

a paciente evoluiu com resolução da cefaleia e não apresentou complicações, como hipertensão intracraniana ou insuficiência renal aguda. Recebeu 90 dias de AmBL e 14 dias de 5-FC. Modificada terapia para Fluconazol 400 mg/dia com 29 semanas. USG obstétrico (30 semanas) sem alterações. Criança exposta nascida a termo, parto vaginal. Até o momento encontra-se assintomática, com desenvolvimento adequado. Tem duas cargas virais para HIV negativas. A paciente continua em uso regular de antirretrovirais. Evoluiu com carga viral indetectável e melhoria dos valores de CD4. Não apresentou recidiva de criptococose nem clínica compatível com síndrome inflamatória de reconstituição imune após o parto.

Discussão/conclusão: Dados sobre criptococose em gestantes são limitados. Segundo estudo recente, até o momento existem 50 casos descritos, nove em gestantes com HIV. Uma revisão sobre uso de antifúngicos na gestação analisou os medicamentos disponíveis e as evidências de segurança em relação à toxicidade. A Anfotericina B é o mais seguro para tratamento de criptococose na gestação, único classificado como categoria B pelo FDA. Neste caso, a paciente fez uso por mais de 12 semanas de AmBL, com boa resposta, sem complicações e sem recidiva da doença. Apesar da exposição ao Fluconazol no terceiro trimestre de gestação, a criança não apresentou malformações associadas ao uso desse medicamento. A partir do caso relatado com desfecho favorável, sugerimos o tratamento prolongado com AmBL por apresentar maior segurança.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2018.10.264>

EP-203

MUCORMICOSE RINICEREBRAL EM PACIENTE QUE VIVE COM HIV

Luiz Alves Silva Neto, Andrea Inês Spadeto,
Lisia Gomes Martins Moura Tomich

Hospital de Doenças Tropicais (HDT), Goiânia, GO,
Brasil

Data: 19/10/2018 - Sala: TV 8 - Horário: 14:05-14:10 - Forma de Apresentação: E-pôster (pôster eletrônico)

Introdução: Mucormicose é uma doença fúngica angioinvasiva agressiva que acomete principalmente imunocomprometidos e pessoas com hiperglicemia importante. As espécies de fungos filamentosos mais comuns em cultura, apesar da baixa sensibilidade, são *Rhizopus aprecies* (47%), *Mucor aprecies* (18%) e *Cunninghamella bertholletiae* (7%)

Objetivo: Descrever caso de mucormicose rinocerebral em paciente que vive com HIV e sua dificuldade diagnóstica.

Metodologia: Paciente de 45 anos, feminina, admitida em hospital após crises convulsivas seguidas de rebaixamento do nível de consciência, afasia e hemiparesia. Teste rápido de HIV foi positivo (CD4 49, CV 34.444), TC de crânio (TCC) mostrou área de hipoatenuação córtico-subcortical em região parieto-occipital esquerda, determinou apagamento da transição da substância branca/cinzenta e dos espaços liquorícos dos sulcos regionais, comprimiu o corno posterior do ventrículo lateral esquerdo, LCR com 20 céls (85% MN), proteínas 87,9, glicose 73,5, tinta da China negativa, VDRL não reagente. Iniciaram-se SMX-TMP e corticoide pela hipótese

de neurotoxoplasmose (NTX) e paciente apresentou melhoria da síndrome neurológica, apesar de TCC sem evidência de melhoria e ausência de realce anômalo pelo meio de contraste. TARV foi introduzida no D20 com alta em quatro dias. Reinternou três meses depois com crises convulsivas, dor abdominal e vômitos. RNM de crânio mostrou lesão cortical e subcortical que comprometia os lobos parietal e occipital esquerdos e em menor grau nas regiões posteriores dos lobos temporal, frontal e ínsula correspondentes, sugeriu AVC isquêmico, TC de face com sinusopatia maxilar e etmoidal, LCR com 1 cél, 220 hemácias, 57 glicose, 37,6 proteínas e cultura positiva para *Mucor sp.* Fez uso de Anfotericina B desoxicolato por 34 dias e, durante internação, evoluiu com pneumonia, tratada com piperacilina/tazobactam. Houve melhoria dos sintomas neurológicos e radiológica, TCC com calcificações residuais esparsas no hemisfério cerebral direito.

