

pensão a um progresso rápido do quadro clínico e a um mau prognóstico.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2020.101497>

EP-420

MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS DE MENINGITE EOSINOFILICA: RELATO DE CASO

Ana Cleide Silva Souza, Jamile Souza
Fernandes, Elba Miranda

Hospital Infantil Cosme e Damião (HICD), Porto
Velho, RO, Brasil



Introdução: A meningite pode ser causada por agentes infecciosos como o parasita *Angiostrongylus cantonensis* e merece destaque por sua maior prevalência em causar meningites eosinofílicas.

Objetivo: Relatar um caso de meningite eosinofílica em um hospital infantil na região amazônica brasileira em 2020.

Metodologia: N.L.P.S, feminino, 2 anos 7 meses, natural de Rondônia, hígida e história de contato com caramujos e cães. Atendida com queixa de alteração no equilíbrio e dificuldade na marcha, associado a parestesias em ambos os membros inferiores e estrabismo. Ao exame, apresentava-se com estrabismo convergente, pupilas isofotorreagentes, hiperreflexia em relação aos testes de reflexos profundos (aquileu e patelar), reflexo cutâneo plantar encontrava-se em flexão plantar. Ressonância nuclear magnética de crânio normal e avaliação da oftalmologia que evidenciou paralisia do VI nervo craniano à esquerda. Leucograma com eosinofilia (4.808/mm³). Liquor: 1.200 células/mm³, com predomínio de eosinófilos (48%) e sorologias para *Angiostrongylus* negativo.

Resultados: Estabelecido o diagnóstico de meningite eosinofílica e considerando os dados epidemiológicos de exposição a caramujos e cães foi iniciado terapêutica com praziquantel e albendazol. Após tratamento com dexametasona por dez dias apresentou melhora progressiva, principalmente da marcha e melhora completa do quadro de estrabismo. Recebeu alta hospitalar deambulando e sem queixas, sendo orientado seguimento ambulatorial.

Discussão/Conclusão: As manifestações clínicas da angiostrongilíase ocorrem quando as larvas de *A. cantonensis* migram para os tecidos neurológicos ou oculares. Uma complicação rara é a angiostrongilíase ocular, que pode se apresentar com visão turva, diplopia ou estrabismo. A paralisia dos músculos extra-oculares ou nervos faciais, mais comumente VII e VIII, desenvolve-se em 4 a 9% dos pacientes. Parestesias com aéreas residuais de hiperestésias podem persistir por várias semanas mesmo após a resolução de outros sintomas. O diagnóstico não depende da identificação do agente causador. De modo geral, o diagnóstico de angiostrongilíase cerebral baseia-se na apresentação clínica, na presença de eosinofilia no LCR e uma história epidemiológica de exposição a larvas infectantes de *A. cantonensis*. Este caso aponta para a importância dos dados epidemiológicos na composição do diagnóstico clínico e melhor direcionamento da terapêutica.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2020.101498>

EP-421

MANIFESTAÇÕES ATÍPICAS E COMPLICAÇÕES DA CHIKUNGUNYA COMO GATILHO DE INSUFICIÊNCIA RENAL



Claudio Esteban Bautista Branagan, Esmailyn
Castillo Santana, Rosalina Maria Cotti da
Rocha, Marcel Treptow Ferreira, Marcos Davi
Gomes de Sousa, André Machado de Siqueira

Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas
(INI), Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Rio de
Janeiro, RJ, Brasil

Introdução: A infecção pelo vírus Chikungunya (CHIKV) causa uma síndrome aguda caracterizada por febre, rash, mialgia e poliartralgia.

Objetivo: Relatar caso de paciente com manifestações atípicas associadas à infecção pelo CHIKV.

Metodologia: Masculino de 24 anos, previamente hígido. Encaminhado de outra unidade de saúde com diagnóstico oftalmológico de neuroretinite com edema de disco, vasculite focal bilateral e hemorragias retinianas superficiais para investigação de Bartonelose. Histórico de cefaleia, febre diária de aproximadamente 3 semanas e alteração do campo visual com piora na última semana. Na chegada ao hospital encontrava-se com cefaleia, hipertensão 180/120 mmHg, oligúrico, febril (38,2°C) e nauseado. Tomografia de crânio sem contraste e radiografia de tórax sem alterações. Exames do liquor normais, hemoglobina 8,1 g/dL, hematócrito 22,9%, leucócitos 11,120/mm³ sem desvio, plaquetas 75,000/mm³, creatinina plasmática 19,41 mg/dL, ureia 299 mg/dL, potássio 5,5 mEq/L, sódio 135 mEq/L, EAS com proteinúria e hemoglobinúria. Ecocardiograma transtorácico com sinais de cardiopatia hipertensiva, sonografia de aparelho urinário com perda da diferenciação renal cortico-medular. Fundo de olho com papiledema e hemorragia retiniana bilateral. Foi admitido na unidade de terapia intensiva, fazendo hemodiálise diária por 6 dias e posteriormente em dias alternados. Apresentou reação transfusional. Em suspeita de microangiopatia trombótica e/ou síndrome hemolítica urêmica atípica, exames do complemento (C3 e C4) e ADAMST 13 negativos. Sorologias para *Bartonella*, *Leptospirose* e *Dengue* negativas, apenas IgM CHIKV positiva. Teve melhora clínica ocular e níveis pressóricos. A biópsia renal foi contraindicada por atrofia tecidual. Manteve-se em terapia renal substitutiva após alta.

Discussão/Conclusão: Os sintomas atípicos pelo CHIKV podem persistir semanas depois da infecção inicial. Neste caso o acometimento ocular se manteve até a fase subaguda, mas a injúria renal aguda poderia ser levada em consideração como falência pre-renal ou glomerular, desconhecida pelo paciente, provavelmente exacerbada pela replicação viral no tecido renal sem regressão do dano. As manifestações oculares e renais simultâneas são sinais de complicações pouco frequentes na chikungunya, devem ser consideradas em pacientes imunocompetentes de áreas endêmicas. Tendo a possibilidade de serem mais graves em aqueles com comorbidades pre-existentes.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2020.101499>