causa de morbidade e mortalidade após o transplante de fígado (TF). Os principais agentes associados à DFI precoce são *Candida* sp. e *Aspergillus* sp. No entanto, faltam dados na literatura sobre a DFI durante o período peritransplante, as primeiras 24 horas após o transplante.

Objetivo: Identificar os fatores de risco para ocorrência de DFI no período peritransplante e fatores de risco de mortalidade em 30 dias após o transplante.

Método: Estudo caso-controle retrospectivo unicêntrico de pacientes transplantados de fígado de 2002 a 2017.

Resultados: Houve 26 casos de DFI intraoperatória e 78 controles. Na análise multivariada, os dias de internação antes do transplante (OR 1,09, $p=0,01$) e anastomose biliodigestiva (OR 5,01, $p=0,02$) foram associados à ocorrência de DFI. O uso de antimicrobianos nos 30 dias anteriores ao transplante (HR 5,94, $p=0,009$), hemodiálise após TF (HR 6,3, $p=0,004$) e disfunção precoce do enxerto (HR 8,94, $p=0,006$) foram independentemente associados ao óbito.

Conclusão: Pacientes hospitalizados antes do transplante e anastomoses biliodigestivas foram fatores de risco significativos para ocorrência de DFI no período peritransplante, e essas infecções não foram consideradas fator de risco para óbito nos primeiros 30 dias após o transplante.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2024.104068>

EP-146 - INFECÇÃO CUTÂNEA POR MYCOBACTERIUM MARINUM: RELATO DE CASO

Laura de Mello Medeiros,
Luiza Guimarães de Almeida,
Igor Thiago Queiroz

Universidade Potiguar (UnP), Natal, RN, Brasil

Introdução: A micobactéria não tuberculosa, *Mycobacterium marinum*, é típica de ambientes aquáticos e sua infecção, embora rara em humanos, afeta principalmente pele e mucosas, com evolução crônica. O diagnóstico e tratamento são desafiadores devido a achados clínicos inespecíficos e diretrizes não padronizadas. A história clínica está resumida em traumatismo local com posterior contaminação. Este caso relata infecção cutânea por *M. marinum* em paciente idosa, imunossuprimida e com evolução lenta, destacando a relevância de um diagnóstico e tratamento adequado e individualizado.

Objetivo: O presente trabalho visa descrever uma infecção por *M. marinum*, de uma idosa e imunossuprimida, com o propósito de destacar a importância da detecção precoce por meio de métodos diagnósticos que direcionam para a identificação e tratamento específico.

Método: Trata-se de relato de caso baseado na análise do prontuário médico e histopatologia da paciente.

Resultados: Paciente feminina, 67 anos, imunossuprimida - portadora de artrite reumatoide em uso de Umira. Referiu lesão em dorso da mão direita após hidroginástica em ambiente salino. Evoluiu com formação de pápulas e exsudação, com posterior progressão eritematosa, edema e linfangite

nodular ascendente. Em biópsia, o anatomopatológico resultou em processo granulomatoso supurativo, granulomas mal formados, sem células gigantes tipo Langhans e positivo para micobactérias atípicas. O tratamento empírico inicial não teve sucesso, mas uma nova coleta da secreção, realizada com técnica FITE, apresentou resultado negativo para *Mycobacterium tuberculosis*. O tratamento com Claritromicina, Etambutol e Rifampicina durou 6 meses, pela extensão da lesão, com boa resposta.

Conclusão: O *M. marinum*, de nicho aquático é incomum. A lesão se desenvolve após trauma ou contato com o ambiente aquático e seu padrão inicia-se com nódulos eritematosos no local da inoculação, com superfície rugosa, podendo evoluir para uma placa, ulceração, ou seguir o trajeto linfático, semelhante a esporotricose, como o evidenciado. O diagnóstico é confirmado por PCR e o tratamento depende da extensão da lesão e da imunidade do paciente. Estudos indicam associação entre Etambutol e um Macrolídeo, geralmente, claritromicina, durando até dois meses após o fim dos sintomas. Sobre às lesões, ressecção não é recomendada a princípio. Este caso destaca a importância da investigação detalhada em pacientes com lesões cutâneas incomuns para um manejo adequado e desfecho favorável.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2024.104069>

EP-147 - FALHA TERAPÊUTICA DO USO DE ITRACONAZOL NO PACIENTE IMUNODEPRIMIDO COM DIAGNÓSTICO DE ESPOROTRICOSE: UM RELATO DE CASO

