

PI 301

RELATO DE CASO: SUBCLUSÃO DUODENAL COM ÍLEO PARALÍTICO POR *S. STERCORALIS* EM PACIENTE COM INFECÇÃO PELO VÍRUS HIV

Fernanda de Souza Formentin de Oliveira,
Andrei Pinheiro de Castro Gomes,
Jamile Freire Barreto dos Santos,
Thaissa Torrezini, Evelin Moura Nascimento,
José Tardelly Tavares de Araujo,
Verônica de França Diniz Rocha

Instituto Couto Maia, Salvador, BA, Brasil

O *Strongyloides stercoralis* é uma helmintíase de distribuição mundial que causa grande variedade de manifestações clínicas, desde assintomáticas a formas disseminadas. A suboclusão duodenal é uma complicação rara da hiperinfecção por *S. stercoralis* que decorre da migração larvária acentuada secundária a aceleração do ciclo de autoinfecção, podendo envolver desde esôfago até o intestino grosso. O diagnóstico desta complicação costuma ser difícil e tardio. Apresentamos relato de paciente com Síndrome de Imunodeficiência Humana Adquirida e suboclusão duodenal com íleo paralítico por *S. stercoralis*. Paciente masculino, 47 anos, sem comorbidades prévias, internado com quadro de dor abdominal, diarreia líquida e hematoquezia diária. Referia astenia e perda de 13kg em 3 meses. Sorologia para HIV reagente na admissão. Endoscopia digestiva alta apresentou erosões em estômago, duodeno e esôfago sendo biopsiadas. Evoluiu com vômitos incoercíveis e hipotensão. Transferido para unidade de terapia intensiva em hospital referência de infectologia, necessitando de drogas vasoativas e antibioticoterapia. Biópsia duodenal e parasitológicas de fezes evidenciaram *S. stercoralis*. Tomografia computadorizada de abdômen: dilatação de alças de intestino grosso e delgado. Sonda nasogástrica sob aspiração evidenciou grande resíduo gástrico e por impossibilidade de fazer ivermectina via enteral foi optado por supositório de 6mg de ivermectina por via retal. Paciente manteve deterioração clínica sendo submetido a intubação orotraqueal, embora tomografia de tórax não evidenciasse alterações. Devido a manutenção do quadro de impossibilidade de administração de medicamentos por via enteral por elevada quantidade de resíduo gástrico, manutenção de diarreia volumosa e hematoquezia que impossibilitavam absorção do supositório, foi optado por 6mg de ivermectina subcutânea diariamente, formulação veterinária, após autorização de familiares, como medida salvadora. Paciente cursou com choque séptico sem foco definido evoluindo para óbito. Pacientes imunossupressos apresentam maior risco de hiperinfecção por *strongilóide* e conseqüentemente, de suboclusão intestinal. A indisponibilidade da apresentação de ivermectina parenteral para humanos torna desafiador o tratamento de pacientes com absorção enteral comprometida. Estudos são necessários para estabelecer vias alternativas do uso da ivermectina para pacientes com impossibilidade de receber o tratamento oral.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2021.102297>

PI 302

ROMBENCEFALITE POR ESQUISTOSSOMOSE: RELATO DE CASO

Lara Silva Pereira Guimarães,
Diego Augusto Medeiros Santos,
Julia Ferreira Mari, Alice de Paula Baer,
Agnes Araújo Sardinha Pinto,
Mateus Barradas Ribeiro,
Vitor Falcão de Oliveira,
Beatriz Carneiro Gondim Silva,
Guilherme Diogo Silva, Maria Felipe Medeiros,
Juliana Cavadas Teixeira,
Marcelo Nóbrega Litvoc

Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP), São Paulo, SP, Brasil

A neuroesquistossomose tipicamente apresenta quadro de mielorradiculite. Porém, relatamos a seguir uma encefalite de tronco (romboencefalite). Mulher, 25 anos, sem comorbidades prévias, procedente de São Paulo, admitida com quadro progressivo de tontura, cefaleia, parestesia à direita, evoluindo com diplopia e ataxia de marcha há uma semana. Relatou viagem há dois meses para Crisópolis (interior da Bahia), onde frequentou rios e lagoas. Após duas semanas da exposição apresentou quadro de febre não aferida e lesão eritematosa pruriginosa em coxa direita. Ao exame, encontramos a presença de força muscular grau IV, hemihipoestesia e exaltação de reflexos osteotendíneos em hemicorpo direito, além de marcha atáxica e paresia do olhar conjugado para a direita. Exames laboratoriais evidenciaram eosinofilia (16,4%) e eosinoflorraquia (26%). Ressonância magnética do crânio demonstrou área de hipersinal em T2 com realce heterogêneo, de aspecto tumefativo, acometendo a ponte com extensão para pedúnculos cerebelares e mesencéfalo. A tomografia de tórax evidenciou múltiplos nódulos pulmonares não calcificados em parênquima pulmonar. A imunologia no líquido e sangue (imunofluorescência indireta – IgM) foram positivas para *Schistosoma* em altos títulos (1/320), sendo iniciado tratamento direcionado com Praziquantel 3.600mg dose única e Artesunato 4mg/kg (240mg) intravenoso por três dias associado a prednisona 1mg/kg/dia. Paciente evoluiu com piora de disartria e rebaixamento do nível de consciência, sendo submetida a intubação orotraqueal e transferida para unidade de terapia intensiva (UTI). Infelizmente, durante a UTI, apresentou parada cardiorrespiratória, evoluindo a óbito. A encefalite pseudotumoral é uma forma rara da neuroesquistossomose. O diagnóstico é difícil uma vez que os achados de imagem são comuns a outros processos granulomatosos. Nesse contexto, é essencial aventar a hipótese de esquistossomose dentre os diagnósticos diferenciais de lesões granulomatosas/expansivas de sistema nervoso central, especialmente na presença de eosinofilia e eosinoflorraquia. Testes sorológicos possuem pouco valor em pacientes provenientes de áreas endêmicas. Entretanto, a presença de IgM no líquido reforça o diagnóstico. Não existe consenso sobre o papel de drogas anti-schistosoma,