

sociodemográficos e a deficiência de vitamina A podem afetar a resposta imune a vacinas, resultando em maior risco para doenças potencialmente graves e imunopreviníveis.

**Ag. Financiadora:** FAPESP E CAPPES.

**Nr. Processo:** FAPESP 2017/00270-6; CAPPES 88887.470351/2019-00.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2022.102510>

ÁREA: INFECÇÃO PELO HIV-AIDS E ISTS

EP-076

### SIFILIS MALIGNA - RELATOS DE CASOS

Andressa Noal, Adriana Neis Stamm,  
Izabele Linhares Cavalcante,  
Frederico Cunha Abbott,  
Igor Souza Bernardotti, Pedro Moreno Fonseca,  
Jaysa Pizzi, Carlos Henrique Kwitko,  
Julia Somenzi Villa, Greici Taiane Gunzel

*Hospital Nossa Senhora da Conceição, Brasil*

**Introdução:** A sífilis maligna (SM) é um acometimento dermatológico incomum da doença causada pelo *Treponema Pallidum*, apresentando-se com lesões cutâneas ulceradas e necróticas. A nomenclatura deriva da similaridade com doenças malignas.

**Objetivo:** Mostrar a importância do diagnóstico diferencial das lesões de pele, levando-se em consideração a alta prevalência de infecção por sífilis.

**Resultados:** Caso 1: Paciente feminina, 42 anos, HIV, iniciou com lesões descamativas em membros, tronco e face, evoluindo para lesões ulceradas há 6 meses. VDRL 1:512. Biópsia de pele com anatomopatológico: dermatose perivasculare e perianexial, dano vasculopático caracterizado por edema endotelial e denso infiltrado inflamatório crônico, predominantemente linfocitário, cariorrex com espongirose e exocitose de linfócitos. Lesões em dorso impossibilitaram realização de punção lombar, realizado tratamento empírico para neurosífilis com Penicilina Cristalina (14 dias) mais 3 doses de Penicilina Benzatina 2400000UI. Evoluiu com melhora substancial das lesões, permanecendo manchas cicatríciais. Caso 2: Paciente feminina, 26 anos, HIV, apresenta lesões hiperemiadas e pruriginosas pelo corpo e mucosa oral há 2 meses. Procura emergência por síncope e persistência das lesões. Iniciado Piperacilina-Tazobactam devido infecção secundária das lesões e paciente evoluiu com rebaixamento do sensorio e hipoxemia, levada à UTI. VDRL de 1:16. Hipótese de fenômeno de Jarish-Herxheimer devido piora neurológica e respiratória após infusão de penicilina. Realizado 3 doses de Penicilina Benzatina 2400000 UI, com melhora das lesões progressivamente, sem neurosífilis em punção lombar.

**Conclusão:** Sífilis é uma doença infecciosa crônica caracterizada por períodos de latência e atividade. A forma ulceronodular da sífilis secundária é conhecida como sífilis maligna (SM). Pessoas com HIV possuem risco 60 vezes maior de desenvolver SM. Podem ser pápulas pleomórficas, que se transformam em pústulas e nódulos, e após, centro necrótico

que ulcerava, coberta por crostas acastanhadas. Na histopatologia: infiltração de plasma e linfócitos na derme, especialmente perivasculare, podendo formar granulomas. A imunohistoquímica apresenta alta sensibilidade. A confirmação da SM é feita pelos critérios de Fisher: morfologia compatível micro e macroscopicamente; teste sorológico reagente para sífilis; reação de Jarish-Herxheimer ao tratamento e resposta dramática ao tratamento. O tratamento são 3 doses de penicilina benzatina (2400000UI) e melhora clínica se dá em poucas semanas.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2022.102511>

EP-077

### RELATO DE CASO E IMAGEM DE DOENÇA DE CHAGAS EM SISTEMA NERVOSO CENTRAL. DIAGNÓSTICO DIFÍCIL MESMO EM REGIÕES ENDEMICAS

Almir Conrado de Lima,  
Manuel Victor S. Inácio,  
Karollinne Comoretto Boza,  
Pedro Henrique Bordini,  
Natália da Costa Branco,  
Suana Liliam Wiechmann,  
Philippe Quagliato Bellinati,  
Walton Luiz Tedesco Jr.,  
Priscila Audibert Nader, Zuleica Naomi Tano

*Universidade Estadual de Londrina (UEL), Londrina, PR, Brasil*

**Introdução:** A Doença de Chagas é considerada uma doença negligenciada. É causada pelo protozoário *Trypanosoma cruzi* encontrada em todo o Continente Americano. A reativação da doença se manifesta por uma doença febril acompanhada por meningoencefalite e/ou miocardite. A presença de imunossupressão está associada a reativação, em transplante de rins e coração, doenças hematológicas e AIDS.

**Objetivo:** Relatar o caso de reativação de Chagas em sistema nervoso central em paciente imunossuprimido.

**Método:** Mulher 67 anos dá entrada no Pronto Socorro trazida pelo SAMU com história de convulsão tônica-clônica generalizada medicada com midazolam 5mg com melhora da convulsão, porém, manteve Glasgow de 7, sendo optado por intubação orotraqueal. Ao exame ainda no SAMU há descrição de hemiparesia a direita. De história pregressa paciente com Aids contagem de linfócitos T Cd4+ 21 e Carva Viral 2.005.324 cópias/mL - Log 6,03. Sorologia para Chagas Quimioluminescência reagente (Cutoff: 1,00, leitura do teste 8.82); Hemaglutinação indireta com leitura do teste: 1:160. Exame físico do Pronto Socorro médico paciente sedada com midazolam e fentanil, RASS -5, hipotensa com necessidade noradrenalina. Após discussão do caso, realizado TC de crânio e posterior coleta de líquido. A tomografia de crânio demonstrou áreas de hipodensidade na substância branca supratentorial com predominância periventricular, não específica, comumente relacionada a microangiopatia severa. O Líquor mostrou: 16 Leucócitos/mL, com 98% de linfócitos, proteína