

consideradas em pacientes imunocompetentes de áreas endêmicas.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2020.101513>

EP-436

ACIDENTE COM ABELHAS, E TRATAMENTO ESTABELECIDO - RELATO DE CASO



Renata Maiolo Rigonato, Renan Maiolo Rigonato, Manuela Giansante Angelucci, Giuliane Cristina Bichoffe, Georgia Nogueira Mesquita, Vitória Faria de Souza, Fernanda Birolli Martins, Marcio Cesar Reino Gaggini

Universidade Brasil, Fernandópolis, SP, Brasil

Introdução: Acidentes com insetos da ordem Hymenoptera, são importantes por possuírem glândulas veneníferas que inoculam veneno, que podem resultar em uma reação de hipersensibilidade por apenas uma picada: reação alérgica, envenenamento: reação tóxica local, ou ainda múltiplas ferroadas: reação tóxica sistêmica, podendo evoluir com quadro de choque e óbito. O acidente por múltiplas picadas de abelhas é uma emergência médica. Seus ferrões devem ser retirados com cuidado para evitar a inoculação de veneno, com uso prometazina para aliviar os sintomas anafláticos, hipnoanalgésico para dor aguda, aminofilina se broncoespasmos, hidrocortisona para edema e, hidratação com cristaloides, uso de manitol 20% para evitar desidratação e lesão renal. E, uso de bicarbonato de sódio para alcalinizar a urina afim de prevenir lesões causadas por hemoglobinúria.

Objetivo: Relatar o tratamento de um acidente com diversas picadas abelhas, admitido na emergência.

Metodologia: A.B., 78 anos, masculino, hipertenso e cardiopata, admitido na emergência, com relato de acidente com abelhas, sendo em torno 500 picadas, em face, pescoço, abdome, MMSS e MMII, apresentando reações locais como edema, hiperemia, dor, e diversas pústulas e pápulas, associado, odinofagia e disfagia. Refere 2 episódios anteriores, devido ser agricultor, porém, sem internação. Ao exame físico: REG, corado, hidratado, acianótico, consciente, FR: 23irm, Sat.O2: 97%, FC: 101bpm; PA:130 x 90 mmHg; ECG:15; presença pústulas e pápulas nas regiões das picadas e intenso edema cervical. Laboratoriais CPK = 373-809 U/L. Assim, pelas picadas de abelhas e infecção de pele, foram retirados os ferrões, e encaminhado para a unidade de terapia intensiva, devido risco de angioedema. Assim, iniciando Prometazina 1 ampola IM; Dolantina 1 ampola IM; Hidrocortisona 500 mg EV de 12/12 horas; Manitol 20% 100 mL EV de 6/6 horas, por 3 dias; Bicarbonato de sódio 8,2% 100 mL EV de 6/6 horas por 2 dias; e Tazocin 4,5 g de 8/8 horas.

Discussão/Conclusão: Em síntese, foi verificado que o tratamento precoce evoluiu com uma rápida melhora das reações locais e sistêmicas causadas, e, com apenas quatro dias de internação, garantiu-se a alta hospitalar. Assim, denotando a relevância da conduta estabelecida perante o quadro, prevenindo danos maiores ao paciente, e possíveis complicações.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2020.101514>

EP-437

TUBERCULOSE ANORRETAL EM IMUNOCOMPETENTE: RELATO DE CASO



Jaime Emanuel Brito Araujo, Renata Salvador G. de Brito, Júlia Regina C. Pires Leite

Serviço Municipal de Tuberculose de Campina Grande, Campina Grande, PB, Brasil

Introdução: A tuberculose anorretal é uma forma rara de tuberculose e geralmente ocorre de forma secundária ou concomitante à forma pulmonar, sendo incomum em pacientes imunocompetentes.

Objetivo: Relatar um caso de tuberculose anorretal complicada em paciente imunocompetente por reativação de infecção prévia assintomática.

Metodologia: Os dados do caso foram obtidos por meio da revisão de prontuário, observando os princípios éticos que regem a pesquisa científica.

Resultados: Trata-se de paciente de 49 anos, sexo masculino, policial, sem comorbidades, sem uso de medicações de uso contínuo, admitido com história de abscessos retais de repetição havia 9 meses, com 3 abordagens cirúrgicas prévias, evoluindo com diarreia esporádica havia 2 meses, dor ao evacuar, perda de peso e episódios de febre esporádica. Há cerca de 30 dias havia recebido o diagnóstico de fístula anorretal e desde então vinha com secreção purulenta perianal. Usou diversos esquemas antimicrobianos sistêmicos e tópicos, sem melhora. Culturas de secreção dos abscessos e da secreção anal frequentemente negativas. Realizou colonoscopia, que mostrou retite crônica inespecífica. Histopatológico de mucosa retal mostrou processo inflamatório crônico granulomatoso inespecífico, com ausência de BAAR e de estruturas fúngicas e ausência de sinais de malignidade. Contato domiciliar prévio prolongado havia 2 anos com familiar portador de tuberculose pulmonar, não tendo realizado investigação para infecção latente na época. Realizado PPD, com 11 mm. Tomografia de tórax com granuloma calcificado em lobo superior direito e Tomografia de abdome com granulomas calcificados em baço. Iniciado teste terapêutico com esquema RHZE, evoluindo com remissão completa do quadro clínico e fechamento da fístula anorretal após 6 meses de tratamento regular, sem recidivas.

Discussão/Conclusão: A presença de epidemiologia sugestiva e sinais de infecção pulmonar prévia ou concomitante na ausência de outros diagnósticos mais comuns favorecem a suspeição da tuberculose anorretal. O PPD elevado favorece as evidências de contato prévio ou doença ativa e o histopatológico com aspecto granulomatoso (com ou sem necrose caseosa) auxiliam no diagnóstico. Os abscessos retais e fístulas são as complicações mais comuns, sendo a motivação mais frequente de intervenções cirúrgicas mal sucedidas múltiplas, como no caso citado. A instituição de tratamento clínico com esquema terapêutico efetivo confere remissão completa e boa evolução na grande maioria dos casos.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2020.101515>