

Dessa forma, o paciente recebeu alta com exames melhorados, assintomático.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2021.101966>

EP 231

AVALIAÇÃO CLÍNICA E EPIDEMIOLÓGICA DOS ACIDENTES POR ESCORPIÕES EM CIDADES DO NOROESTE PAULISTA

Rafaela Dias Fichi Santana ^a,
Guilherme Trojillo Gil ^a,
Cesare Takaoka Gaggini ^a,
Marcio Cesar Reino Gaggini ^a,
Mauricio Fernando Favaleça ^b

^a Universidade Brasil, Fernandópolis, SP, Brasil

^b CADIP, Fernandópolis, SP, Brasil

Introdução: No mundo foram descritas aproximadamente 1.500 espécies de escorpiões pertencentes a 18 famílias, a maioria das espécies perigosas pertencem à família Buthidae, incluindo os *Tityus* na América do Sul. Existem três espécies de escorpião com maior importância epidemiológica no Brasil: *Tityus serrulatus*, *Tityus bahiensis* e *Tityus stigmurus*. O *Tityus serrulatus* é encontrado nos estados da Bahia, Minas Gerais, São Paulo, Espírito Santo, Paraná, Rio de Janeiro e Goiás; o *Tityus bahiensis* ocorre nas regiões Sul e Sudeste; e o *Tityus stigmurus* predominante na região Nordeste. A picada do escorpião libera toxinas que agem estimulando a liberação de neurotransmissores do sistema nervoso autônomo, causando dor intensa no local com irradiação pelo membro afetado, náuseas, vômitos, salivação, arritmia cardíaca e alterações respiratórias. Conforme a sintomatologia as formas clínicas são classificadas em leve, moderada e grave.

Metodologia: Esta revisão de literatura foi embasada nas fontes de pesquisa da Google scholar, Pubmed, Fiocruz, Biblioteca Virtual em Saúde e levantamento de dados na vigilância epidemiológica.

Resultados: Foram coletadas informações durante o período de janeiro de 2015 a dezembro de 2020, através de dados cedidos pela vigilância epidemiológica da cidade. No período ocorreram 2124 casos de acidentes com escorpiões, com queda no ano de 2020. Foram analisadas as seguintes variáveis: formas clínicas, terapêutica com soroterapia, sexo e sintomas mais comuns. Em relação ao sexo, a maioria foi do sexo masculino, correspondendo a 53,81% dos casos. De acordo com a apresentação clínica, a maioria dos casos foram leves, sendo 96,75% do total, seguidos de moderados (2,30 %) e graves (0,61 %). O sintoma mais frequente foi a dor no local do acidente, correspondendo a 97,08% dos casos. Edema no local da picada foi outro sintoma frequente, correspondendo a 33,70 % do total. A soroterapia foi utilizada em todos os acidentes graves e em alguns moderados, com total de 47 prescrições, correspondendo a 2,21 % dos casos. Não foi constatado nenhum óbito durante o período.

Conclusão: Através do levantamento das informações no período de 2015 a 2020, ocorreram 2124 casos na região, demonstrando uma diminuição no número de casos em 2020, por

provável impacto da pandemia de COVID-19. Os resultados reforçam a importância da classificação clínica adequada como medida essencial para prescrição da soroterapia, evitando a mortalidade dos acidentes.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2021.101967>

EP 232

DIFICULDADE EM DIAGNÓSTICO DE DOENÇA DE LYME

Natália Gouveia dos Santos Arantes ^a,
Rodrigo Juliano Molina ^a, Letícia Vieira Maia ^b,
Bruna de Sousa Costa ^b,
Adam Krisller dos Reis Guimarães ^a,
Sarah Cristina Sato Vaz Tanaka ^a,
Sebastião Milundo da Costa Issenguel ^a,
Chrystian Coelho Lemes ^c,
Ritta Cristina Ramos ^d

^a Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), Uberaba, MG, Brasil

^b Instituto Master de Ensino Presidente Antônio Carlos (IMEPAC), Araguari, MG, Brasil

^c Universidade do Oeste Paulista (Unoeste), Presidente Prudente, SP, Brasil

^d Universidade Federal de Pelotas (UFPel), Pelotas, RS, Brasil

A borreliose de Lyme é uma doença causada pela bactéria *Borrelia burgoferi*, transmitida pela picada de carrapatos do gênero *Ixodes*, sendo transmitida no Brasil através do *Amblyomma cajennense*, o “carrapato-estrela”. As manifestações clínicas são diversas sendo o “eritema migrans” a principal lesão cutânea que se inicia como uma mácula no local de inoculação e expansão posterior durando semanas. Os sinais e sintomas da doença são inespecíficos e incluem febre, sudorese, astenia, dor ou rigidez de nuca, dores articulares, mialgia, cefaleia, parestesia, comprometimento cognitivo. Nos casos dos pacientes sem o eritema, o diagnóstico é dificultado, podendo levar à piora ou óbito. Mulher, 15 anos, iniciou febre até 39°C sem outras queixas. Evoluiu com cefaleia intensa, vômito cerebral, anorexia e desidratação. Nos atendimentos médicos recebeu hidratação e coleta de exames que mostraram hematuria, leucocitúria, presença de corpos cetônicos e células epiteliais frequentes. Sete dias após o início dos sintomas, a paciente apresenta nuchalgia sem sinais de irritação meníngea. No 11 dia houve piora clínica, com fraqueza extrema, paralisia de VI par craniano, diplopia, estrabismo convergente e papiledema bilateral. O exame de líquido constatou líquido turvo, proteinúria, hipoglicorraquia e pleocitose. Tomografia de crânio sem alterações. Foi prescrito sintomáticos e Prednisolona. Após nove dias, novo líquido mostrou pleocitose e hipoglicorraquia. O hemograma evidenciou anemia microcítica, leucocitose com neutrofilia e monocitose, elevação de transaminases e alfa-globulina 2. Após um mês do início do quadro, foi iniciado prova terapêutica para tuberculose meníngea. Com um mês de tratamento houve melhora clínica e das transaminases; líquido sem alterações.