

relação plaqueta-linfócito (PLR) em pacientes com SOP e compará-los com mulheres saudáveis. **Material e métodos:** Trata-se de um estudo observacional do tipo caso-controle com 97 mulheres adultas. Uma história clínica e ginecológica detalhada foi obtida de todas as participantes. O diagnóstico de SOP foi feito de acordo com os critérios de Rotterdam. Em condições assépticas, amostras de sangue venoso foram coletadas para a realização do hemograma completo (HC) e o cálculo da NLR e PLR. Os dados foram apresentados em formato numérico com as variáveis testadas quanto à normalidade pelo teste de Shapiro-Wilk e analisadas pelo teste t de Student para amostras independentes utilizando o programa estatístico SPSS. **Resultados:** A amostra foi constituída por 97 mulheres, sendo 60 com SOP (caso) e 37 sem SOP (controle), a média de idade foi de $25,50 \pm 5,16$ anos no grupo de caso e $28,83 \pm 10,32$ anos nos grupos controle. A contagem de eritrócitos (milhões/mm³) foi maior no grupo com SOP ($4,65 \pm 0,38$ versus $4,46 \pm 0,41$), com diferença significativa ($p = 0,03$). Os níveis de hemoglobina (g/dL) também apresentaram maior média no grupo de SOP ($12,99 \pm 1,27$ versus $12,78 \pm 0,95$), porém, sem significância estatística ($p = 0,35$). O hematócrito demonstrou maior valor no grupo com SOP ($39,48 \pm 3,54$ versus $37,44 \pm 5,21$) com significância estatística ($p = 0,04$). Porém, as médias da RNL ($0,70 \pm 0,26$ versus $0,69 \pm 0,25$) e RPL ($136,32 \pm 50,63$ versus $132,67 \pm 38,30$) não apresentaram diferença estatística entre os grupos. **Discussão e conclusão:** No presente estudo não houve associação significativa entre os biomarcadores inflamatórios derivados do hemograma, NLR e PLR, nos casos de SOP em comparação com mulheres da mesma idade no grupo controle. Porém, verificou-se que a contagem de eritrócitos e o hematócrito foram variáveis que se elevaram em mulheres com SOP. Deste modo, sabendo que o excesso de insulina e de testosterona (ambos característicos na SOP) podem exercer vários efeitos na eritropoiese por mecanismos diferentes, mais estudos devem ser realizados para verificar a fisiopatologia da série vermelha na SOP.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.104268>

ID – 2331

CANDIDEMIA EM PACIENTES HEMATOLÓGICOS: DESAFIOS ATUAIS RELACIONADOS A ESPÉCIES, EMERGÊNCIA DE RESISTÊNCIA ANTIFÚNGICA E COMPLICAÇÕES NO CENÁRIO DE ESCAPE

BB Wigderowitz^a, NCZ Da Silva^b,
RdM Perlingeiro^c, J Kaufman^d, M Morgado^a,
A Maiolino^a, M Garnica^a

^a Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ, Brasil

^b Universidade Federal Fluminense (UFF), Niterói, RJ, Brasil

^c INI/FIOCRUZ, Rio de Janeiro, RJ, Brasil

^d Complexo Hospitalar de Niterói- Américas Oncologia, Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Introdução: Candidemia em pacientes hematológicos sofreu intensa redução na sua frequência após a introdução da profilaxia antifúngica em pacientes de alto risco. No entanto, a mortalidade desta infecção persiste alta, e recentemente novos desafios como a emergência de diferentes espécies e a resistência antifúngica surgiram. **Objetivos:** Neste estudo reportamos as mudanças em relação às espécies, perfil de susceptibilidade, frequência de complicações, e o impacto em prognóstico das candidemias em pacientes hematológicos. **Material e Métodos:** Coorte de pacientes hematológicos entre 2018 e 2025 em hospital de referência com programa de transplante de células hematopoéticas (TCH). No período foram realizados 897 TCHs, sendo 300 alogênicos. O manejo do evento foi avaliado pela adesão ao escore EQUAL Candida. A incidência foi calculada por 1000 pacientes.dia (pt.dia), e para casos em TCH, calculou-se a incidência por TCH. Calculamos sobrevida global, mortalidade em 30 dias. Foi considerada candidemia de escape, aquele ocorrido em vigência de antifúngico. **Resultados:** No decorrer do estudo, ocorreram 44 eventos de candidemia, com uma incidência global de 0,80 eventos/1000 pt.dia. Houve aumento na incidência a partir de 2021 ($0,92 \times 0,62$ eventos/1000 pt.dia após e antes de 2021, respectivamente), com predomínio *C. parapsilosis* em todos os anos. A incidência de *C. krusei*/glabrata aumentou de 0,09 para 0,15 no segundo período. Considerando casos em TCH, 10 casos foram pós autólogo e 18 pós alogênico (incidências de 1,7% e 6%). Em relação as características dos eventos, a idade mediana dos pacientes foi 40 anos (variando de 2 a 82, sendo 7 eventos em crianças), e doenças mais frequentes: LMA (25%), LLA (18%), e LNH (16%). 27 (63%) foram candidemias de escape: destes 44% em fluconazol e 15% em equinocandina. Das candidemias de escape, 48% foram por *C. parapsilosis* e 22% por *C. tropicalis*. Dos eventos sem profilaxia, *C. albicans* e *tropicalis* representaram 50% dos casos. Em 10% do total de casos, o óbito ocorreu antes do resultado da hemocultura (sobrevida ao diagnóstico 90%), sendo o tratamento antifúngico instituído em 91% dos casos, predominantemente com equinocandina. Dos pacientes tratados, ecocardiograma foi realizado em 86%, detectando endocardite em 7% (3 casos), pelas seguintes espécies *C. albicans*, *C. krusei* e *C. tropicalis*. Antifúngograma foi realizado em apenas 55%, e identificou resistência a voriconazol em dois isolados de *C. tropicalis* (2 de 3 testados – 67%) e um de *C. parapsilosis*, além de uma *C. glabrata* resistente a caspofungina. Fundoscopia foi realizada em 59% dos casos, sem identificação de implantes. Sobrevida global em 30 dias foi 56% dos tratados; sendo *C. albicans* ($38 \times 69\%$) e *C. parapsilosis* (90% vs. 46%; $p=0,013$) as espécies associadas com pior e melhor SG, respectivamente. **Discussão e conclusão:** Houve um aumento na incidência de candidemia, e eventos de escape ocorrem em todas as modalidades de profilaxia. *C. krusei* e glabrata estão mais frequentes e a sobrevida global pós candidemia foi impactada, especialmente nos casos por *C. albicans*. A presença de endocardite em 7% dos pacientes e a detecção de cepas resistentes, principalmente entre *C. tropicalis* reforçam a necessidade de adesão integral às boas práticas, e a vigilância constante em cenários de alto consumo de antifúngicos em pacientes de alto risco.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.104269>