

EP-422

PRÁTICAS PARA REDUZIR INFECÇÕES DO SÍTIO CIRÚRGICO ENTRE AS MULHERES SUBMETIDAS À CESARIANA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Beatriz Regis da Cunha

Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS),
Brasília, DF, Brasil

Introdução: A infecção do sítio cirúrgico (ISC) após cesariana é um grande problema de saúde pública para as mulheres e para os serviços. Como tal cirurgia tem alto volume e a incidência estimada de ISC varia de 4% a 10%, a adoção de estratégias cirúrgicas e pericirúrgicas é de suma importância. Evidencia-se, assim, a valia desse estudo para mitigar a incidência dessa problemática, a partir da explicitação de algumas dessas medidas.

Objetivo: Identificar um conjunto de estratégias perioperatórias e técnicas cirúrgicas que reduzam o risco de ISC após cesariana.

Metodologia: Trata-se de uma revisão integrativa de outras revisões da literatura sobre as estratégias para evitar a ISC após cesariana; na base de dado PUBMED; entre os anos de 2015 e 2020; nos idiomas inglês, português e francês; utilizando os descritores “prevention”, “caesarean section” e “surgical site infections” com o operador booleano AND.

Resultados: No total, foram analisados 20 estudos que indicaram o uso de clorexidina para preparação abdominal, de solução de iodo-povidone para a preparação vaginal e de antibióticos de amplo espectro (cefazolina com metronidazol, azitromicina ou gentamicina) antes do procedimento, assim como a redosagem do medicamento durante uma cirurgia longa (>3-4 horas) ou com perda excessiva de sangue (>1500 mL). Além disso, no intraoperatório, a realização de incisão de pele transversal baixa; a extração espontânea da placenta com tração suave do cordão umbilical e massagem uterina; o fechamento do espaço subcutâneo com tecido com mais de dois centímetros e o uso de sutura subcuticular foram aconselhados. No pós-operatório, recomenda-se a remoção do curativo incisional nas primeiras 24 horas; a interrupção dos antibióticos (exceto nos dois casos de complicações citados) e a solicitação do retorno da paciente depois de duas semanas do procedimento. Por fim, são contraindicados a irrigação intra-abdominal durante o parto; a drenagem subcutânea; o suplemento de oxigênio; a remoção dos pelos suprapúbicos e a dilatação mecânica do colo.

Discussão/Conclusão: Portanto, como as estratégias perioperatórias e cirúrgicas não são adequadamente sintetizadas para os profissionais e podem não ser acessíveis, este artigo é útil para as equipes clínicas que buscam orientação sobre a redução do risco de ISC após cesariana, uma vez que as medidas foram explicitadas visando suprir suas necessidades e dúvidas. Com a aplicação correta desse pacote de controle de infecção, o excesso de custos da saúde reduzirá e a qualidade de vida materna melhorará.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2020.101500>



EP-423

PARALISIA FLÁCIDA AGUDA EM CRIANÇA COM TOXOPLASMOSE CONGÊNITA EM REATIVAÇÃO SOROLÓGICA APÓS TRATAMENTO: RELATO DE CASO

Camila Bicudo Mendonça, Bruno Silva de Paula, Carlos Eduardo Oliveira Passafaro, Letícia Thomaz Santiago, Myrlla Paula Lanza, Cássia Barboza Pinheiro do Nascimento, Dilson Chamos de Arruda, Thalita Mara de Oliveira, Isabella Victorio, Raissa Hiroe Chiba

Hospital Universitário Júlio Müller (HJUM),
Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT),
Cuiabá, MT, Brasil

Introdução: A Síndrome de Guillain-Barré (SGB) é uma polineuropatia autoimune, desmielinizante e, geralmente, pós-infecciosa. Apresenta-se como uma paralisia flácida, ascendente e progressiva de membros inferiores. Além da clínica característica, expressa típica dissociação albumino-citológica no líquido.

Objetivo: Relatar o caso de um paciente pediátrico com diagnóstico de toxoplasmose congênita e quadro agudo de paralisia flácida em membros inferiores associada à arreflexia.