Luana Barreto de Almeida,
Daniela Carla L. de Albuquerque,
Heloisa Calegari Borges,
Victor Hugo Nogueira Tiburt, Yuri Leite Eloy,
Nara Percilia da Silva Sena,
Kádja Imperiano Guede,
Vanessa Caroline Correia Mendes,
Maria Olívia Torres A. Alenc,
Natália Queiroz S. Ribeiro

AFYA - Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba,
Cabedelo, PB, Brasil

Introdução: A esporotricose é uma micose subcutânea, causada pelo fungo *Sporothrix* spp e que apresenta como principais formas a cutânea, linfocutânea, extracutânea e disseminada. Transmitida pela inoculação do fungo em ferimentos já existentes e tratada com antifúngicos como itraconazol e anfotericina B. O HIV modifica a progressão da esporotricose, sendo sua manifestação influenciada pela condição imunológica do indivíduo. O HIV provoca um declínio progressivo do sistema imunológico e infecta, principalmente, os linfócitos T CD4+ (LT), macrófagos e células dendríticas (PINTO NETO, 2020). Quando o LT-CD4 cai, o corpo perde imunidade e torna-se vulnerável à infecções.

Objetivo: Demonstrar a falha terapêutica do uso de Itraconazol em paciente imunodeprimido com diagnóstico de esporotricose.

Método: Trata-se de um relato de caso clínico de paciente do Complexo de Doenças Infecto Contagiosas Clementino Fraga, João Pessoa – PB.

Resultados: Sexo feminino, 45 anos, HIV em tratamento regular, sem mais comorbidades. Admitida com diagnóstico de esporotricose cutânea, linfonodos ulcerados, sinais flogísticos e drenagem espontânea de secreção purulenta. Uso de Itraconazol 100mg VO 12/12h 2 meses, sem melhora, com surgimento de novas lesões, linfagite, febre, dor e edema, levando-a à internação. Iniciado Ampicilina Sulbactam 3g EV 6/6h 7 dias, evoluiu com desaparecimento de sintomas de infecção secundária. Mantido Itraconazol 100mg VO 12/12h, considerando falha terapêutica pela infecção secundária, evoluiu sem melhora. Após 15 dias, iniciado Anfotericina B 50 mg 24/24h. Com 5 dias de uso, expressiva regressão da linfagite e melhora de lesões. Alta após 20 dias, sendo orientado retorno em 10 dias, observando-se regressão da linfagite e reepitelização das lesões, demonstrando efetividade da dose terapêutica de Anfotericina e falha ao Itraconazol.

Conclusão: O tratamento em pacientes imunossuprimidos tende a ser prolongado e o Itraconazol ainda é primeira linha de escolha. Pacientes com HIV parecem ter pior prognóstico, necessitando de doses elevadas de medicamentos e hospitalização. Para as formas graves, a anfotericina B é o fármaco de escolha, sem desconsiderar o itraconazol (CRUZ, 2020). A coinfeção pelo HIV altera a gravidade dos pacientes com esporotricose, dependendo do estado imunitário e grau de imunossupressão (Queiroz-Telles, 2019). Assim, HIV positivos demonstram necessidade de acompanhamento pelo declínio imunológico, elevando o potencial de agravo do quadro, não respondendo de forma satisfatória ao Itraconazol.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2024.104070>

EP-148 - ANÁLISE DOS MÉTODOS DIAGNÓSTICOS PARA HISTOPLASMOSE DISSEMINADA PROGRESSIVA EM PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS EM ÁREA HIPERENDÊMICA DO BRASIL DE ABRIL/2023 A ABRIL/2024.

Matheus Alves de Lima Mota,
Marcos Maciel Sousa,
Luis Arthur Brasil Gadelha,
Italo Oliveira Moura,
Pedro Quarantana Alves Cavalcanti,
Huckell Holanda de Moraes Pinho,
Jacó Ricart de Lima Mesquita,
Gdayllon Cavalcante Menezes,
Elizabeth de Francesco Daher

Hospital São José, Brasil

Introdução: *Histoplasma capsulatum* é uma das principais causas de morte em pessoas vivendo com HIV/Aids (PVHA). A histoplasmoze disseminada progressiva (HDP) é a forma mais grave da doença, oferecendo risco à vida quando não diagnosticada precocemente. A HDP persiste um desafio diagnóstico a despeito de novos métodos. A identificação de *H. capsulatum* por visualização direta ou cultura confirma o diagnóstico de