

EPIDEMIOLOGIA E CLÍNICA DE PACIENTES INTERNADOS POR MPOX NO HOSPITAL SÃO JOSÉ DE DOENÇAS INFECCIOSAS, CEARÁ, NO ANO DE 2022

Luís Arthur Brasil Gadelha Farias^{a,*},
Vladimir do Nascimento Aragão^b,
Lucas Ribeiro de Sousa^b,
Marina Catunda Pinheiro Jucá^a,
Ana Danielle Tavares da Silva^a,
Lauro Vieira Perdigão Neto^a,
Lisandra Serra Damasceno^a

^a Hospital São José de Doenças Infecciosas (HSJ), Fortaleza, CE, Brasil;

^b Universidade Federal do Ceará (UFC), Fortaleza, CE, Brasil

Introdução/objetivo: O vírus Mpox pertence ao gênero Orthopoxvírus, família Poxviridae. Em março de 2022, inúmeros casos da doença foram identificados no mundo, tornando-se uma emergência global. O objetivo deste estudo foi descrever as características clínico-epidemiológicas dos pacientes com diagnóstico de mpox internados no Hospital São José de Doenças Infecciosas (HSJ).

Métodos: Trata-se de estudo tipo série de casos. Foram incluídos pacientes com diagnóstico confirmado de mpox por RT-PCR, internados no HSJ em 2022.

Resultados: Foram identificados 586 pacientes suspeitos de mpox; 6,1% (n = 360) dos casos confirmaram o diagnóstico, e destes, sete (1,9%) foram internados. Todos os pacientes eram do sexo masculino. A mediana de idade foi 28 anos (IIQ 23-39). A maioria dos pacientes eram procedentes de Fortaleza (85,7%). Infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) foi observada em quatro pacientes (57,1%). Dois pacientes estavam em abandono da terapia antirretroviral (TARV), e apresentavam aids avançada (linfócitos T CD4+ < 200 cels/mm³). A carga viral do HIV foi de 61 e 4.941 cópias/mm³. Dois pacientes faziam uso regular da TARV, e estavam com controle virológico sustentado. A contagem de linfócitos T CD4+ nestes pacientes foi 447 e 565 cel/mm³. As principais indicações para o internamento foram manejo algico das lesões (42,8%), enterorragia (14,3%), abscesso perianal (14,3%), infecção secundária (14,3%) e precaução de contato de paciente institucionalizado (14,3%). As lesões cutâneas foram identificadas nas regiões genital (85,7%), tronco/dorso (85,7%), face (28,6%) e extremidades (28,6%). As principais características das lesões cutâneas observadas foram lesões ulceradas (42,8%), vesiculares (28,6%), verrucosas (14,3%) e eritemato-papulosas com umbilicação central (14,3%). Lesões crostosas cornu cutaneum like foram observadas nos pacientes em abandono de TARV. Outros sintomas observados foram febre (85,7%), dor abdominal (57,2%), dor anal (57,2%) e cefaleia (42,9%). Um paciente, no quinto mês de hospitalização, recebeu tecovirimat por 14 dias com resolução do quadro. A mediana de internamento foi 28,5 dias (IIQ 11-42). Seis pacientes receberam alta hospitalar (85,7%), e um paciente foi a óbito (14,3%).

Conclusão: Casos de mpox geralmente são autolimitados, entretanto indivíduos podem necessitar de internamento, devido as complicações, principalmente em pacientes imunossuprimidos.

Palavras-chave: Mpox Monkeypox Internação Hospitalar Imunossupressão HIV/AIDS

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2023.103451>

ENCEFALITE POR ENTEROVÍRUS EM UMA PACIENTE ADULTA IMUNOCOMPETENTE

Amanda Echeverría-Guevara*,
Marco Antônio Sales Dantas de Lima,
Hugo Boechat Andrade, Saulo Cristian Lima de Souza,
Cristiane da Cruz Lamas

Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas,
Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), Rio de Janeiro, RJ,
Brasil

Mulher, 45 anos, previamente hígida, foi internada por quadro de confusão mental, agitação psicomotora e crises epilépticas iniciado 3 dias após receber vacina tríplice viral. Hipótese diagnóstica inicial foi de encefalite pós-vacinal, ácido valproico 1500 mg/dia foi introduzido para controle das crises. Devido a possibilidade de encefalite herpética, fez uso de aciclovir venoso. Durante a internação realizou ressonância magnética (RM) de crânio que evidenciou lesões hiperintensas em FLAIR nos centros semiovais e lobo temporal direito. Líquor com 01 célula (100% mono), glicose (78mg/dl), proteínas (38mg/dl), teste de reação em cadeia da polimerase (PCR) para HSV1, HSV2, VZV, EBV, CMV, HH6, HH8 e sarampo negativos; PCR para enterovírus (EV) detectável, confirmando diagnóstico de encefalite por EV. Após melhora do quadro neurológico e sem novos episódios de crises epilépticas, recebeu alta hospitalar para seguimento pela neurologia. Durante acompanhamento precisou da conciliação das doses das drogas anticrise (DAC) sendo o último esquema em uso composto por ácido valproico 1500mg/dia e fenitoína 300mg/dia. Após três anos de acompanhamento ambulatorial, foi diagnosticada com tuberculose ganglionar confirmada por GeneXpert MTB-RIF detectável, sensível à rifampicina em material de biópsia de linfonodo. Nova sorologia para HIV não reagente. Iniciou RHZE, foi realizada troca de fenitoína por levetiracetam por interação medicamentosa com isoniazida. Um mês após o início do RHZE, reinternou por novo quadro de crise epiléptica, após ampla investigação, excluído nova infecção e aventada hipótese de crise epiléptica secundária a uso de isoniazida, não sendo necessário sua interrupção, apenas ajuste das DAC, para melhora do quadro. A incidência de encefalite em adultos varia de 0,7-12,6/100.000 habitantes, sendo maior em crianças menores de um ano. A encefalite viral é a causa mais comum de encefalite e as etiologias mais comuns em todo o mundo são: herpes vírus (HSV-1/HSV-2), arbovírus e enterovírus não poliomielite. Os enterovírus (EV) possuem mais de 70 sorotipos; o sorotipo EV-71 tem sido associado a uma taxa mais alta de encefalite. O diagnóstico é realizado por identificação do EV por PCR. A RM cerebral pode evidenciar lesões hiperintensas de T2WI e FLAIR no mesencéfalo, ponte e medula. Cerca de 20% dos pacientes recuperados apresentam sequelas neurológicas. A isoniazida raramente (0,01%) pode causar sintomas neurológicos como crises epilépticas.