

anteriormente. Ao exame visto vesículas em pavilhão auditivo direito, desvio da rima labial esquerda e fechamento ocular incompleto direito. Feito hipótese diagnóstica de Herpes Zoster, prescrito Aciclovir via oral. Dez dias depois retornou queixando-se de cefaleia, vertigem, zumbido e dificuldade em deambular. Ao exame apresentava marcha ebriosa, lesões vesiculares e crostosas residuais em orelha direita. Mantinha desvio de comissura labial e fechamento ocular incompleto. Avaliado pela infectopediatria, feito diagnóstico de Síndrome de Ramsey-Hunt. Prescrito Aciclovir via endovenoso e Prednisona 20 mg/dia. Solicitada tomografia computadorizada de crânio, sem alterações. Evoluiu com melhora da vertigem, otalgia e desaparecimento das lesões. Pesquisada imunodepressão primária e secundária, ambos negativos. À alta ainda apresentava paralisia facial, mantido corticoide. Encaminhado para seguimento em ambulatório de neuropediatria.

**Discussão/Conclusão:** Síndrome de Ramsay-Hunt é caracterizada por otalgia, lesões vesiculares em pavilhão e canal auditivo e paralisia fácil ipsilateral. Ocorre por reativação do VZV, que pode cursar com comprometimento do nervo facial ou vestibulococlear. Acomete mais pacientes entre 20 e 30 anos, independente do sexo. Possui incidência de 5 casos/100.000 habitantes e é a 2ª causa de paralisia facial traumática. Comparada com a paralisia de Bell, pacientes com Ramsay-Hunt têm paralisia mais grave no início e são menos propensos a se recuperarem totalmente. Complicações podem surgir e incluem nevralgia pós-herpética, meningite, encefalite, paralisia de nervos. Revisão retrospectiva constatou que pacientes que receberam Aciclovir e Corticoides se recuperaram mais do que aqueles com apenas um ou nenhum tratamento. Conhecimento sobre essa Síndrome, embora de baixa incidência na pediatria é importante para seu diagnóstico correto, permitindo seu manejo adequado e prevenção de complicações.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2020.101467>

EP-390

#### RELATO DE CASO: PILEFLEBITE SECUNDÁRIO A DIVERTICULITE EM SIGMÓIDE



Gabriela Pessoa Mota, Sérgio Gondim Souza, Laísa Diniz Teixeira, Eduarda Collier França, Marina Souto Brendel, Bárbara Mariana Silva, Matheus Henrique Menor, Guilherme Silva Alves, Lucas Vasco Aragão, Maria Laryssa Pontes

Hospital Getúlio Vargas, Recife, PE, Brasil

**Introdução:** Pileflebite ou trombose infecciosa do sistema venoso portal é uma doença grave que pode ser secundária a infecção abdominal de qualquer etiologia. As manifestações clínicas podem ser mínimas elevando a morbidade e mortalidade da doença. Antes dos antibióticos, a apendicite era a causa mais comum, hoje, é a diverticulite, porém a pileflebite continua sendo uma complicação rara. Nós relatamos um caso de um paciente com quadro de soluço persistente há 1 mês, que apresentou melhora após o diagnóstico de pileflebite secundário à diverticulite, quando se iniciou a terapia apropriada. Reportamos esse caso devido à atipia da apresentação

clínica do nosso paciente, bem como a importância de enfatizar a pileflebite como diagnóstico diferencial de complicações de infecções abdominais.

**Objetivo:** Relatar um caso de pileflebite secundário à diverticulite em sigmóide destacando a apresentação clínica atípica.

**Metodologia:** Paciente, E.P.S, 66 anos, masculino. Admitido na enfermaria de Clínica Médica do Hospital Getúlio Vargas-PE, em novembro de 2019, com quadro de vômitos, diarreia, dor abdominal, febre e soluço há 1 mês. Foi medicado com sintomáticos e obteve melhora, porém, persistiu com soluços que atrapalhava as atividades diárias. Foi visto nos exames laboratoriais leucocitose e aumento da gama glutamil transferase mais de 6x o valor de referência. Ao exame físico, apresentava-se em ótimo estado geral, com leve sensibilidade em fosse ilíaca esquerda, onde havia uma massa endurecida, levantando a hipótese de diverticulite, sendo confirmado com tomografia de abdome contrastada. Mas também foi evidenciado trombose de veia porta. Diante do diagnóstico de pileflebite secundário à diverticulite, foi iniciado Ceftriaxona e Metronidazol venosos por 4 semanas e apresentou melhora completa dos sintomas.

**Discussão:** A pileflebite descreve a trombose e a infecção como dois fenômenos fisiopatológicos diferentes. As manifestações são muitas vezes inespecíficas e requerem uma alta suspeita clínica para o diagnóstico. Não há estudos avaliando esquemas de antibióticos empíricos. Recomenda-se que sejam colhidas hemoculturas, entretanto, nem sempre são positivas. O tópico mais controverso é sobre o uso de anticoagulação na pileflebite, sendo provavelmente desnecessária no paciente com função de coagulação normal e trombose isolada da veia porta, como foi o caso em estudo.

**Conclusão:** A pileflebite é uma complicação rara de infecções abdominais, mas é possível alterar a mortalidade com o diagnóstico e tratamento precoces.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2020.101468>

EP-391

#### CARACTERÍSTICAS SÓCIO DEMOGRÁFICAS E PERFIL SOROLÓGICO DE DOADORES DE SANGUE QUE FIRMAM VOTO SIGILOSO DE AUTO EXCLUSÃO



Kalyne M. Batalha Goes Augustinho, Marcella Vizcaya V. Delatorre, André Mario Doi, Leandro Dinalli Santos, Carolina Bonet Bub, Vivian I. Avelino-Silva

Faculdade Israelita de Ciências da Saúde Albert Einstein (FICSAE), São Paulo, SP, Brasil

**Introdução:** A triagem de doadores de sangue inclui a entrevista clínica e testes laboratoriais para identificar infecções transmissíveis por transfusão de hemoderivados. Muitos bancos de sangue usam, adicionalmente, o voto sigiloso de auto-exclusão (VAE), cuja eficácia e utilidade são controversas.

**Objetivo:** Analisar o perfil sociodemográfico de doadores que firmam VAE, e compreender a efetividade dessa ferramenta na identificação de doadores com maior risco de transmissão de doenças infecciosas.