

Conclusões: Nossos dados reiteram a premissa que a evolução dos casos é decorrente das dificuldades enfrentadas na acessibilidade ao diagnóstico/ tratamento oportuno da dengue e, neste contexto o conhecimento do cenário socioepidemiológico vigente é fundamental para o sistema de saúde reorganizar as estratégias de intervenção e, prepositivamente sinalizar medidas de contingenciamento desta zoonose. Fonte: Ministério da Saúde – Datasus – Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

Palavras-chave: Dengue notificações casos prováveis socioepidemiológico Saúde Pública

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2023.103468>

MANIFESTAÇÃO OCULAR DO DENGUE – UM RELATO DE CASO

Isabel Cunha Santos*, Roger Lopes Batista, Cristina da Cunha Hueb Barata de Oliveira, Rodrigo Juliano Molina

Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), Uberaba, MG, Brasil

A dengue é uma arbovirose de grande importância, variando desde oligossintomáticas até quadros graves. Será descrito caso clínico e discutidas manifestações oculares da dengue. Paciente feminino, hígida, iniciou quadro de mialgia, cefaleia, exantema, náuseas e dor abdominal, negava sinais de alarme. Sintomas duraram 3 dias, com melhora após dipirona. Porém após 7 dias notou baixa acuidade visual e “pontos brancos” sendo encaminhada para Hospital. No primeiro exame, visto hiperemia e petéquias em membros e tronco. Na fundoscopia, hemorragia ponto borrão perifoveal inferior em olho direito (OD) e hemorragias pré-retinianas perifoveal e na fóvea com edema macular no olho esquerdo (OE). Optado por internação. Evoluiu com prurido em regiões plantares/palmares e melhora parcial da turvação visual. Nos laboratoriais, provas de coagulação sem alterações e, no hemograma, Hematócrito (Ht) 44,4%, Hemoglobina (Hb) 15,2g/dL, leucócitos 4.950mm³ e plaquetas 91.000mm³. Iniciado anti-histamínico. Refeito avaliação após 4 dias com mesma descrição anterior. Na tomografia de coerência óptica (OCT) presença de edema intraretiniano em OE. Prescrito colírio Cetorolaco. No último hemograma, Ht 40,2%, Hb 13,9g/dL, leucócitos 5.550mm³ e plaquetas 153.000mm³. Confirmação diagnóstica por sorologia para dengue IgM positiva. Devido boa evolução, recebeu alta. Na consulta pós alta, em OD mantinha hemorragia inferior, exsudatos e hemorragias retinianas perifoveal e na fóvea, e, no OE, edema macular, hemorragia em reabsorção. Mantido colírio e prescrito prednisona (desmame a cada 5 dias). Refeito OCT e visualizado ausência de edema macular e intraretiniano. Na fundoscopia do OD, hemorragia em reabsorção em polo posterior e exsudatos em maior quantidade. No OE, hemorragia retiniana em reabsorção associado a exsudatos. Mantido colírio e prednisona. No caso, a paciente realizou exames na fase de convalescência, com plaquetas em ascensão. Após corticoide oral, houve regressão das lesões. Em revisão da literatura, há controvérsias sobre a fisiopatologia. Sugere-se tanto lesão viral direta quanto inflamação imunomediada. Os mecanismos são:

hemoconcentração, vasculite e distúrbios de coagulação. Os principais sintomas relatados são: diminuição da acuidade visual, escotoma central, moscas volantes, hemorragia subconjuntival e dor retrobulbar. A maculopatia é a principal manifestação retiniana. O prognóstico é favorável com recuperação espontânea ou se necessário com uso corticoterapia.

Palavras-chave: Dengue ocular arbovirose

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2023.103469>

MIELITE TRANSVERSA POR HERPES VÍRUS: RELATO DE CASO

Guilherme Dorneles Zinelli*, Maria Carolina Rey Alt, Bruna Kochhann Menezes, Viviane Raquel Buffon

Universidade de Caxias do Sul (UCS), Caxias do Sul, RS, Brasil

Introdução: A mielite transversa é um distúrbio neuroimune da medula espinhal, caracterizada por paresia, parestesia, disfunção intestinal ou urinária. O relato de novos casos ganha importância à medida em que a mielite transversa é uma afecção extremamente rara, com prevalência subestimada entre um a oito novos casos por milhão de pessoas por ano. A despeito disso, a necessidade de um rápido diagnóstico é crucial para evitar paraplegia e morte.

Relato de caso: Paciente masculino de 24 anos, previamente hígido, descreve sinais e sintomas inespecíficos de febre, mialgia e surgimento de exantema maculopapular em membros superiores e dorso, evoluindo com dificuldade de micção e evacuação, sendo, por diversas vezes, realizado sondagem vesical de alívio e tratado, empiricamente, para infecção urinária. Após uma semana, já em atendimento hospitalar, associa ao quadro clínico lombalgia, paresia e parestesia em membros com dificuldade para deambular. A punção lombar evidenciou líquido com padrão viral e PCR positivo para Herpes Vírus I e II. A ressonância magnética de neuroeixo comprovou lesão medular extensa. Foi realizado pulso-terapia com metilprednisolona, aciclovir intravenoso por 21 dias e profilaxia para estrogiloidíase. Após 2 meses, já com recuperação significativa de marcha e controle esfinteriano, repetiu-se nova ressonância, que evidenciou ausência de lesões medulares.

Comentários: As mielites possuem etiologias autoimunes, neoplásicas, vasculares ou infecciosas. No entanto, 64% dos casos são idiopáticos, dada a grande dificuldade de se estabelecer a natureza causal da infecção. Após ter sido descartada compressão medular por ressonância magnética, a história clínica típica associada com achados sugestivos de infecção no líquido cefalorraquidiano (LCR) nos aproximam do diagnóstico de mielopatia infecciosa. A mielite por Herpes Vírus pode apresentar padrão ascendente ou não ascendente e lesões cutâneas herpéticas não são prevalentes nesses casos ao contrário do quadro descrito pelo paciente.

Palavras-chave: mielite transversa herpes vírus meningoencefalite por vírus herpes simpl

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2023.103470>