

relação à mortalidade, pacientes que estavam com dispositivo urinário apresentaram risco maior de 2,75 para evoluírem a óbito. As variáveis clínicas e demográficas dos pacientes não apresentaram significância estatística.

Discussão/conclusão: Os fatores de risco para o desenvolvimento de ITU-AC estão relacionados com o período de hospitalização, além do tempo de uso do cateter urinário, bem como ao número de vezes em que o dispositivo é inserido. Esses fatores influenciam na exposição do paciente a patógenos hospitalares, como também na formação de biofilmes, o que contribui para a resistência aos antimicrobianos. Ainda, estar cateterizado foi um preditor importante para mortalidade.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2018.10.258>

EP-197

IMPACTO DO SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR NO USO DE CATETER VENOSO CENTRAL EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA DE MEDICINA TROPICAL



Mariana Pinheiro A, Vasconcelos, Júlia
Teixeira Ton, Alássia Lorena Costa, Iris Land
L. Lima, Stella Ângelo T. Zimmerli

Centro de Medicina Tropical de Rondônia
(Cemetron), Porto Velho, RO, Brasil

Data: 19/10/2018 - Sala: TV 7 - Horário: 14:12-14:17 - Forma de Apresentação: E-pôster (pôster eletrônico)

Introdução: Infecção primária de corrente sanguínea é uma das principais causas de infecções relacionada à assistência à saúde, é uma importante causa de complicações como sepse, notavelmente em unidades de terapia intensiva. Na maioria dos casos são relacionadas a cateter venoso central (CVC).

Objetivo: Avaliar o impacto da visita diária do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH) na taxa de uso de cateter venoso central.

Metodologia: Estudo retrospectivo feito na UTI do Centro de Medicina Tropical de Rondônia (Cemetron) entre janeiro de 2017 e julho de 2018 (19 meses). A UTI do Cemetron tem sete leitos, com taxa média de ocupação no período de 71,6%. Foi analisada a taxa de uso (TU) de cateter venoso central em dois períodos, 11 meses (01/2017 a 11/2017) sem intervenção do SCIH e oito meses (12/2012 a 07/2018) após intervenção do SCIH nas visitas multidisciplinares da UTI, que acontecem três vezes por semana. Para as análises estatísticas foi usado o GraphPad Prism[®] versão 6.0.

Resultado: No período de 11 meses sem o SCIH nas visitas multidisciplinares a média da TU de CVC foi de 78,2%, mínima de 66,7% e máxima de 89,7%, com desvio-padrão de 7,8. No período de oito meses com SCIH nas visitas multidisciplinares a média da TU de CVC foi de 48,2%, mínima de 33,6% e máxima de 74,2%, com desvio-padrão de 13,0. Evidenciou-se uma diminuição estatisticamente significativa da TU CVC ($p=0,001$) após intervenção do SCIH. Não houve diferença estatisticamente significativa ($p=0,87$) entre os dois momentos analisados com relação à ventilação mecânica, média da TU de VM de 59,3%.

Discussão/conclusão: De acordo com a Anvisa, a média da TU de VM nas UTIS adulto do Brasil entre 2011 e 2016 variou entre 30 a 47%. Nossos dados mostram que UTI de hospital de doenças infecciosas pode estar associada a pacientes mais graves e com necessidade de mais tempo de VM. A despeito disso, o SCIH presente nas visitas multidisciplinares foi de fundamental importância para o uso racional de CVC na UTI avaliada. Verificou-se uma diminuição significativa da TU de CVC, mesmo sem mudança no perfil de gravidade dos pacientes, o que sugere que muitos desses dispositivos eram desnecessários para o manejo do paciente, pode impactar de forma significativa na incidência de infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS) e na mortalidade.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2018.10.259>

Área: HIV-AIDS/ISTS/HEPATITES

Sessão: CASOS CLÍNICOS

EP-198

HEMATOMA SUBDURAL AGUDO COMO MANIFESTAÇÃO DE LINFOMA DE BURKITT EM PACIENTE HIV



Mônica P. Pecoraro Rodrigues, Celso
Alessandro de Andrade, Gabriella M.
Medeiros Coelho, Júlia Lutgens Minghini,
Leopoldo Tosi Trevelin, Loni Suliani Dorigo,
Juvencio José Duailibe Furtado

