

**Introdução:** Doença citomegálica neurológica continua causando elevada morbidade e mortalidade em pessoas com aids avançada. Atualmente não existe consenso sobre o uso de pontos de corte de carga viral plasmática do citomegalovírus (CMV), no diagnóstico das complicações neurológicas causadas por esse vírus na aids avançada.

**Objetivo:** Avaliar o desempenho da carga viral plasmática do CMV no diagnóstico de doença neurológica citomegálica em pessoas com aids avançada.

**Método:** Estudo observacional, de coorte e retrospectivo, realizado em centro terciário de São Paulo, Brasil. Foram incluídos pacientes admitidos no hospital, durante o período de um ano, e que apresentaram os seguintes critérios: (i) diagnóstico confirmado de infecção por HIV-1; (ii) contagem de linfócitos T-CD4+  $\leq 100$  células/ $\mu$ L; e (iii) coleta de carga viral plasmática do CMV na admissão hospitalar. Posteriormente foram identificados os pacientes com lesão de órgão-alvo citomegálica confirmada, incluindo a neurológica (encefalite e/ou polirradiculopatia). Calculou-se desempenho da carga viral do CMV (sensibilidade -Se-, especificidade -Es-, valor preditivo positivo -VPP-, valor preditivo negativo -VPN-, acurácia -Ac-, razão de verossimilhança positiva -RVP-, e razão de verossimilhança negativa -RVN- em pacientes com doença neurológica citomegálica, utilizando diversos pontos de corte de carga viral do CMV.

**Resultados:** No período do estudo foram internadas 830 PVHIV e 245 (29.5%) delas foram incluídos. A mediana (IQR) de idade dos pacientes foi 38 (30-46) anos e 183 (74.7%) deles foram do sexo masculino. Durante a internação, 17 (6.9%) pacientes tiveram lesão de órgão-alvo pelo CMV: 6 (2.4%) apresentaram doença neurológica e 11 (4.5%) tiveram doença não neurológica. A presença de carga viral plasmática de CMV  $\geq 1.000$  UI/mL mostrou Se = 83.3%, Es = 78.7%, VPP = 8.9%, VPN = 99.5, Ac = 78.8%, RVP = 3.9 e RVN = 0.2 no diagnóstico de doença neurológica. Por outro lado, a presença de carga viral plasmática de CMV  $\geq 30.000$  UI/mL mostrou Se = 83.3%, Es = 97.5%, VPP = 45.4%, VPN = 99.6, Ac = 97.1%, RVP = 33.3 e RVN = 0.03 no diagnóstico de doença neurológica.

**Conclusão:** O resultado do desempenho da carga viral plasmática de CMV  $\geq 30.000$  UI/mL sugere o uso potencial desse valor de corte no diagnóstico da doença neurológica citomegálica na prática clínica diária. Maiores estudos são necessários para confirmar esse achado e suas implicações terapêuticas.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2024.104318>

#### EP-421 - UM RARO CASO DE NEUROASPERGILOSE EM PACIENTE IMUNODEPRIMIDO PELO HIV/AIDS - RELATO DE CASO

Renata Bezerra de Miranda,  
Sara Grigna G.A.M. Medeiros,  
Igor Thiago Queiroz,  
Guilherme Lucas de Oliveira Lima,

Túlio Pereira Ramalho,  
Fábio Medeiros de Azevedo

Hospital Giselda Trigueiro, Natal, RN, Brasil

**Introdução:** Aspergilose é uma infecção fúngica passível de acometer diversos sítios. É rara no sistema nervoso central (SNC), ocorrendo principalmente em imunodeprimidos graves.

**Objetivo:** Relatamos o caso de um paciente com AIDS e aspergilose invasiva do SNC (AI-SNC) pela raridade da sua apresentação, para chamar a atenção para esse diagnóstico diferencial nos pacientes com AIDS e manifestações neurológicas.

**Método:** Revisamos um total de 47 casos - incluindo o que relatamos - de infecção pelo HIV/AIDS e AI-SNC com confirmação diagnóstica por histopatológico ou cultura.

**Resultados:** Paciente com infecção pelo HIV de longa data, tratamento irregular, carga viral (CV) do HIV indetectável, sinais clínicos e laboratoriais de imunossupressão avançada, com sintomas neurológicos inespecíficos - cefaleia e tontura. Iniciou terapia empírica para neurotoxoplasmose, após imagem radiológica sugestiva. Apresentou convulsão, hemiparesia esquerda rapidamente progressiva, com necessidade de abordagem neurocirúrgica, evoluindo para óbito 45 dias após o início dos sintomas, sem que houvesse a suspeita de infecção fúngica invasiva. A confirmação diagnóstica de neuroaspergilose por biópsia de material cerebral foi feita apenas post mortem. Na análise dos dados, essa neuroinfecção foi mais prevalente no sexo masculino, acometendo ampla faixa etária - 18 meses a 65 anos, todos com infecção avançada pelo HIV, sendo o caso que relatamos o único com CV indetectável. Os principais fatores de risco foram contagem de linfócitos T CD4+  $< 50$  céls/mm<sup>3</sup> e neutropenia. Alteração do estado mental, cefaleia e convulsão foram as manifestações mais frequentes. Em mais de 78% dos casos havia também comprometimento extra-SNC. Quando realizado tratamento antifúngico, anfotericina B foi a droga mais utilizada. A letalidade foi superior a 91%.

**Conclusão:** O diagnóstico de AI-SNC é desafiador em decorrência da baixa suspeição clínica em indivíduos infectados pelo HIV, inexistência de imagem radiológica específica, dificuldade na realização de coleta de material para cultura e/ou histopatológico e demora para o resultado de biópsias. Por isso, chamamos a atenção para esse diagnóstico diferencial em indivíduos imunodeprimidos por HIV/AIDS com manifestações neurológicas ou sintomas focais inespecíficos, mesmo sem fator de risco clássico para a aspergilose, como neutropenia, e sugerimos o início precoce de tratamento empírico antifúngico dada a alta morbimortalidade, enquanto se prossegue com a investigação etiológica.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2024.104319>