

apresentaram alterações do Sistema Nervoso Central. A respeito das lesões, identificou-se uma predominância de sinais de hipóxia (35,13%), edema (24,32%) e congestão (21,62%), com uma menor incidência de Inflamação (10,8%), hemorragia (8,1%), petéquias (5,4%), coágulos (5,4%), infartos (5,4%) e casos isolados de microabscessos (2,7%) e herniação (2,7%). No entanto, cabe ressaltar que a presença de lesões neurológicas não condiz, necessariamente, com manifestações clínicas desse sistema, podendo ou não estar associadas. Portanto, é atestada a correlação entre neuroacometimentos e infecção por sorotipos de dengue, sobretudo em casos graves, sendo que a apresentação dessas patologias foi bastante variada. Dessa forma, a investigação, através das autópsias, possibilita uma maior compreensão da neuropatogênese da dengue, facilitando futuros diagnósticos. Reitera-se a necessidade de contenção do número de casos dessa arbovirose, através de políticas públicas de educação em saúde e prevenção, com o intuito de redução, tanto da transmissão viral quanto dos casos graves.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2021.102276>

PI 281

ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA, POR MEIO DO GEOPROCESSAMENTO E QUESTIONÁRIO COM AGENTES DE COMBATE ÀS ENDEMIAS, DOS CASOS DE LEISHMANIOSE VISCERAL E LEISHMANIOSE TEGUMENTAR AMERICANA EM BIRIGUI- SÃO PAULO

Nathan Bardini Anhô, Alex Martins Machado, Aline Rafaela da Silva Rodrigues Machado

Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), Campo Grande, MS, Brasil

Introdução/Objetivo: A cidade de Birigui, durante sua origem, tinha grande quantidade de mosquitos da subfamília Plebotominae, originando o nome da cidade com origem Tupi Guarani. Além disso, por ter grande quantidade desses insetos na região, a Leishmaniose Visceral (LV) e a Leishmaniose Tegumentar Americana (LTA) podem ser disseminadas mais facilmente, uma vez que eles são os vetores da doença. Por conta desse fator, Birigui e Araçatuba, foram as primeiras cidades de São Paulo a detectarem, em 1999, casos de LV, a partir desses pontos a doença se disseminou via Ferrovia Novoeste. Objetivou-se determinar a distribuição dos casos confirmados de LV e LTA em Birigui/SP entre 2010/2020, identificando os locais de maior incidência e pontuando possíveis fatores de risco para a doença.

Método: Estudo retrospectivo observacional, coletou-se dados de LV e LTA notificados pelo Serviço de Vigilância Epidemiológica de Birigui. Efetuou-se o geoprocessamento dos endereços coletados e plotados com os dados da hidrografia e realizou-se entrevistas com 47 agentes de combate às endemias. Com posterior análise dos dados e identificação dos fatores de risco locais.

Resultados: Foram-se encontrados 260 casos no total, sendo 27 de LTA e 233 de LV. Mais pacientes masculinos

foram acometidos (LV 60,1%, 140/233 e LTA 62,96%, 17/27) e/ou brancos (LV 71,7% 167/233 e LTA 92,59%, 25/27). Os bairros Quemil, João Clevelaro, São Brás e Toselar se destacaram com 42/233 dos casos de LV e os bairros Monte Líbano e COAB III com 7/27 dos casos de LTA. A hidrografia também foi um forte fator influenciador na localização dos casos. O Córrego do Baixote está próximo dos bairros Quemil e João Clevelaro; o Córrego Biriguzinho do bairro Quemil e São Brás; o Riacho Moimás do Monte Líbano, indicando, assim, possível associação da hidrografia com a doença. Com o questionário aplicado nos agentes de combate a endemias, identificou-se quatro principais fatores de risco na cidade, sendo eles: presença de matéria orgânica abundante (45-29/47 dos questionários, variando entre os bairros), árvores frutíferas (27-13/47), galinheiros (32-11/47) e animais domésticos (40-33/47).