Hospital Heliópolis, São Paulo, SP, Brasil

Data: 19/10/2018 - Sala: TV 8 - Horário: 13:30-13:35 - Forma de Apresentação: E-pôster (pôster eletrônico)

Introdução: Sabe-se que 29% dos casos de linfoma de Burkitt (LB) estão relacionados a pessoas que vivem com HIV/Aids. Esses estão associados a pior prognóstico, pois o diagnóstico ocorre em fases avançadas da doença. Linfoma de Burkitt associado a hematoma subdural agudo (HSD) é muito raro.

Objetivo: Relacionar hematoma subdural agudo de etiologia não traumática como possível sinal de malignidade associada ao LB, em paciente HIV positivo.

Metodologia: Paciente masculino, 37 anos, HIV positivo em uso de terapia antirretroviral (TARV) regularmente havia seis meses, com queixa de cefaleia intensa latejante e pioria aos esforços, com duração de cinco dias. Esse quadro iniciou 20 dias antes com diplopia, parestesia de 2° e 3° quírodáctilo esquerdo, evoluiu em dez dias com parestesia à esquerda e paralisia facial periférica, associada a ptose palpebral direita. Não havia antecedentes de traumatismo craniano. Feita coleta de líquido cefalorraquidiano com pressão de abertura de 42 mmHg, proteinorraquia de 106, dois leucócitos, glicorraquia de 56, cloro de 106. Ressonância magnética de crânio evidenciou hematoma subdural subagudo frontoparietal esquerdo. Foi então feita drenagem do hematoma subdural (DHSD). Apesar da melhora imediata após o procedimento, o paciente evoluiu paulatinamente com pioria do déficit motor, apresentou no 28° dia de pós-operatório (PO) tetraparesia. Durante internação foram feitas novas tomografias, que evidenciaram aumento de linfonodos em cadeia torácica interna, mesentérica e inguinal de até 1,8 cm. Coletado novo líquido,

que confirmou a suspeita de infiltração neoplásica de espaço subaracnoide (20 leucócitos, com 81% linfócitos, com 100% de células neoplásicas, proteinorraquia de 225, glicorraquia de 28). Mielograma foi compatível com linfoma de Burkitt. O paciente evoluiu de forma grave com plaquetopenia, insuficiência renal aguda, instabilidade hemodinâmica e óbito no PO 53° DHSD. A revisão feita em banco de dados Pubmed achou três casos de HSD como primeira apresentação de linfoma de Burkitt, um deles em paciente HIV. Em todos os casos os sintomas principais foram: cefaleia intensa, alteração de força motora em membros e sintomas gástricos inespecíficos. Em um dos casos houve a presença de ptose palpebral.

Resultado: Não se aplica

Discussão/conclusão: Na ocorrência de HSD na ausência de outras complicações neurológicas, deve-se considerar LB como diagnóstico diferencial, pode antecipar o início da quimioterapia e aumentar as chances de sobrevida dos pacientes.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2018.10.260>

EP-199

TOXOPLASMOSE MEDULAR FATAL RESISTENTE AO TRATAMENTO EMPÍRICO EM PACIENTE COM AIDS: RELATO DE CASO

Fernanda Chin Yu O. Lee, Matheus Tonholo Silva, Stefânia Bazanelli Prebianchi, Leonardo Favi Bocca, Linus Jan No, Larissa Gandolpho, Alexandre I. Kochi Silva, Marcondes Pimentel Cruz, Franz Jooji Onishi, Carlos R. Veiga Kiffer

Escola Paulista de Medicina (EPM), Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), São Paulo, SP, Brasil

Data: 19/10/2018 - Sala: TV 8 - Horário: 13:37-13:42 - Forma de Apresentação: E-pôster (pôster eletrônico)

Introdução: Complicações neurológicas por causas infecciosas são comuns em pacientes com HIV/Aids, a toxoplasmose é a maior responsável por lesões focais em sistema nervoso central (SNC), usualmente no encéfalo. A apresentação inicial de toxoplasmose como mielite isolada é rara. O diagnóstico de apoio da toxoplasmose em SNC baseia-se no uso da ressonância nuclear magnética (RNM) de neuroeixo, exame do líquido com pesquisa de *Toxoplasma gondii* e até a biópsia lesional. Na suspeita de mielopatia por toxoplasmose, inicia-se a terapia empírica com base no uso de sulfas, pirimetamina ou clindamicina.

