

forma, urge-se a realização de medidas para educação sobre o tema, com um maior estímulo governamental à vacinação contra o Herpes-Zoster, e também a realização de estudos para compreender a distribuição epidemiológica da doença.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2024.104241>

EP-337 - TÉTANO, AINDA É PRECISO SABER COMO ELE SE APRESENTA!

Henrique Dallabona Kauka,
Pedro Henrique Benvenho Romagnoli,
Talyta Thibes Tecilla, Danielle Iumi Kague,
Susana Liliam Wiechmann,
Philippe Quagliato Bellinati,
Priscila Audibert Nader,
Manuel Victor Silva Inacio,
Zuleica Naomi Tano

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

Introdução: O tétano é uma doença causada por toxinas produzidas pela bactéria *Clostridium tetani*. É uma doença muito prevalente em países em desenvolvimento e prevenível por vacinação, a qual, no Brasil, é distribuída gratuitamente pelo SUS. Apesar disso, a incidência do tétano tem se mostrado alta e letal, se comparado a outros países. Isso ocorre devido à falha na cobertura vacinal nacional, a qual, não atinge índice de vacinação de 95% preconizado. Sendo assim, esses indivíduos tornam-se suscetíveis à infecção.

Objetivo: Analisar o histórico de casos de tétano dos últimos 10 anos no Hospital Universitário de Londrina (HUL).

Método: Foi realizado um levantamento dos casos de tétano internados no HUL através de revisão de prontuários médicos. O número de pacientes total foi de 19.

Resultados: Nesse sentido, é possível estabelecer que o perfil do paciente com tétano atendido no HUL é: Homem de meia idade (Me: 54 anos, x: 58,26 anos e σ : 18,58 anos). A maioria não conhece seu status vacinal ou não é vacinado. Ocupação dos pacientes: pedreiro, eletricista, morador de rua e trabalhador do campo. Todos com contágio acidental, esses pacientes apresentaram um curto período de incubação (cerca de uma semana), desenvolvendo, logo após, sintomas referentes ao tétano generalizado, sendo os mais presentes trismo, febre, rigidez muscular, disfagia e espasmos musculares. O manejo do paciente foi similar em relação ao uso de antibiótico, em todos foram utilizados penicilina e/ou metronidazol. Em contrapartida, o uso de Soro Antitetânico (SAT) e Imunoglobulina (IGHAT) variou entre pacientes: quatro utilizaram SAT e/ou IGHAT e três nenhum. Além disso, durante a internação, 6 pacientes necessitaram de debridamento da ferida contaminada. O Tempo de internação é de 1 a 14 semanas, sendo o tempo de internação em UTI, quando necessário, em média de 48 dias. Houve presença de infecções secundárias na maioria dos pacientes internados. O desfecho da maioria dos casos se dá em alta (57,89%).

Conclusão: Portanto, fica clara a importância da conscientização, a fim de despertar a percepção da população acerca da gravidade da doença e da ação da atenção primária no

processo de imunização nacional, principalmente entre adultos que não fazem o reforço.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2024.104242>

EP-338 - COMPRESSÃO MEDULAR POR LINFOMA NÃO HODGKIN EM PVHIV: RELATO DE CASO

Larissa Fagundes de Paula,
Samanta de Abreu Gonçalves,
Isaías Mendes da Silva Júnior,
Jaqueline Pereira da Silva,
Juvencio José Furtado

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

Introdução: Entre pessoas vivendo com HIV (PVHIV), o risco de desenvolver um Linfoma não Hodgkin, como o Linfoma de Burkitt (LB), é 11.15 vezes maior que na população geral. No entanto, a compressão medular por LB é uma apresentação clínica rara.

Objetivo: Esta busca auxiliar profissionais da saúde a identificar casos de LB no Sistema Nervoso Central (SNC) em PVHIV, que possui alta mortalidade e baixa qualidade de vida após diagnóstico.

Método: Relato de caso e revisão da literatura.