Metodologia: R. T. S., 1 ano e 4 meses, com toxoplasmose congênita, nasceu a termo, parto cesáreo, Apgar 8/9, peso e perímetro cefálico adequados para idade gestacional. Na primeira semana de vida, foram identificados coriorretinite bilateral, colpocefalia e calcificações puntiformes em Tomografia de Crânio (TC). Criança progrediu com crescimento e desenvolvimento neuropsicomotor adequados. Com 1 ano e 2 meses (13/08/20), sorologias para toxoplasmose foram não reagentes e tratamento suspenso. Um mês depois, constatou-se IgG e IgM em titulações ascendentes. Já em 28/09/2020, recebeu a primeira dose de vacina oral contra poliomielite (VOP). A partir de 10/10/2020, apresentou regressão súbita da motricidade em membros inferiores de caráter ascendente, manifestando paralisia flácida assimétrica, mais pronunciada à esquerda, associado à arreflexia e diminuição do tônus em membros inferiores. Paciente foi internado após 4 dias do início do quadro agudo e em avaliação líquórica, evidenciou-se dissociação proteico-celular e culturas negativas, incluindo toxoplasmose. Nova TC mostrou padrão de imagem semelhante ao exame do período neonatal. Além disso, indicou-se rastreamento de outras infecções, sendo negativo para citomegalovírus, herpes, sífilis e COVID-19. Pesquisou-se presença de vírus da poliomielite nas fezes, porém, até o momento da submissão deste artigo, ainda não há resultado. Paciente recebeu 1,6 g/kg de imunoglobulina ao longo de quatro dias e evoluiu com expressiva melhora do quadro motor, recebendo alta para seguimento ambulatorial.

Discussão/Conclusão: A elevação nos valores da IgG após a suspensão do tratamento para toxoplasmose congênita é comum na prática clínica. R. T. S. apresentou paralisia flácida após administração da VOP, o que levanta a hipótese de poliomielite pós-vacinal na vigência da reativação sorológica da toxoplasmose. Tendo em vista a escassez de evidências que relacionam toxoplasmose à síndrome motora, bem como a sig-



nificativa melhora do quadro após uso de imunoglobulina, a hipótese de SGB tornou-se fortalecida.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2020.101501>

EP-424

NOCARDIOSE CUTÂNEA PRIMÁRIA POR NOCARDIA BRASILIENSIS EM PACIENTE IMUNOCOMPROMETIDO: IMPORTÂNCIA NO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DAS PIODERMITES



Alex Pereira Ramos, Mariana Moura da Silva, Thiago Barbosa Peixoto, Cesar Figueiredo Veiga, Ana Carolina Alonso dos Santos, Juliana Cassia Lopes dos Santos Pena, Leonardo Flavio Nunes dos Santos, Leonardo Paiva de Souza

Hospital Norte D'Or, Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Introdução: A nocardiose é uma infecção bacteriana que acomete principalmente pacientes imunossuprimidos. É causada por bactérias do gênero *Nocardia* spp., afetando principalmente os pulmões podendo também se instalar em outros órgãos. A maioria dos relatos de caso de infecção cutânea por *Nocardia brasiliensis* é do subtipo linfocutânea, sendo a espécie mais envolvida nesse tipo de infecção. A nocardiose cutânea geralmente é representada por uma infecção cutânea primária através da inoculação direta local. Pode-se assemelhar com piodermites causadas por germes comuns, gerando dificuldades diagnósticas. Devido seu caráter invasivo, o diagnóstico e tratamento assistido é imprescindível para correto manejo da doença e desfecho favorável.

Objetivo: Relato de caso de nocardiose cutânea primária em paciente imunossuprimido pelo uso de metotrexato para artrite reumatoide.

