

determinante na diferenciação foi a midríase bilateral, ausente na SMF, que justificou o não início de tratamento para SMF, mantendo apenas o SAB. A literatura confirma a alta especificidade desse sinal clínico no botulismo.

Conclusões: Botulismo deve ser considerado como hipótese diagnóstica em todos os quadros neuromusculares agudos com início crânio-caudal. O exame neurológico detalhado pode ser fundamental para a condução dos casos.

Palavras-chave: Botulismo Síndrome neuromuscular pupila midriática neurotoxina botulínica soro antibotulínico

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2023.103232>

SÍNDROMES NEUROINVASIVAS E SOROPOSITIVIDADE PARA CAMPYLOBACTER JEJUNI EM UNIDADE SENTINELA NO ESTADO DO PIAUÍ

Márcia de Nazaré Miranda Bahia^{a,*},
Cintya de Oliveira Souza^a,
Tuane Carolina Ferreira Moura^a,
Leni Célia Reis Monteiro^a, Ana Cecília Ribeiro Cruz^a,
Marcelo Adriano da Cunha e Silva Vieira^b,
Julianna Lima Queiroz^c, Mauricélia Santos Souza^d

^a Instituto Evandro Chagas (IEC), Belém, PA, Brasil;

^b Instituto de Doenças Tropicais Natan Portella (IDTNP), Teresina, PI, Brasil;

^c Laboratório Central de Saúde Pública do Piauí (LACEN-PI), Teresina, PI, Brasil;

^d Fundação Municipal de Saúde de Teresina, Teresina, PI, Brasil

Introdução: As síndromes neuroinvasivas são monitoradas no Brasil através da vigilância de poliomielite/paralisia flácida aguda (PFA) e da vigilância de doenças neuroinvasivas por arbovírus. Negligenciando a contribuição ocasionadas por outros microrganismos. O *Campylobacter jejuni* pode causar uma manifestação sistêmica após episódio de gastroenterite, a mais relatada é a Síndrome de Guillain-Barré (SGB). Quando surgem as manifestações neurológicas, geralmente os sintomas e sinais da gastroenterite já desapareceram e não há mais possibilidade de detecção direta. Assim, este estudo foi realizado para investigar a contribuição das infecções prévias por *C. jejuni* nos casos de síndromes neuroinvasivas.

Metodologia: Foram analisados os resultados sorológicos de 359 pacientes cujas amostras foram encaminhadas pela unidade sentinela para síndromes neuroinvasivas do Estado do Piauí para o Laboratório de Zoonoses Bacterianas do Instituto Evandro Chagas (IEC) para realização do teste de ELISA para *C. jejuni* IgM e IgG (Kit Serion ELISA) no período de 2017 a 2023. Foi utilizado o programa BioEstat (Teste x2) para análise estatística.

Resultados: Dos 359 pacientes analisados, 90 (25%) tiveram resultados reagente para *C. jejuni*. 50 (55,5%) eram mulheres e 40 (44,4%) eram homens, e estão divididos nas faixas etárias: 16 (17,7%) jovens, 65 (72,2%) adultos, 6 (6,6%) idosos. Anticorpos IgM foi detectado em 73 (81,1%), para IgG em 6 (6,7%) e 11 (12,2%) para ambas (IgM/IgG). Na análise do geral dos pacientes, houve significância estatística em relação a soropositividade para *C. jejuni* ($p < 0,0001$). E está associada a

presença de indicador sugestivo de infecção recente (IgM). A investigação das síndromes neuroinvasivas demonstrou que a maior parte dos pacientes reagentes para a presença de anticorpos para *C. jejuni* (IgM/IgG) estavam distribuídos em: 56 (62,2%) SGB, 18 (20%) Encefalite, 3 (3,3%) Mielite e 1 (1,2%) PFA.

Conclusão: Nesta investigação, mulheres em idade adulta apresentaram maior soropositividade. Houve prevalência de anticorpo da classe IgM, sugerindo infecção recente. A SGB foi a principal manifestação neuroinvasiva associada a soropositividade a *C. jejuni*. Demonstrando assim aprovável associação entre a infecção de *C. jejuni* com o desencadeamento da SGB. Faz-se necessário a discussão de um novo modelo de vigilância no contexto brasileiro das síndromes neuroinvasivas, como a SGB, ocasionada pela infecção prévia por *C. jejuni*.