Objetivo: Relatar o caso de paciente masculino com HIV/Aids que evoluiu com mielite fatal por *T. gondii* com acometimento inicial primário de medula espinal.

Metodologia: Paciente do sexo masculino, 29 anos, HIV positivo não tratado, deu entrada em serviço de emergência com cervicalgia e irradiação para membro superior esquerdo com evolução de 30 dias, associados a redução de força do primeiro dedo da mão esquerda e de reflexo profundo bicipital esquerdo. Em avaliação inicial por RNM, identificada lesão medular ovalada e captante de contraste nos níveis C4-C5. Iniciou-se terapia empírica para toxoplasmose com sulfametoxazol e trimetropim. Paciente evoluiu para tetraplegia, apesar do tratamento precoce. Foi feita biópsia incisional

aberta medular cervical (C5) com resultado inconclusivo. Paciente permaneceu internado, exames indicavam progressão da lesão inicial. Apresentou piora com lesão de tronco encefálico, hidrocefalia comunicante tratada com derivação ventricular externa (DVE), coma aperceptivo e, após três meses de internação, evoluiu para morte encefálica. A autópsia revelou pseudocistos de bradizoítas do *T. gondii* em nível cervical da medula espinal, estendiam-se ao tronco encefálico, com necrose liquefativa, sem parasitas nos outros segmentos encefálicos.

Discussão/conclusão: O caso relatado incita a discussão sobre mielite como manifestação incomum de *T. gondii* em paciente com HIV/Aids. Diante de suspeita dessa infecção em SNC, deve-se iniciar o tratamento farmacológico empírico. No entanto, questiona-se o fato de o paciente não ter tido melhoria do quadro neurológico, mesmo com uso de medicação adequada desde o início da internação. Apesar de a toxoplasmose medular não ser apresentação comum da doença, nem a etiologia mais comum de mielite em paciente com Aids, sua hipótese deve ser considerada.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2018.10.261>

EP-200

INFARTO ESPLÊNICO ASSOCIADO AO SARCOMA DE KAPOSI, EM PACIENTES COM HIV/AIDS

Roberta Correia, Juliana Netto

Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas (INI-Fiocruz), Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Data: 19/10/2018 - Sala: TV 8 - Horário: 13:44-13:49 - Forma de Apresentação: E-pôster (pôster eletrônico)

Introdução: O sarcoma de Kaposi (SK) é a mais frequente neoplasia definidora de Aids e ainda hoje responde por até 25% dos novos diagnósticos de HIV. O KSHV, que pertence à família *Gammaherpesviridae*, é o agente causal do SK, da doença multicêntrica de Castleman, do linfoma de efusão primária (PEL) e da recentemente descrita síndrome inflamatória por citocinas relacionada ao KSHV (KICS).

Objetivo: Apresentar os casos de quatro pacientes acompanhados no INI-Fiocruz, uma unidade de referência para o tratamento de SK, que, em algum estágio da doença, evoluíram com infarto esplênico, associação ainda pouco descrita.

Metodologia: Quatro pacientes do sexo masculino, com HIV/Aids, entre 25 e 62 anos, imunodepressão avançada, contagem de CD4 inferior a 250 cels/mm³ e diagnóstico confirmado de SK disseminado. Todos receberam quimioterapia com paclitaxel. Estiveram internados entre 2017 e 2018, devido a descompensação clínica, foram submetidos a tomografia computadorizada abdominal, que revelou lesões hipocaptantes de contraste, com aspecto sugestivo de infarto esplênico. Dois dos pacientes tinham registro de exames anteriores normais, no período de dois meses que precedeu o diagnóstico de infarto esplênico. Todos apresentaram quadro sugestivo de KICS, foram excluídas infecção (todas as culturas negativas) e doença de Castleman. O diagnóstico de KICS foi confirmado para um deles, para o qual foi feita quantificação de carga viral do KSHV no plasma (2400 cps/mL); a dosagem de IL-6

