

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.