

Resultados: Nos anos de 2016 a 2020, foram notificados 56 casos de sífilis em gestantes, 13 casos de sífilis congênita e 218 casos de sífilis adquirida, totalizando 287 casos neste período. Nos casos de sífilis gestacional, de acordo com os trimestres de detecção, foram diagnosticados 37 casos no primeiro trimestre, 14 casos no segundo trimestre e 5 casos no terceiro trimestre. No período apenas um caso de sífilis congênita evoluiu com desfecho fatal, sendo este no ano de 2018. Na sífilis adquirida, em relação a idade do paciente, 5% casos foram diagnosticados em pacientes de 0 a 20 anos; 54% entre 21 a 40 anos; 26% entre 41 a 60 anos; 14% entre 61 a 80 anos e por fim, 2% entre 81 a 100 anos. Em relação ao sexo, foram 35,32% do feminino e 64,67 % masculino. O ano de 2018 apresentou maior número de diagnósticos da sífilis adquirida (59 casos) e 2016 com maior número de sífilis congênita (5 casos).

Conclusão: O trabalho demonstra a importância do diagnóstico precoce e o tratamento adequado para evitar complicações da doença e óbitos relacionados à sífilis congênita. Embora se observe uma diminuição dos casos de sífilis em quase todo o país, a redução pode estar relacionada com as seguintes falhas: nos sistemas de notificação, no controle adequado dos contatos e nas campanhas buscando o diagnóstico precoce.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2021.101884>

EP 149

DOENÇA DE WHIPPLE: RELATO DE CASO

Andressa Noal^a, Frederico da Cunha Abbott^a,
Izabele Linhares Ferreira de Melo Cavalcante^a,
Igor de Souza Bernardotti^a,
Pedro Moreno Fonseca^a,
Adriana Neis Stamm^a,
Dimas Alexandre Kliemann^b

^a Serviço de Infectologia, Hospital Nossa Senhora da Conceição, Porto Alegre, RS, Brasil

^b Hospital Nossa Senhora da Conceição, Porto Alegre, RS, Brasil

Paciente A.H., masculino, 53 anos, depressão prévia, procurou atendimento médico por quadro de diarreia crônica, perda de peso e astenia há 3 meses. Foi submetido à investigação laboratorial, endoscopia digestiva alta (EDA) e colonoscopia, sem alterações. Realizada tomografia de abdômen que evidenciou: espessamento parietal difuso de alças duodenais e jejunais, áreas intercaladas de espessamento das haustrações dos cólons ascendente, transverso e descendente e incontáveis linfonodomegalias no mesentério e no retroperitônio, algumas formando conglomerados. Nesse ínterim, paciente realizou tratamento antimicrobiano, suspeitando-se de gastroenterite, além de descartadas hipóteses de neoplasia, tuberculose e síndromes disabsortivas intestinais. Realizado biópsia linfonodal retroperitoneal cujo anatomopatológico pela coloração especial Ácido Periódico de Schiff (PAS) mostrou a presença de diminutos grânulos diastase-resistentes no citoplasma de macrófagos, compatível com bactérias da Doença de Whipple. Iniciado então terapia com Ceftriaxone 2

gramas por dia, por 14 dias, seguida por Sulfametoxazol-Trimetropim 800/160 mg, 2 vezes ao dia, por 12 meses. O paciente também realizou pesquisa para HLA27 sérico cujo resultado foi negativo e líquido sem celularidade. A doença de Whipple é causada pelo bacilo gram positivo *Tropheryma whipplei*. A incidência anual são de aproximadamente 30 casos. A clínica é caracterizada por artralgia, diarreia crônica e perda de peso. Geralmente o envolvimento cerebral é assintomático e apenas diagnosticado pela identificação do bacilo no líquido. Dois achados são patognomônicos da Doença: Miorritmia oculo-mastigatória e Miorritmia esquelética óculo facial. Pacientes sintomáticos podem apresentar baixa a moderada pleocitose no líquido, com predomínio de linfócitos, monócitos ou macrófagos (alguns PAS positivos). Linfadenopatias mediastinais ou mesentéricas estão presentes em 50% dos casos. O diagnóstico deve ser considerado após excluir-se outras doenças. A investigação inicia com EDA e biópsia do intestino delgado, a qual deve ser feita mesmo em pacientes sem lesões na mucosa. A amostra é caracterizada pelos macrófagos PAS positivos e atrofia vilosa. Cultura de outros sítios podem ser realizadas. O tratamento é realizado com Ceftriaxone 2 gramas por dia, por 2 semanas endovenoso, seguido por Sulfametoxazol-Trimetropim 800/160 mg 2 vezes por dia por 12 meses. A resposta clínica é bem marcada entre 7 a 21 dias após início da terapia.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2021.101885>

EP 150

ENCEFALITE POR LEPTOSPIROSE EM PACIENTE PEDIÁTRICO: RELATO DE CASO

Daniel Rossi Almeida, Ana Paula Mitsue Sasaki,
Camila Arfeli Cabrera

Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR),
Londrina, PR, Brasil

Introdução: a encefalite caracteriza-se como uma inflamação do parênquima cerebral causada por uma infecção ou autoimunidade e resulta com uma alteração neurológica, sendo considerada uma emergência neurológica. A leptospirose é uma infecção causada pela bactéria do gênero *Leptospira*, classificada como uma espiroqueta aeróbica móvel. Ressalta-se a *L. interrogans* como patogênica ao ser humano. É considerada uma das zoonoses mais importantes do mundo devido a sua distribuição global. Ao se relacionar as duas patologias, encontra-se, na literatura, que é pouco improvável que o primeiro sintoma dos pacientes com leptospirose envolva sintomas neurológicos. Porém, manifestações do sistema nervoso estão presentes em 10 a 15% dos casos e são facilmente não identificadas.

Descrição do caso: Criança do sexo masculino, 11 anos, que iniciou quadro de febre alta e diária, durante 15 dias, associada a sonolência, períodos de irritabilidade, cefaleia e mialgia. Foi internado na cidade de origem, em que iniciou tratamento com antibioticoterapia e realização de sorologias, sem melhora do quadro. Foi encaminhado a hospital terciário em regular estado geral, sonolento, confuso, taquípneico,