Resultados: Paciente do sexo masculino, 41 anos, iniciou em 14/12/2023 quadro de lombalgia acompanhado de dor e parestesia em membros inferiores, evoluindo com paraplegia, retenção urinária e constipação intestinal após dez dias, quando foi internado em hospital público em São Bernardo do Campo - SP. Durante a internação, evoluiu com melhora espontânea dos sintomas. Foi realizado exame de líquido cefalorraquidiano (LCR) que demonstrava apenas hiperproteínoorraquia (proteína 182 mg/dL). Realizada ressonância nuclear magnética (RNM) de crânio e coluna total, que demonstrava hipersinal inespecífico em corpos vertebrais. Quando diagnosticado com HIV com carga viral de 2.270.000 cópias e CD4 43, foi transferido a hospital de referência em infectologia (04/01/2024) onde foram notados hepatoesplenomegalia e linfonodomegalias, e realizada biópsia de linfonodo axilar. Já em programação de alta hospitalar, devido a melhora clínica, paciente apresentou quadro súbito de febre, paraparesia e hipoestesia, evoluindo em dois dias com paraplegia, retenção urinária e constipação intestinal. Realizada nova RNM, que demonstrou lesões expansivas intradurais e extramedulares, com compressão medular; e nova coleta de LCR: viscoso, 1 célula, 8 hemácias, proteínas 716 mg/dL, glicose 40 mg/dL, citologia oncótica com numerosos linfócitos (devido a escassez de material, imunofenotipagem não foi feita). Com hipótese diagnóstica de linfoma, foi iniciada dexametasona e terapia antirretroviral (TARV), mas paciente evoluiu com disautonomia, síndrome de lise tumoral e óbito. Posteriormente o resultado da biópsia demonstrou proliferação linfocitária atípica, com imunohistoquímica sugestiva de linfoma B de alto grau - Linfoma de Burkitt.

Conclusão: O LB possui 3 subtipos, endêmico, esporádico e associado à imunodeficiência. Na última forma o

acometimento do SNC é fator independente de mau prognóstico, sobretudo se associado a CD4 < 100. É importante ressaltar que essa forma de LNH é de difícil diagnóstico na histopatologia, sendo importante a imunohistoquímica.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2024.104243>

EP-339 - SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ EM LACTENTE: UM RELATO DE CASO

Laura Mescouto F.F. Xavier,
Ana Beatriz G.N. Lima,
Myrlena Regina M. Mescouto Borges

Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
(UFMS), Campo Grande, MS, Brasil

Introdução: A síndrome de Guillain-Barré (SGB) é uma polirradiculoneuropatia desmielinizante aguda idiopática, normalmente precedida por alguma infecção ou estimulação imune, frequentemente associada, em estudos, com a vacinação contra Influenza, apresentando diferentes formas de evolução e complicações.

Objetivo: Objetivamos relatar um caso de Síndrome de Guillain-Barré procedido à vacinação contra Influenza e subsequentes complicações hospitalares.

Método: Análise de prontuário, descrevendo os sinais e sintomas apresentados, evolução, exames complementares, métodos diagnósticos, tratamento prescrito e intervenções terapêuticas aplicadas.

Resultados: Paciente de 1 ano e 5 meses, sexo masculino, admitido com quadro de paresia de MMII, histórico de imunização contra Influenza (trivalente) 10 dias antes do início dos sintomas apresentados. Diagnóstico de SGB firmado baseado nos dados clínicos e por análise do líquido, que apresentava aumento de proteínas totais e albumina, com celularidade de 5 células/mm³. Foi indicada e realizada terapia por imunoglobulina intravenosa, por 5 dias, e pulsoterapia (Prednisona), manifestando melhora progressiva do quadro de déficit neurológico. Após 7 dias, apresentou o primeiro pico febril, aferido em 38,3°C, associado a desconforto respiratório incessante por 6 dias, sendo transferido para o HGP em Palmas, TO. Ao ser admitido, foi diagnosticado com pneumonia bacteriana a radiografia de tórax, que demonstrou focos de consolidação alveolar, concentrados em ápice e terço médio de HTE. Aos exames laboratoriais, Hb: 9,1 g/dL, Ht: 27,1%, Leu: 12.800, Plaquetas: 218.000, DHL: 1775 U/L, PCR: 29,13 mg/L, CR: 0,66 mg/dL, PCT > 50 ng/mL, Lactato 104,8 mg/dL. Ao exame físico apresentou palidez cutaneomucosa, aparelho pulmonar com MV diminuído em HTE, abdome globoso e distendido. Conduta definida para a pneumonia bacteriana com Cefepime (150 mg/kg/dia) e, devido à pulsoterapia prévia, a redução de 0,2mg da corticoterapia a cada 48 horas.

