

mais comum são micobactérias e bactérias piogênicas com destaque para o *Staphylococcus aureus* responsável por 80 a 90% dos casos. A doença possui baixa incidência correspondendo a cerca de 3 a 5% de todos os casos de osteomielite, tem percurso insidioso e é de difícil diagnóstico, pois pode ser confundida com quadros de lombalgia os quais são recorrentes na população.

Objetivo: Relatar quadro clínico, epidemiologia e tratamento de um tipo de osteomielite.

Metodologia: P.R.A, 53 anos, aposentado, hipertenso, portador de diabetes melitus tipo I diagnosticado há dezessete anos, com amputação dos MMII relata dor em vértebras torácica e lombar. Internado no setor de infectologia do Hospital das Clínicas de Rio Branco (FUNDHACRE) apresenta quadro típico de espondilodiscite. Foi feita punção lombar e análise do LCR com resultado positivo para *Staphylococcus aureus*. Submetido a antibioticoterapia com vancomicina e cefepima apresentou tímida melhora do quadro.

Discussão/Conclusão: A espondilodiscite ocorre em cerca de 0,5 a 2,5 casos por cada 100.000 habitantes/ano³ sendo os homens com idades abaixo de 20 anos e entre 50 e 70 anos os mais incidentes. Dentre os fatores de risco mais comuns deste tipo de infecção óssea, a Diabetes Melitus é o fator mais comum no desenvolvimento da espondilodiscite piogênica. O paciente possui diabetes há mais de dezessete anos e, por não controlar corretamente os níveis de glicemia, desenvolveu quadros de pé diabético e isquemia de membros sendo necessária a amputação transfemural de ambos os membros. Seis meses após o procedimento cirúrgico o paciente passou a desenvolver quadro de fortes dores na região das vértebras apresentando melhora tímida e temporária quando era medicado com anti-inflamatórios, mas que logo cessava seu efeito. A disseminação do *Staphylococcus aureus* na espondilodiscite pode ter três vias: por contiguidade, por inoculação direta e via hematogênica sendo esta a forma de disseminação da bactéria no organismo do paciente em questão gerando o foco infeccioso em nível de T9 e T11 das vértebras constituindo cerca de 30% dos casos de espondilodiscite.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2020.101522>

EP-445

NEUROINFECÇÃO EM PACIENTE IMUNOCOMPROMETIDO: UM RELATO DE CASO

Andrés Mello López, Barbara Almeida L. Castro, Felipe Arthur Faustino Medeiros, Fernando Molina Lino, Camila Loredana P.A.M. Bezerra, Vitor Falcão Oliveira, Isabela C. Leme V. Cruz, Noemia Barbosa Carvalho, Olavo Henrique Munhoz Leite, Ronaldo Cesar Borges Grysckek

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

Introdução: A neurotoxoplasmose mostra-se como importante causa de infecção oportunista causadora de lesões intracerebrais em pacientes imunossuprimidos, especial-

mente portadores de HIV com doença avançada. O diagnóstico presuntivo é realizado em muitos casos que apresentam clínica e imagem compatível, sendo a hipótese reforçada pela detecção de PCR para *Toxoplasma gondii* no líquido. Em casos selecionados, a biópsia cerebral pode ser indicada para um diagnóstico definitivo.

Objetivo: Relatar um caso de paciente imunocomprometida com quadro de neuroinfecção e as dificuldades diagnósticas encontradas.

