

Discussão/conclusão: A não informação do estado vacinal no momento da notificação deve-se ao fato de não portar o cartão vacinal. Os sintomas e sinais mostraram que as mulheres procuraram com maior frequência e mais rápido os serviços de saúde. Para conter o aumento de caso, desencadeou ações de bloqueio em atividade de extra muro na universidade e empresas de call center com casos de notificações. Conclui que ações direcionadas, como bloqueio e extra muro, apoiados com instituições de ensino de saúde, podem-se conter surtos de doenças infectocontagiosas, promovendo a imunização e protegendo da população.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2018.10.184>

Área: DOENÇAS EMERGENTES E REEMERGENTES/MEDICINA TROPICAL

Sessão: DOENÇAS EMERGENTES

EP-123

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS DE FEBRE AMARELA: O DESAFIO DE SEPARAR O JOIO DO TRIGO EM UMA EPIDEMIA



Letícia Mattos Menezes, Lívia S.C. Fonte Boa, Leonardo Soares Pereira, Ricardo L. Fontes Moreira, Flávia Mansur Starling, Lívia F.C. Melo

Hospital Eduardo de Menezes (HEM), Belo Horizonte, MG, Brasil

Data: 19/10/2018 - Sala: TV 4 - Horário: 10:30-10:35 - Forma de Apresentação: E-pôster (pôster eletrônico)

Introdução: A febre amarela (FA) produz amplo espectro de manifestações clínicas, varia de infecção leve e inaparente a formas graves com manifestações hemorrágicas, insuficiência hepática fulminante, injúria renal e óbito. Minas Gerais enfrenta um surto de FA desde 12/2016. O 2º período de monitoramento da FA (07/2017-06/2018) contabilizou 528 casos, entre eles 177 óbitos (33,5%). No Hospital Eduardo de Menezes foram admitidos 376 casos suspeitos de FA de 07/17 até 04/18. Vários deles apresentavam na verdade patologias que fazem parte dos diagnósticos diferenciais de FA e tornou-se evidente a dificuldade de diferenciação entre eles.

Objetivo: Apresentar diagnósticos finais dos casos suspeitos em que FA foi descartada e discutir os motivos da dificuldade de diagnóstico na epidemia.

Metodologia: Foram considerados casos confirmados aqueles com PCR detectável para FA ou IgM detectável para FA e não detectável para dengue.

Resultado: Entre os 376 pacientes admitidos, FA foi descartada em 143. Desses, 35% ficaram sem patologia final definida. Entre os diagnósticos clínicos observados destacam-se doenças das vias biliares (11%), infecções pulmonares (9%), hepatites virais (6%), infecções do trato urinário (5%), leptospirose (5%) e hepatite alcoólica (3%). Suspeitou-se de reação contra vacina de febre amarela em 3% dos casos. Confirmou-se dengue em 3% dos pacientes. Outras causas menos comuns foram cirrose descompensada, encefalite herpética, abuso de Aines, gastroenterites, leishmaniose, parotidites, doença de

Crohn e esferocitose, que somadas contabilizaram 6% dos casos.

Discussão/conclusão: A apresentação clínica inicial inespecífica e a rapidez entre os primeiros sintomas e a evolução para óbito justificam a necessidade de internação precoce. No contexto de uma epidemia de doença com tal letalidade há de se manter alta sensibilidade de suspeição. Consequentemente, muitos casos suspeitos tiveram o diagnóstico de FA descartado. Paradoxalmente, alguns fatores contribuíram para que muitos casos não chegassem até o hospital especializado. Entre eles destacam-se os exames laboratoriais nem sempre disponíveis na atenção primária, as dificuldades metodológicas na dosagem de aminotransferases e a falta de um teste rápido para FA. Além disso, a doença e seus mecanismos ainda são mal compreendidos e não existem scores clínicos e laboratoriais para predição diagnóstica ou de gravidade da FA. Atualmente, a avaliação clínica criteriosa e os antecedentes epidemiológicos ainda são os maiores aliados para o diagnóstico da FA.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2018.10.185>