Conclusão: A SGB é uma doença até então idiopática e que pode apresentar diferentes etiologias, podendo ou não estar associada à vacinação precedente à sintomática, tendo em vista a falta de histórico de doença infecciosa prévia à neuropatia, havendo estudos que corroboram com tal hipótese. Ademais, a conduta adotada de pulsoterapia para manejo da SGB não apresenta benefícios ao prognóstico dos pacientes,

visto que, no caso relatado, evoluiu com imunossupressão pela corticoterapia, contribuindo para uma infecção secundária, a pneumonia bacteriana.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2024.104244>

EP-340 - MANEJO TERAPÊUTICO E DESFECHO CLÍNICO DA DOENÇA PULMONAR E/OU EXTRAPULMONAR POR MICOBACTÉRIAS DE CRESCIMENTO RÁPIDO (MCR)

Lucas de Noronha Lima,
Leonardo Pires de Noce, Marcia Teixeira Garcia,
Antônio Camargo Martins, Nanci Michele Saita,
Amanda Tereza Ferreira,
Thaís Cristina Faria Pacheco,
Michele de Freitas Neves Silva,
Rodrigo Nogueira Angerami,
Mariângela Ribeiro Resende

Hospital das Clínicas (HC), Universidade Estadual
de Campinas (UNICAMP), Campinas, SP, Brasil

Introdução: As Micobactérias de crescimento rápido (MCR) são definidas como aquelas com crescimento em meio sólido em até uma semana. São microrganismos ubíquos, oportunistas podendo causar acometimento pulmonar e extrapulmonar, este relacionado ou não à assistência em saúde (IRAS).

Objetivo: Avaliar o manejo terapêutico, eventos adversos e o desfecho clínico de pacientes com MCR acompanhados em ambulatório de referência do Estado de São Paulo.

Método: Foi realizado um estudo de coorte retrospectiva, sendo incluídos pacientes com diagnóstico de doença ativa por MCR com comprovação microbiológica segundo os critérios da American Thoracic Society e ANVISA/MS/Brasil no período de 2016 a 2023 atendidos em hospital de referência.

Resultados: Dentre os 168 casos de Micobactéria não tuberculosis (MNT), 34 (20,2%) foram de MCR. Foram 32 casos novos e duas recidivas, com identificação do Complexo M abscessus (CMAB) em 20 (58,8%), da espécie *M. fortuitum* em 12 (35,2%) e de outras espécies em 2 (5,8%). Formas pulmonares ocorreram em 17 (50%) com maior prevalência de *M. abscessus* (76,4%). Dentre as extrapulmonares, 10 (58,8%) foram relacionadas à assistência à saúde. Quanto ao sítio da infecção, 7 (41,1%) foram de pele e partes moles. Em dois casos de CMAB, detectaram-se resistência ao macrolídeo. Os regimes terapêuticos antes de 2021 foram individualizados por agente; após este período, seguiram-se as diretrizes do MS, 32 (94,1%) utilizaram macrolídeo, 22 (64,7%) fluorquinolonas, 9 (26,4%) carbapenêmico, 5 (14,7%) tigeciclina, 8 (23,5%) clofazimina. Eventos adversos ocorreram em 44,1% dos casos, sendo os mais frequentemente observados intolerância gastrointestinal em 4 (11,7%), ototoxicidade 3 (8,8%), tendinopatia 2 (5,8%), nefrotoxicidade 2 (5,8%), cardiotoxicidade 2 (5,8%), hepatotoxicidade 1 (2,9%) e mielotoxicidade 1 (2,9%). O tempo médio de tratamento na fase intensiva foi 98,6 dias e na de manutenção foi 340 dias. Quanto ao desfecho, evoluíram 21 (61,7%) com cura, 1 (2,9%) com falência de tratamento, 2 (5,8%) para óbito e 9 (26,4%) com mudança de tratamento.