

concentrado de hemácias, 4 de plasma fresco congelado (PFC) e mais 6 ampolas de Sab. Devido à alteração do nível de consciência e instabilidade hemodinâmica foi entubado. Em um período de 9 horas, recebeu mais 4 unidades PFC e iniciada vasopressina devido à hipotensão refratária. Evoluiu com melhora nos dias subsequentes sendo extubado e desmamado drogas vasoativas. Mais 4 unidades de PFC e crioprecipitado foram transfundidos. Exames mostraram correção da coagulopatia e persistência da IRA. Equipe cirúrgica indicou conduta conservadora. Recebeu alta 5 dias após a admissão. TC de abdome no 15º dia mostrava aumento do hematoma peri-hepático com redução da densidade sugerindo ausência de sangramento agudo e de redução do hematoma pélvico e periesplênico. Apresentou correção da IRA e elevação de hemoglobina. 30 dias após TC abdome com redução do hematoma peri-hepático e desaparecimento do hematoma pélvico e periesplênico. O sangramento visceral no acidente botrópico é raro e geralmente ocorre no abdome, o prognóstico é reservado, com taxas de mortalidade consideráveis. A extensa hemorragia observada no presente caso pode ser atribuída a diversos fatores, como coagulopatia de consumo, plaquetopenia, disfunção plaquetária e ação direta das toxinas.

Palavras-chave: hemoperitônio acidente botrópico Bothrops serpente

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2023.103539>

HIDATIDOSE CEREBRAL: RELATO DE UM CASO

Patrick Guilherme Sandy^{a,*},
Dalila Azucena Recalde Sckell^a, Gloria Samudio^a,
Lorena Quintero^b, Natalia Ortega Gaona^b

^a Universidad Maria Auxiliadora UMAX, Paraguai;

^b Hospital Central IPS, Paraguai

Introdução: A equinococose é uma enfermidade parasitária endêmica. A aquisição é por ingestão de água ou alimentos contaminados podendo afetar diversos órgãos. O envolvimento do sistema nervoso central é incomum. O fígado é comumente o órgão mais afetado (70%). A presença do cisto hidático no sistema nervoso central é uma manifestação rara (1% - 2%), que é encontrada com mais frequência em crianças e adultos jovens.

Caso clínico: Adolescente, sexo masculino, de etnia indígena, previamente hígido, com histórico de cefaleia, vômitos, hipoatividade e fotofobia. Frequência Cardíaca: 135 bpm. Frequência respiratória: 20 irpm. Perfusion capilar > 2 segundos. Pressão Arterial: 70/30mm/hg. Temperatura: 35.2°C. Glasgow 15/15 na entrada, com rápida diminuição, então a intubação eletiva é realizada. Fundo de Olho: hemorragia peripapilar, edema bilateral da papila. Hemograma – Hemoglobina: 11,4 g/dL. Glóbulos Brancos: 14 200/uL. Polimorfonucleares: 83%. Monócitos: 7%. Eosinófilos: 0%. Plaquetas: 235 000/mm³. Líquido Cefalorraquídeo – Proteínas: 666,2 mg/dl, glucorraquia: 26 mg/dl. Na: 148 mEq/L. HIV negativo. Genexpert negativo. Tomografia Axial Computadorizada cerebral: formações císticas bem definidas, algumas septadas no hemisfério esquerdo. Outra formação oval isodensa com pequenos cistos em seu interior, edema perilesional e deslocamento da linha média para a direita. Tomografia computadorizada de

abdômen e tórax normais. Foi iniciado antibioticoterapia e dexametasona. A massa cerebral foi removida e uma via de derivação externa foi colocada. Anatomia patológica: Cisto parasitário com múltiplos escólex compatível com cisto hidático. Foi iniciado tratamento com albendazol. Alta com disartria e ataxia MSD. Oxford 4/5 sem movimentos de marcha.

Comentários: O cisto hidático cerebral é pouco comum e pode causar hipertensão intracraniana. Deve ser considerada como diagnóstico diferencial de massas cerebrais císticas.

Palavras-chave: Hidatidose Cerebral Cisto hidático Cerebral Equinococose Echinococcus granulosus

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2023.103540>

INCIDÊNCIA DOS CASOS DE MALÁRIA NA REGIÃO NORTE DO BRASIL NO PERÍODO DE 2017 A 2022

Suzana Ribeiro de Melo Oliveira*,
Andrea Silvestre Lobão Costa

Instituto Evandro Chagas, Belém, PA, Brasil

Introdução/objetivo: No Brasil, a malária é uma das mais importantes doenças endêmicas, principalmente na região Amazônica (99% dos casos autóctones). A região compreende os estados do Acre, Amazonas, Amapá, Pará, Rondônia, Roraima, Tocantins, Mato Grosso e Maranhão. No entanto a maioria dos casos se concentra na Região Norte do País. Para avaliar o risco de adoecimento por malária é utilizado a Incidência Parasitária Anual (IPA). A partir do valor da IPA, os municípios do Brasil são classificados em locais de: muito baixo risco (IPA < 1 caso/1000 habitantes), baixo risco IPA de 1 a 10 casos/1000 hab.), médio risco (IPA de 10 e < 50 casos/1000 hab.) e alto risco (IPA ≥ 50 casos/1000 hab.).

Métodos: Realizamos uma breve análise da incidência dos casos de malária na Região Norte do Brasil com informações atualizadas do Sistema de Informação de Vigilância Epidemiológica (SIVEP malária) referente ao período de 2017 a 2022.

Resultados: O Estado de Roraima vem apresentando significativo aumento no número de casos chegando a 150,2%, durante o período de 2017 a 2022, sendo 11.183 casos em 2017 e 26.195 casos em 2022 (IPA – 21,4 e 40,1), esse fato tem sido associado ao garimpo ilegal na região. Rondônia que vinha apresentando aumento no número de casos desde 2017 (6.734 casos), em 2022 apresentou uma redução de 18,81% (12.458 casos) em relação ao ano de 2021 (14339 casos). O Acre apresentou maior redução de casos durante o período de 36.009 casos (IPA – 43,8) para 6.135 (IPA – 6,8) casos em 2022 (298,74%). O Amapá que em 2017 apresentou 14.446 casos (IPA – 18,1) em 2022 o número de casos caiu pra 2.798 (IPA – 3,2), diminuição de 116,48%. Em relação ao Amazonas o número de casos relatados em 2017 foram 82.766 (IPA – 20,4) caindo para 55.655 (IPA – 13). O Pará com 37.101 (IPA – 4,4) em 2017 e 23.717 (IPA – 2,7) casos em 2022. Em relação ao Estado do Tocantins foram notificados 37, 5 e 1 casos entre os anos de 2017 a 2019 e nenhum caso no período de 2020 a 2022, sendo o Plasmodium vivax o responsável por 85,68% dos casos.

Conclusão: O caminho para eliminação é um processo contínuo e depende de fatores como: investimento,