EP-124

DETECÇÃO PROLONGADA DO VÍRUS DA FEBRE AMARELA NO SORO E URINA: UMA SÉRIE DE CASOS À LUZ DA BIOLOGIA MOLECULAR



Ana Catharina Seixas S. Nastri, Luciana Vilas Boas Casadio, Fabio Gomes da C. Vilas Boas, Gabriel Fialkovitz Leite, Yeh-Li Ho, Michele Gomes Gouvea, Anna Sara Shafferman Levin, Flair Jose Carrilho, João Renato Rebello Pinho, Fernanda Malta

Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP, Brasil

Data: 19/10/2018 - Sala: TV 4 - Horário: 10:37-10:42 - Forma de Apresentação: E-pôster (pôster eletrônico)

Introdução: O vírus da febre amarela (FA) causa uma febre hemorrágica viral endêmica e pode causar epidemias potencialmente fatais pelos fenômenos hemorrágicos. Embora exista uma vacina altamente eficaz, surtos de febre amarela ainda ocorrem ao redor do mundo. Desde o início de 2017, surtos de febre amarela foram notificados em várias áreas onde antes não havia risco, inclusive no Brasil.

Objetivo: Avaliar o tempo de detecção na urina e no sangue do vírus da febre amarela em pacientes internados no HCFMUSP que sobreviveram à doença.

Metodologia: Os pacientes admitidos no HCFMUSP foram avaliados diariamente quanto à presença do vírus da febre amarela no sangue e na urina através da RT-PCR. Os demais exames avaliados foram coletados a critério da equipe assistencial.

Resultado: Cinco pacientes com melhor desfecho clínico apresentaram maiores valores de ALT do que AST no primeiro teste sanguíneo. Danos ao fígado, coração músculos e pâncreas podem causar aumento dos níveis de AST e os níveis menores podem refletir menores danos a esses órgãos. Por outro lado, pacientes com viremia prolongada

e que necessitaram de hemodiálise apresentaram maiores níveis de AST em comparação com ALT. Entretanto, embora tais pacientes não apresentem grandes diferenças entre os valores de AST e ALT, houve uma rápida inversão dos valores com melhora clínica concomitante. A viremia foi detectada por um mínimo de quatro dias e um máximo de 28 dias pós o início dos sintomas. Todos os pacientes foram infectados pelo genótipo South American I, subclasse 1E.

Discussão/conclusão: A FA apresenta três estágios: infecção, remissão dos sintomas e intoxicação, pode evoluir para quadro febril hemorrágico e múltiplas disfunções orgânicas. Classicamente a viremia sempre foi descrita somente na fase de infecção e geralmente ausente na fase de intoxicação. Entretanto, após o uso de métodos mais sensíveis para a detecção do RNA viral, a viremia prolongada em dois pacientes pode explicar até a maior gravidade desses casos e talvez seja possível que haja efeito direto e prolongado do vírus da FA no parênquima renal. De acordo com a OMS, a detecção do RNA viral na urina não é recomendada como método diagnóstico. Apesar disso, esse teste pode, sim, diagnosticar pacientes que não apresentariam mais o RNA viral detectável no sangue, embora também tenha, quadro clínico e epidemiologia compatíveis com FA, e fazer o diagnóstico diferencial com outras arboviroses.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2018.10.186>

EP-125 RELATO DE DOIS CASOS DE RECRUDESCÊNCIA DA HEPATITE NA FEBRE AMARELA



Natalia Cabral Amdi, Eduardo Prevelato Filho, Layana Guedes Carvalho, Leandro Lombo Bernardo, Amaro Nunes Neto, Claudia Figueiredo Mello

Instituto de Infectologia Emílio Ribas, São Paulo, SP, Brasil

Data: 19/10/2018 - Sala: TV 4 - Horário: 10:44-10:49 - Forma de Apresentação: E-pôster (pôster eletrônico)

Introdução: Desde janeiro de 2017 há um surto de febre amarela (FA) no Estado de São Paulo, sendo que até abril de 2018 havia 558 casos confirmados.

Objetivo: Relatos de caso.