Conclusão: O perfil de pacientes acometidos com LV e LTA no município são homens e/ou brancos, que moram em bairros próximos a áreas de hidrografias. Os fatores de risco, em sua maioria, se devem a falta de medidas de higiene e limpeza local, por isso, para reduzir os casos, faz-se necessário focar nessas medidas profiláticas.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2021.102277>

PI 282

AVALIAÇÃO DE FATORES QUE IMPACTAM NA INCIDÊNCIA DE RECIDIVAS DE LEISHMANIOSE TEGUMENTAR OU LEISHMANIOSE VISCERAL EM PACIENTES CO-INFECTADOS COM O VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA

Camila Freire Araújo^{a,b}, Iara Barreto Neves Oliveira^c, Muriel Vilela Teodoro Silva^c, Ledice Inácia de Araújo Pereira^{a,b}, Sebastião Alves Pinto^{d,e}, Murilo Barros Silveira^c, Miriam Leandro Dorta^c, Simone Gonçalves Fonseca^f, Rodrigo Saar Gomes^c, Fátima Ribeiro-Dias^c

^a Departamento de Doenças Infecciosas e Parasitárias (DIP), Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública, Universidade Federal de Goiás (UFG), Goiânia, GO, Brasil

^b Hospital de Doenças Tropicais Anuar Auad, Goiânia, Goiás, Brasil

^c Laboratório de Imunidade Natural (LIN), Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública, Universidade Federal de Goiás (UFG), Goiânia, GO, Brasil

^d Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Goiás (UFG), Goiânia, GO, Brasil

^e Instituto Goiano de Oncologia e Hematologia (INGOH), Goiânia, Goiás, Brasil

^f Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública, Universidade Federal de Goiás (UFG), Goiânia, GO, Brasil

Introdução: A Leishmaniose tegumentar (LT) e a leishmaniose visceral (LV) são doenças endêmicas que emergiram como doenças oportunistas em pessoas vivendo com o vírus da imunodeficiência humana (HIV). Pacientes co-infectados apresentam maior risco de recidivas da leishmaniose que pode estar associado à baixa contagem de LT CD4+ e a um aumento da ativação imune crônica.

Objetivo: Avaliar os fatores que impactam nas recidivas de LT e LV em pacientes portadores de HIV e o uso da profilaxia secundária. Métodos Foi um estudo retrospectivo e prospectivo, de acompanhamento de pacientes co-infectados, quanto ao número de LT CD4+, detectados por citometria de fluxo; carga viral, pela técnica da reação em cadeia da polimerase; e ativação de LT CD4+ e LT CD8+ via marcadores HLA-DR e CD38, por citometria de fluxo.

Resultados: Foram avaliados 21 pacientes HIV/LT e 28 HIV/LV, sendo as taxas de recidivas de 28,6% e 14,3%, respectivamente. Os pacientes HIV/LV apresentaram menor número de LT CD4+ ($p=0,08$) do que os pacientes com HIV/LT, ao diagnóstico de leishmaniose. Os pacientes HIV/LV com recidivas ($n=6$) apresentaram LT CD4+ < 350/mm³ no momento da recidiva; enquanto 50% dos pacientes HIV/LT que recidivaram ($n=4$) tinham LT CD4+ < 350/mm³. Pacientes sem recidivas, porém, também apresentaram baixas contagens de LT CD4+, com 73,3% (HIV/LT) e 81,8% (HIV/LV) abaixo de 350/mm³ ao diagnóstico. Não houve diferenças significantes entre a frequência de pacientes com recidivas ou não entre grupos com ou sem uso de terapia antirretroviral (TARV) regular (HIV/LT: 27,3% [3/11] vs. 30% [3/10]; HIV/LV: 20% [4/20] vs. 12,5% [1/8]). A profilaxia secundária foi realizada em 11 pacientes HIV/LV e nesse grupo houve 27,3% de casos de recidiva (3/11). Essa frequência não diferiu significativamente daquela dos pacientes que sem profilaxia secundária (5,9%, 1/17). Em relação à ativação dos LT CD4+ e T CD8+, foram avaliados 4 pacientes HIV/LT (2 recidivas, 2 não recidivas), 6 HIV/LV (1 recidiva, 5 não recidivas) e 10 controles sadios. Os pacientes apresentaram maior proporção de LT CD4+ e LT CD8+ expressando CD38/HLA-DR do que os controles sadios ($p < 0,05$).