Metodologia: Paciente de 25 anos, sexo feminino, diagnosticada com glomeruloesclerose segmentar e focal forma colapsante em biópsia renal, em tratamento com micofenolato e prednisona, busca atendimento no pronto socorro com quadro de crises convulsivas parciais, além de alteração comportamental com 1 mês de evolução. Em investigação realizada, foram visualizadas em ressonância magnética múltiplas lesões intra-axiais principalmente de localização frontal e temporal, com efeito expansivo decorrente. No exame de líquido, observado leve proteinorraquia e PCR positivo para *Toxoplasma gondii*, levando então à introdução inicial de sulfametoxazol-trimetoprim, com hipótese de neurotoxoplasmose, sendo completado seis semanas de tratamento. Evoluiu com manutenção de crises convulsivas de difícil controle, parciais e tônico clônica generalizadas, com manutenção de lesões em tomografia de crânio, sendo então realizada biópsia cerebral de lesão frontal, encontrado processo inflamatório crônico granulomatoso com necrose caseosa, com imunohistoquímica positiva para BCG e negativa para *Toxoplasma*. Iniciado RIPE, porém, devido à toxicidade, o esquema alternativo foi introduzido, a paciente evoluindo então com melhora de imagem e melhora clínica, com controle de convulsões.

Discussão/Conclusão: Entre o grupo de pacientes HIV positivos, a neurotoxoplasmose mostra-se como a principal infecção oportunista a causar lesões intracerebrais; já no grupo de pacientes em uso de terapia imunossupressora, as doenças fúngicas ganham importância. Por tratar-se de um método invasivo, a biópsia cerebral não é rotineiramente realizada, sendo a terapia empírica frequentemente iniciada dentro de um contexto de alta probabilidade clínica e radiológica. Nesses casos, em pacientes com evolução desfavorável, o diagnóstico deve ser questionado e conseqüentemente prosseguir com biópsia, como no caso relatado, que revelou tratar-se de neurotuberculose.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2020.101523>

EP-446

CITOMEGALOVIRESE SISTÊMICA GRAVE EM IMUNOCOMPETENTE: RELATO DE CASO

Jaime Emanuel Brito Araujo, Maria Aparecida de Souza Guedes, Jack Charley da Silva Acioly, João Paulo Ribeiro Machado, Maria das Neves Porto de Andrade, Renata Salvador G. de Brito, Júlia Regina C. Pires Leite

Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC), Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), Campina Grande, PB, Brasil



Introdução: O Citomegalovírus (CMV) pode causar infecções que têm uma ampla extensão de apresentações, podendo apresentar-se de forma assintomática; doença focal grave, incluindo retinite, sobretudo em pacientes portadores do HIV; e na forma sistêmica grave, a qual é pouco comum em imunocompetentes.

Objetivo: Relatar um caso de forma sistêmica grave de infecção pelo CMV em paciente imunocompetente.

Metodologia: Revisão de literatura e revisão integrativa de prontuário, com descrição de quadro clínicos, métodos diagnósticos e de tratamento.

Resultados: Paciente de 67 anos, do sexo feminino, hipertensa, proveniente de região que estava em surto de dengue, admitida com histórico de febre persistente havia 9 dias, artralgia, mialgia, com exantema difuso pruriginoso, petéquias em tronco e membros, evoluindo com piora clínica, com dor abdominal, vômitos e cefaleia. Havia usado Prednisona por 3 dias, sem melhora. Exames iniciais evidenciaram elevação de DHL, enzimas hepáticas, leucopenia com linfocitose e discreta plaquetopenia, já em ascensão. Inicialmente mantida com hidratação e sintomáticos. Sorologias negativas para Dengue, Zika, Chikungunya, Hepatites virais, Herpes 1 e 2, Toxoplasmose, HIV e Sífilis. Quimioluminescência IGM para Citomegalovirus Reagente e IGG não reagente. Parvovirus B19 IGG e IGM reagentes. Apresentou melhora inicial, mas por volta do 6º dia de internação, começou a evoluir com icterícia, vômitos incoercíveis, cefaleia, dispnéia, piora da dor abdominal, oligúria e elevação importante de enzimas hepáticas (mais de 40 vezes acima do limite superior da normalidade), além de piora da plaquetopenia. Instituído tratamento com Ganciclovir 5 mg/kg de 12 em 12 horas, por 14 dias, evoluindo com melhora clínica substancial a partir do 3º dia. Após 3 dias do final do tratamento, recebeu alta assintomática e com normalização de todos os exames laboratoriais.