Metodologia: Caso 1 - Homem, 35 anos, previamente hígido, com história de internação por 8 dias, por FA confirmada por sorologia e teste molecular, recebe alta com melhora clínica e laboratorial. Após 3 semanas retorna, pois durante acompanhamento em hospital-dia apresentou elevação de INR (2,18). Estava assintomático. Apresentou piora laboratorial durante a internação: TGP 1450, TGO 1617, BT 23 e GGT 1259. Foram descartadas outras hepatites virais. Aventada hipótese de hepatite autoimune, foi realizada investigação com: biópsia hepática; Alfa-fetoproteína 15,84; Anticorpo anti-mitocôndria não reagente; Anti-microsoma de fígado e rim (Anti-KLM-1) não reagente; Anticorpo anti-músculo liso (anti-SMA) Reagente 1/80 padrão VGT; Eletroforese de proteínas: Gamaglobulina 1,5 Alfa-2 globulina 0,4 Albumina 3,0; FAN não reagente; Ferritina 2354. Iniciada terapia com prednisona 60mg ao dia, evoluiu com redução da icterícia e melhora laboratorial. O

resultado da biópsia foi compatível com hepatite secundária à FA. Recebe alta assintomático. Caso 2 - Homem, 42 anos, previamente hígido, com história de internação por 8 dias com FA confirmada por teste molecular, recebe alta com melhora clínica e laboratorial. Após 2 meses retorna com quadro de icterícia, prurido e astenia há 8 dias. Ao exame físico a única alteração era uma hepatomegalia palpável a 3cm do rebordo costal direito. Apresentava BT 12,7; BD 10,3; TGO 1237; TGP 2110; GGT 673; FA 131. Foram descartadas outras hepatites virais. Aventada hipótese de hepatite autoimune, foi realizada investigação com: biópsia hepática; AMA não reagente; ANCA não reagente; Anti-SSA reagente 1062; Anti-SSB reagente 7964; FAN-HEP2 não reagente; Eletroforese de proteínas com traçado sugestivo de gamopatiapoliclonal. Iniciada terapia com prednisona 60mg ao dia, evoluiu com redução da icterícia e melhora laboratorial. O resultado da biópsia foi compatível com hepatite secundária à FA. Recebe alta assintomático.

Discussão/conclusão: Os casos relatados tiveram evolução atípica, com recrudescência da hepatite. Ambos tinham biópsia compatível com hepatite secundária à FA e não fechavam critério para hepatite auto-imune, entretanto, responderam ao tratamento com corticóide. São necessários mais estudos para compreendermos a fisiopatologia da recrudescência da hepatite na FA.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2018.10.187>

EP-126

MENINGITE CAUSADA POR VÍRUS VACINAL DA FEBRE AMARELA: RELATO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA



Ruan de Andrade Fernandes

Instituto de Infectologia Emílio Ribas, São Paulo, SP, Brasil

Data: 19/10/2018 - Sala: TV 4 - Horário: 10:51-10:56 - Forma de Apresentação: E-pôster (pôster eletrônico)

Introdução: A febre amarela é uma doença potencialmente fatal prevenível através de uma vacina de vírus vivo atenuado. Embora segura e eficaz, a vacina está associada a relatos esporádicos de eventos adversos graves, inclusive manifestações neurológicas como meningoencefalite, encefalomielite aguda disseminada ou síndrome de Guillain-Barré.

Objetivo: Relatar um caso de meningite como manifestação única de doença neurotrópica que caracterizou um espectro mais brando dessa entidade clínica, pouco descrita em estudos prévios.

Metodologia: Homem, 66 anos, hipertenso, procedente de São Paulo, foi admitido em hospital de referência em doenças infectocontagiosas. Negava viagens ou uso de imunossuppressores. Relatou apresentar febre, não diária, associada a mialgia, vertigem e astenia com início sete dias após receber imunização para febre amarela pela primeira vez. Havia dois dias da admissão e 26 dias após receber a vacina evoluiu com cefaleia intensa frontoparietal, sem fotofobia ou vômitos. O exame neurológico e a avaliação laboratorial da admissão não mostravam alterações. No 4^a dia de internação foi submetido a punção líquórica que evidenciou meningite linfomonocitária (47 células/mm³ com 62% linfócitos; proteínas 70; glicose