Metodologia: Mulher de 75 anos, portadora de artrite reumatoide, em uso de metotrexato e corticoide sistêmico, refere surgimento de pústula dolorosa em membro superior com disseminação posterior em membro inferior. Foi admitida em unidade hospitalar com administração de antibioticoterapia empírica com ceftarolina e suspensão dos imunossupressores. Houve piora das lesões ao longo do tratamento com necessidade de drenagem cirúrgica e envio de material para cultura microbiológica, com crescimento de *Nocardia brasiliensis*, sendo então iniciado sulfametoxazol-trimetoprima. Exames de imagem de rastreamento não evidenciaram comprometimento extracutâneo. Paciente evoluiu com melhora das lesões cutâneas e posterior acompanhamento ambulatorial.

Discussão/Conclusão: *Nocardia brasiliensis* é a espécie do gênero mais implicada nas infecções cutâneas. Devido à grande variação das manifestações clínicas do quadro cutâneo, o diagnóstico pode ser desafiador com necessidade de exclusão de outras infecções causadas por outras bactérias, fungos e parasitas. O diagnóstico é realizado a partir da identificação do agente em cultura. O gênero apresenta resistência intrínseca a diversas classes de antibióticos, dificultando o tratamento antimicrobiano. A resposta ao tratamento pode ser variada. Devido ao caráter insidioso e tropismo pelo sistema nervoso central, o acompanhamento

ambulatorial é imprescindível, com atenção à sintomatologia neurológica. Ao contrário de outras piodermites, o tratamento é de longo prazo, mesmo após o desaparecimento das lesões, para o bom manejo clínico.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2020.101502>

EP-425

INFECÇÃO ESTREPTOCÓCICA COM ESPESSEAMENTO E PROLAPSO DE VALVA MITRAL: UM RELATO DE CASO



Fenísia G. Carvalho Saldanha, Júlia de Abreu Teixeira, Hugo Pessotti Aborghetti, Rafael Firme Ginelli, Tamires Rayane Paula Cruz Silva, Bruno Rocha Moreira, Mayko Nascimento Merscher, Bruno Oggioni Moura, Ricardo Tristão Sá

Hospital Universitário Cassiano Antonio Moraes (HUCAM), Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), Vitória, ES, Brasil

Introdução: Endocardite infecciosa é o processo inflamatório do endocárdio, sobretudo daquele localizado nas valvas cardíacas, causado por microrganismos. A vegetação, lesão característica, é composta por plaquetas, fibrina, microrganismos e células inflamatórias. Ela acomete mais comumente a valva mitral (40%) ou aórtica (34%), seguida pelo acometimento de ambas as valvas. Ruptura de folhetos, cordoalhas ou perfurações valvares, além de fístulas intracardíacas e insuficiência cardíaca são possíveis complicações. A endocardite é a segunda etiologia mais frequente de ruptura de cordoalha, sendo esta última a principal responsável pela regurgitação mitral pura em países desenvolvidos, representando a causa de 90% dos casos agudos.

Objetivo: Relatar caso de endocardite subaguda por *Streptococcus mutans* com ruptura de cordoalha da valva mitral, correlacionando achados e conduta clínica com dados da literatura.

Metodologia: Paciente masculino, 47 anos, casado, agricultor, procurou serviço de saúde com queixa de dor abdominal periumbilical, emagrecimento e febre diária há 5 meses, associada a hiporexia e astenia. Ao exame físico, apresentava-se com sopro sistodiastólico 4+/6+ em foco mitral, irradiando para focos tricúspede e aórtico, pescoço e axila esquerda. No ecocardiograma transesofágico, foi observado valva mitral com espessamento de ambas as cúspides e prolapso, com maior comprometimento da cúspide posterior. Notou-se também imagem altamente sugestiva de cordoalha rota. Em consequência, há uma flail mitral valve e grave insuficiência valvar.

O diagnóstico de endocardite subaguda foi dado após hemocultura positiva para *S. mutans* e seguiu-se por tratamento com ampicilina por 28 dias e gentamicina por 14 dias, suspensos após hemocultura negativa. No momento da alta, apresentou-se estável clinicamente e tem cirurgia cardíaca programada.

Discussão/Conclusão: O diagnóstico de endocardite infecciosa tem o prolapso da valva mitral como fator de risco e deve-se levar em consideração a integração de aspectos clíni-