Discussão/Conclusão: A infecção por CMV deve ser considerada no diagnóstico diferencial dos quadros virais e sobretudo na suspeita de hepatites virais. Considerando que a paciente não possuía imunodeficiência, observou-se uma evolução atípica para forma grave sistêmica, com hepatite grave, o que geralmente não é o esperado. A sorologia positiva para Parvovirus B19 foi desconsiderada, podendo tratar-se de reação cruzada. A administração de terapia específica com Ganciclovir foi bem-sucedida, sem intercorrências, evoluindo para cura e remissão completa dos sintomas e alterações laboratoriais.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2020.101524>

EP-447

HIV COM FATOR DE ACOMETIMENTO CARDÍACO



Artur Bruno Silva Gomes, Brunno Leonardo Morais Brandão Vilanova, Francisco Rodrigues do Nascimento Júnior, Sabrina Gomes de Oliveira

Centro Universitário Tiradentes (UNIT), Maceió, AL, Brasil

Introdução: Em pacientes com HIV é típico o acometimento cardíaco com consequência da terapia antirretroviral e do

aumento da sobrevida, já que as complicações ocorrem com evolução da doença.

Objetivo: Esclarecer a fisiopatologia do comprometimento cardíaco nos pacientes com HIV.

Metodologia: Trata-se de uma revisão bibliográfica integrativa, realizada nos portais eletrônicos PUBMED e BVS, utilizando como estratégia de busca “HIV” “HEART” “DISEASE”, combinados pelo operador booleano AND. Como critério de inclusão, usaram-se filtro de versão 5 anos, em ensaio clínico, randomizado controlado e meta-análise, modelos humanos, sem restrição linguística, enquanto aos de exclusão, foram descartados duplicatas e artigos que não abrangem o recorte de análise. As pesquisas retornaram 100 e 181 resultados, após interpretação dos títulos e resumos, selecionaram-se 17 trabalhos.

Resultados: Acometimento no pericárdio no HIV é representado por derrame pericárdico, tem causa infecções virais ou bacterianas, por protozoários ou micobactérias. Outras formas são por pericardite constritiva e tamponamento. Quanto ao dano ao endocárdio, são as endocardites fúngicas, com lesão valvar relacionada à resposta imunológica. No tocante ao miocárdio, a cardiopatia dilatada tem pior prognóstico em relação não contaminados pelo HIV. Sua incidência é de 15% dos casos, representando 3 a 6%. A lesão direta pelo vírus causa miocardite, assim com drogas utilizadas no intercurso patológico, como interferon-alfa e antraciclinas. Ademais, há relação entre aterosclerose com a terapia antirretroviral, em especial os inibidores de protease, pois piora a dislipidemia, com aumento do LDL. Em consequência disso, pacientes tratados com esses medicamentos têm até 26% mais chance de enfartar.

Discussão/Conclusão: O comprometimento cardíaco relaciona-se a doença mais avançada e pior prognóstico. A infecção viral propicia inflamação crônica, levando à disfunção endotelial, hipertrigliceridemia e redução dos níveis de colesterol HDL. Cabe, assim, salientar que medidas comportamentais e mudanças no estilo de vida sejam tomadas, prática de exercícios físicos e orientação dietética, como alertar acerca das interações entre antirretrovirais e drogas cardiológicas. Acometimento cardíaco relaciona-se à infecção por microrganismos oportunistas, às reações imunomediadas e fármacos cardiotoxícos.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2020.101525>

ÁREA: IMUNIZAÇÕES

EP-448

SITUAÇÃO VACINAL DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA, NA REGIÃO CENTRAL DE SÃO PAULO



Thamires Faccion de Queiroz, Raylan Wesley Pimenta, Nathalia de Melo Genaro, Bruna Souza Pedreira, Claudia Cristina Soares Muniz, Joselma Siqueira Yamaguti

Universidade Nove de Julho (UNINOVE), São Paulo, SP, Brasil