Palavras-chave: *Campylobacter jejuni* Síndromes neuroinvasivas ELISA

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2023.103233>

TAXA DE LETALIDADE DA MENINGITE NOS ESTADOS DO NORDESTE BRASILEIRO ENTRE OS ANOS DE 2019 A 2022

Marcelle de Farias Argolo*,
Maria Daniella Moura da Silva, Bruno Farias Lima,
Renan Silva Santos, Luana Dias Xavier,
Francisco Duda da Silva Neto,
Ludymila da Silva Tavares, Vanessa Gomes Machado,
Lúcio Flávio Maynard da Costa Santos

Universidade Federal de Sergipe (UFS), São Cristóvão, SE, Brasil

Introdução: A meningite é caracterizada por uma inflamação das meninges que revestem o sistema nervoso central. Possui etiologias diversas, sendo a asséptica, as virais e as bacterianas as mais prevalentes. Os agentes etiológicos mais comuns são *N. meningitidis*, *S. pneumoniae* e enterovírus não pólio, tendo sua transmissão pelo contato próximo com o portador ou direto com as secreções infectadas. Seu quadro clínico independe da etiologia e é composto por cefaléia, febre, náusea, rash cutâneo, petéquias, alteração do estado de consciência, rigidez nuca e sinal de Kernig e/ou Brudzinski. A evolução do quadro é rápida e pode levar a óbito dentro de 24 a 48 horas desde o surgimento dos primeiros sintomas, principalmente em meningites bacterianas. Devido a sua relevância, os casos suspeitos ou confirmados são de notificação compulsória e de investigação obrigatória no Brasil. O presente estudo visa analisar as taxas de letalidade (TL) da meningite no Nordeste (NE) brasileiro no período de 2019 a 2022.

Métodos: Trata-se de uma pesquisa de abordagem quantitativa, com procedimento documental de dados secundários, a partir da base de dados do Ministério da Saúde (DATASUS), Doenças e Agravos de Notificação – 2007 em diante (SINAN), avaliando o número de notificações da doença por Unidade federativa (UF) e a evolução para óbitos por agravo da doença em cada UF que notificou, utilizando os filtros: mês de notificação, UF de notificação e região de notificação entre os

anos de 2019 a 2022. A taxa de letalidade foi calculada dividindo o número de óbitos pelo total de acometidos.

Resultados: Dentro do período analisado, a região NE foi a terceira colocada em número de casos com um total de 6813 notificações. Os estados de Pernambuco (PE), Ceará (CE) e Bahia (BA) apresentaram os maiores números absolutos de casos (PE: 2359; CE: 1338; BA: 1182). Já os menores números de casos de meningite foram registrados nos estados de Sergipe (SE) e Paraíba (PB) (SE: 133; PB: 167). As maiores TL foram registradas no Maranhão (MA), Paraíba (PB) e Sergipe (SE), sendo a do MA a maior delas (MA: 29,40%; PB: 29,34%; SE: 27,82%), já as menores TL são encontradas em Pernambuco (PE), Ceará (CE) e Rio Grande do Norte (RN) (PE: 4,92%; CE: 9,57%; RN: 13,10%), sendo a menor a TL de PE.

Conclusão: Desta forma, observa-se que os estados com maior número absoluto de casos apresentam as menores TL da região, enquanto os estados com menor número absoluto de casos revelaram TL maiores.

Palavras-chave: MENINGITE NORDESTE LETALIDADE

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2023.103234>

TENOSSINOVITE POR MYCOBACTERIUM MARINUM APÓS LESÃO POR PEIXE TRICHIURUS LEPTURUS

Julio Alejandro Cedeño Cueva^{a,*},
Juliana Cavadas Teixeira^a, Fernanda Betti Maffei^b,
Diego Falcochio^b, Marcelo Nóbrega Litvoc^a

^a Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo (HCFMUSP), São Paulo, SP, Brasil;