Discussão/conclusão: O diagnóstico é difícil, sinais e sintomas são inespecíficos, bem como os achados radiológicos. Nos pacientes que vivem com HIV, verificam-se fatores de risco: CD4 < 50, uso de drogas injetáveis, corticoide e neutropenia. Apresenta diversidade de formas clínicas (disseminada, pulmonar, renal, rinocerebral, cerebral isolada). O tratamento de escolha é anfotericina B, porém não há estudos sobre a dose ideal para terapia. Recomenda-se o uso até resposta clínica e radiológica, pode estender até resolução da imunodepressão.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2018.10.265>

Área: MISCELÂNEA

Sessão: CASOS CLÍNICOS

EP-204

MENINGITE CRIPTOCÓCICA COMO PRIMEIRA MANIFESTAÇÃO CLÍNICA DE LEUCEMIA/LINFOMA DE CÉLULAS T DO ADULTO EM MULHER HTLV-1 POSITIVA

Fabianna Maranhão Bahia, Monica Borges
Botura, Ana Clara Ambrosio, Daniela Lessa,
Giovanna Orrico

Universidade Federal da Bahia (UFBA), Salvador,
BA, Brasil

Data: 19/10/2018 - Sala: TV 8 - Horário: 14:12-14:17 - Forma de Apresentação: E-pôster (pôster eletrônico)

Introdução: Meningite criptocócica é uma doença grave, muito comum no Brasil. Essa infecção ocorre em pacientes com deficiência da imunidade celular, tem elevada mortalidade.

Objetivo: Descrever caso de meningite criptocócica como primeira manifestação clónica em mulher HTLV-1 positiva, com diagnóstico de leucemia/linfoma de células T do adulto.

Resultado: Feminina, 62 anos, infecção pelo HTLV-1 havia oito anos, com sintomas de paraparesia espástica tropical. À admissão referiu cefaleia de forte intensidade e perda de 10Kg havia 30 dias, sem febre ou vômitos. Ao exame, paciente em regular estado geral, fáceis de dor, eupneica, afebril, com candidíase em orofaringe, SN hiperreflexia patelar importante, espasticidade em membros inferiores. Fez TC de crânio normal, hemograma com linfócitos atípicos 6%. Após três dias,

hemoculturas foram positivas para *Criptococcus sp.* Estudo do líquido com 122 células/mm³, 69% de neutrófilos, proteínas 121 mg/dl e glicose 33 mg/dl com tinta da China positiva e pressão de abertura 57 mmHg. Foram iniciados Anfotericina B complexo lipídico e Fluconazol. Após 13 dias de terapia antifúngica, a cultura do líquido foi negativa, com normalização da pressão intracraniana. Imunofenotipagem de sangue periférico revelou 57,2% de células maduras e anômalas da linhagem linfóide T com expressão exclusiva de CD4 com diagnóstico de leucemia/linfoma de células T do adulto (ATLL). Iniciados Zidovudina e Interferon para tratamento do AATL. Paciente apresentou náuseas e vômitos e alterações laboratoriais com anemia e plaquetopenia, provavelmente secundárias com interferon e zidovudina. Novo estudo do líquido sem evidência de pioria da infecção fúngica, foi mantido fluconazol. Após 30 dias, evoluiu com sonolência, desorientação, anorexia, hemograma evidenciava Hb- 8,7 mg/dl, leucograma - 38050, com 25% de linfócitos atípicos e 35.000 plaquetas, além de hipercalcemia e elevação importante de LDH, sugeriu pioria da doença hematológica. Paciente necessitou de quimioterapia (esquema Choep) e apresentou boa resposta clínica.