Conclusão: Os dados sugerem que a contagem de LT CD4+, carga viral, TARV regular e profilaxia secundária não impactam nas recidivas de leishmanioses em pacientes HIV. Ressalta-se o baixo número de casos de recidivas, havendo necessidade de ampliar o número de amostras nos pacientes co-infectados, para melhores análises.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2021.102278>

PI 283

COINFEÇÃO COVID-19 E MALÁRIA: UM RELATO DE CASO

Thaís Alarcon Duarte Braga ^a,
Lísia Gomes Martins de Moura Tomich ^b

^a Hospital de Doenças Tropicais Dr. Anuar Auad (HDT), Goiânia, GO, Brasil

^b Universidade Federal de Goiás (UFG), Goiânia, GO, Brasil

Introdução: Febre e cefaleia são comuns em várias doenças infectocontagiosas, entre elas a malária, que segue sendo um problema de saúde pública no mundo. É possível que a linfopenia observada em pacientes com COVID-19 possa aumentar a vulnerabilidade à malária e a outras infecções. Relata-se, então, caso de paciente com coinfeção COVID-19 e malária. Homem de 40 anos previamente hígido apresentou cefaleia, mialgia e febre, sem tosse ou dispneia. Retornou há 18 dias de área rural do Estado de Mato Grosso. Apresentou piora da cefaleia 8 dias após, procurando atendimento. Iniciou febre de 38,7°C, 10 episódios de vômitos. mas estado geral era regular, estava hipocorado, desidratado, icterico, FC 95 bpm, PA 145 × 90 mmHg, SpO₂ 95% em ar ambiente, FR 25 rpm, sem alterações respiratórias. Após as hipóteses de malária e COVID-19, visualizaram-se formas irregulares de *Plasmodium vivax* no sangue periférico, RT-PCR para SARS-CoV-2 foi detectado no cycle threshold (Ct) 36, Hb 11,6 g/dL, Ht 36%, leucócitos 4.770/ μ l, plaquetas 39.100/ μ l, DHL 291 U/L, bilirrubina total de 6,68mg/dL (direta 4,76), Dímero D 4.240ng/mL, ferritina 1.141 ng/mL. TC de tórax evidenciou opacidades em vidro fosco e raras consolidações, esparsas e bilaterais, com distribuição predominantemente peribroncovascular com atelectasias laminares bilaterais, notadamente nos campos pulmonares superiores. Iniciado tratamento com primaquina e cloroquina e, no 2º dia de internação, evoluiu com dispneia e dessaturação, sendo iniciado cateter nasal de baixo fluxo a 3L/min. Pesquisa de hematozoários de controle foi negativa. Houve melhora gradual, recebendo alta.

Comentários: História clinico-epidemiológica detalhada é necessária para um diagnóstico correto e criar lógica para um plano de tratamento, principalmente, levando em consideração outras doenças contagiosas endêmicas em países tropicais. A Organização Mundial de Saúde OMS está monitorando a evolução da COVID-19 e precisa aconselhar os países com regiões endêmicas de malária na execução de políticas públicas de saúde. A alocação de recursos deve ser otimizada, sempre que possível, para garantir uma interrupção mínima no controle da malária, caso o gerenciamento da COVID-19 seja necessário.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2021.102279>

PI 284

COMO ESTÁ A VACINAÇÃO PARA RAIVA ENTRE ESTUDANTES DE MEDICINA VETERINÁRIA?

Carolina Bantim Ciscotto,
Eduardo da Rocha Favre Drummond,
Káris Maria de Pinho Rodrigues

Universidade Estácio de Sá/IDOMED, Rio de Janeiro, RJ, Brasil

A raiva: causa uma encefalite praticamente 100% letal e é transmitida pelo contato com saliva de mamíferos através de mordeduras, arranhaduras, ou exposição de mucosas ou pele não íntegra. A doença pode ser prevenida através de medidas