^b Hospital Samaritano, São Paulo, SP, Brasil

Mycobacterium marinum é uma micobactéria de crescimento lento que causa infecção cutânea em humanos pelo contato com água contaminada. Já *Mycobacterium pseudoshottsii* é uma micobactéria intimamente relacionada com *M. marinum*, isolada em peixes nos Estados Unidos, Japão e Mediterrâneo, sem relatos de doenças em humanos. Relatamos o caso de um homem, 55 anos, com história de mordida por peixe-espada (*Trichiurus lepturus*) no primeiro dedo da mão direita, evoluindo com dor e edema progressivos e sinais de tenossinovite do túnel do carpo. Dois meses após, foi submetido a cirurgia ortopédica para descompressão de tendão e desbridamento dos tecidos. Após a cirurgia, o paciente evoluiu com melhora clínica mesmo sem antibioticoterapia. Em cultura de fragmento de antebraço e punho houve crescimento de micobactéria identificada por técnicas moleculares como *Mycobacterium marinum*/*Mycobacterium pseudoshottsii* (sensível a amicacina, claritromicina e linezolida; resistente a ciprofloxacino, doxiciclina, rifampicina e sulfametoxazol-trimetoprim; intermediário a moxifloxacino). Foram iniciados claritromicina, etambutol e moxifloxacino com previsão de tratamento de pelo menos 6-12 meses. A infecção por *M. marinum* é geralmente resultado de lesões de pele e partes moles e contato com ambientes de água doce ou salgada, tanques de peixes ou piscinas. *M. marinum* produz uma lesão crônica nodular geralmente solitária que evolui para úlcera rasa especialmente encontrada em membros.

Ocasionalmente novas lesões se desenvolvem em torno da ferida inicial de forma ascendente. Complicações podem incluir osteomielite, tenossinovite e artrite. Exames de imagem auxiliam a determinar o grau de profundidade e acometimento da infecção. Para o diagnóstico etiológico são usadas culturas, histopatologia e métodos moleculares como PCR multiplex e sequenciamento genético que identificam a espécie analisada comparando com a base de dados de genes GenBank. No nosso caso, foi realizado sequenciamento parcial do gene *hsp65*, com índice de similaridade de 99,75%, correspondendo às cepas padrão de *M. marinum* e *M. pseudoshottsii*. Assumiu-se que a infecção foi causada por *M. marinum* devido ao perfil de infecção em humanos. Essa infecção é melhor tratada com combinações de dois ou três medicamentos antimicobacterianos, comumente incluindo etambutol, claritromicina e/ou rifampicina. O desbridamento cirúrgico pode ser necessário, especialmente se há envolvimento de tendão ou osso.

Palavras-chave: *Mycobacterium marinum* Tenossinovite *Trichiurus lepturus* Micobactérias não tuberculosas Peixe-espada

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2023.103235>

TRATAMENTO DE OSTEOMIELE CRÔNICA DE ACETÁBULO COM USO DE ANTIBIÓTICO LOCAL COMO ALTERNATIVA PARA AUSÊNCIA DE DROGAS TERMOESTÁVEIS EM UM HOSPITAL PÚBLICO NO BRASIL: UM RELATO DE CASO

Laís Sales Seriacopi*, Thomas Stravinskias Durigon,
Carolina Coelho Cunha,
Maria Augusta Moreira Rebouças,
Mauro José Costa Salles

Escola Paulista de Medicina (EPM), Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo, SP, Brasil

Introdução: O tratamento da osteomielite crônica inclui a terapia antimicrobiana sistêmica e desbridamento cirúrgico adequado, com gerenciamento do espaço morto. A associação de antimicrobianos locais tem se mostrado benéfica. Contudo, o polimetilmetacrilato (PMMA), veículo mais utilizado, exige a presença de antibióticos termoestáveis para eluição.

Objetivo: O objetivo do estudo é a descrição do tratamento de uma paciente com anemia falciforme e osteonecrose da cabeça do fêmur, com osteomielite crônica de acetábulo bilateral, internada em um hospital terciário da cidade de São Paulo – Brasil, com quadro grave de sepse. O tratamento indicado foi de cirurgia associada a antibioticoterapia local e sistêmica.

Métodos: Uma paciente de 36 anos, com diagnóstico prévio de anemia falciforme, osteonecrose da cabeça do fêmur e osteomielite bilateral do acetábulo deu entrada no pronto atendimento de um hospital público terciário no Brasil com quadro de choque séptico. Na admissão, ela se apresentava desorientada, febril, sem sinais de piorarite, fazendo uso de droga vasoativa, com 34920 leucócitos/mL e 569,83 mg/L de proteína C reativa (PCR), em uso de ciprofloxacino e meropenem. A paciente apresentava fistula em região glútea com