Discussão/conclusão: Este caso mostra grave infecção fúngica como primeira manifestação clínica dessa doença onco-hematológica associada a infecção pelo HTLV. Salvador tem uma das maiores prevalências de infecção por esse vírus no Brasil, o ATLL é uma doença agressiva de elevada mortalidade, dificilmente ocorre juntamente com a manifestação neurológica da infecção pelo HTLV.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2018.10.266>

Área: DOENÇAS EMERGENTES E REEMERGENTES/MEDICINA TROPICAL

Sessão: CASOS CLÍNICOS

EP-205

TUBERCULOSE TESTICULAR: RELATO DE CASO INCOMUM DE UMA TUBERCULOSE GENITURINÁRIA



Raphael C. Biscaia Hartmann, Susana Lilian Wiechmann, Zuleica Naomi Tano, Priscila Audibert Nader, Vitor Santili Depes, Diogo Jorge Rossi, Alexandre Mestre Tejo, Aryadne H. Marques Pereira

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

Data: 19/10/2018 - Sala: TV 9 - Horário: 13:30-13:35 - Forma de Apresentação: E-pôster (pôster eletrônico)

Introdução: A tuberculose é a principal causa de morbimortalidade entre as doenças infecciosas em todo o mundo. Tem maior incidência nos pulmões, porém cerca de 10% dos casos são caracterizados como tuberculose extrapulmonar, TB geniturinária é um evento que acomete rins, ureteres, vesículas seminais, próstata, testículos, ducto deferente e epidídimo. O acometimento testicular isolado é incomum e o diagnóstico diferencial inclui tumor testicular, infecção aguda e infecção granulomatosa. Cerca de um sexto dos pacientes

com tuberculose pulmonar apresenta lesões em outros órgãos ou tecidos e, desses, 20% no trato urogenital.

Objetivo: Apresentar um relato de caso do Hospital Universitário de Londrina de manifestação testicular de tuberculose.

Metodologia: MO, 59 anos procedente de Cambé, PR, auxiliar de construção compareceu ao ambulatório de infectologia do Hospital Universitário de Londrina já em uso do esquema Ripe, que fora introduzido devido a quadro de dispneia progressiva, febre, mialgia havia dois meses e emagrecimento de 12 kg em seis meses. Apresentou como doenças prévias diabetes não insulino dependente e hipertensão arterial sistêmica, etilismo e tabagismo. Ao exame físico, murmúrio vesicular reduzido globalmente. Foi observado aumento testicular, à direita, de consistência pétre a à palpação. Os exames complementares mostraram prova tuberculínica com resultado reator (17 mm). As baciloscopias e culturas foram negativas. As sorologias foram não reagentes para HIV e sífilis. A USG de bolsa escrotal apresentou: epidídimos de difícil individualização, discreta hidrocele à esquerda, testículos de dimensões aumentadas, maior à direita, com parênquima difusamente heterogêneo e áreas hiperecogênicas de permeio, formações nodulares com áreas císticas de permeio, a maior media 2 cm no testículo direito, aumento do fluxo ao doppler colorido bilateralmente, com descontinuidade da túnica albugínea e imagem amorfa se estendendo para bolsa testicular e pele à direita. Durante a internação o paciente evoluiu com prurido, dor e presença de pústula em região escrotal, sem febre. Foi feita punção na flutuação para biópsia e microscopia, BAAR e cultura para bacilo de Koch e fungos, dos quais apenas o BAAR positivo.

Discussão/conclusão: Este caso refere-se a um paciente imunocompetente, que abriu quadro de aumento de volume testicular e posterior drenagem espontânea cerca de dois meses após apresentar quadro de tuberculose pulmonar, iniciado tratamento direcionado.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2018.10.267>

Área: HIV-AIDS/ISTS/HEPATITES

Sessão: CASOS CLÍNICOS

EP-206

ANEURISMA MICÓTICO EM ARTÉRIA AORTA SECUNDÁRIO A INFECÇÃO POR MICOBACTÉRIA NÃO TUBERCULOSA EM PACIENTE COM INFECÇÃO PELO HIV



Izadora Côrtes Cardoso, Andréa Beltrami Doltrario, Thais Trevisan, Iris Ricardo Rossin, Anna Christina Tojal, Fernando Crivelenti Vilar, Roberto Martinez

Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP), São Paulo, SP, Brasil

Data: 19/10/2018 - Sala: TV 9 - Horário: 13:37-13:42 - Forma de Apresentação: E-pôster (pôster eletrônico)

Introdução: Micobactérias não tuberculosas (MNTs) são micro-organismos encontrados no meio ambiente e considerados patógenos oportunistas, a infecção por determinadas