

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,

determinantes biológicos, fatores ambientais, fortalecimento do sistema de saúde e fatores sociais, demográficos, políticos e econômicas. O diagnóstico e tratamento ofertados oportunamente, com as ações de controle vetorial e educação em saúde, tem sido as estratégias para alcançar os objetivos de controlar, reduzir e eliminar a malária do País.

Palavras-chave: Malária Incidência Índice Parasitário Anual

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2023.103541>

IRIS LEISHMANIOSE VISCERAL EM ÁREA NÃO ENDÊMICA: UM RELATO DE CASO

Saulo Cristian Lima de Souza*, Lucas Pereira Lima, Lucas Borges Gomes Ferreira Pinto, Luiza Britto Gomes, Pedro da Silva Martins

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

A supressão do HIV com a terapia antirretroviral (TAR) pode ser acompanhada pela piora paradoxal ou pelo desmascaramento de infecções oportunistas (IO) em decorrência da Síndrome Inflamatória de Reconstituição Imune (IRIS). A Leishmaniose Visceral (LV), geralmente subnotificada, é uma protozoose de alta letalidade quando não tratada e quase sempre uma hipótese negligenciada fora das áreas endêmicas. Neste trabalho, relatamos o caso de um homem, 24 anos, natural de Ipaporanga/CE, residente há 6 anos no Rio de Janeiro/RJ. Diagnosticado com HIV em dez/22, assintomático, iniciou TDF/3TC e DTG, apresentando carga viral (CV) de 1751cps/ml e CD4 de 60cel/mm³ (9%), coletados logo após a introdução da TAR. Em jan/23, ele é internado em hospital de referência com quadro agudo de febre, pancitopenia e hepatoesplenomegalia. Diante da suspeita clínica de otmailstoqu disseminada, foi iniciada Anfotericina B lipossomal (ABL) e realizada biópsia e aspirado de medula óssea para diagnósticos diferenciais. As pesquisas para tuberculose (BAAR, TRM-TB, cultura de escarro), criptococose (CrAg), sífilis (VDRL), hepatites virais e hemoculturas para fungos e bactérias foram todas negativas. Em uso regular da TAR, apresentava CV 630cps/ml e CD4 53cel/mm³ (10%). Após dez dias, diante de resultados negativos de otmailstoqu (Western Blot e antígeno urinário), a Anfotericina B foi suspensa. Entretanto, o paciente persistiu com visceromegalias e pancitopenia, com Coombs direto positivo e o mielograma demonstrando hiperplasia eritroide sem hemofagocitose, mantendo-se a suspeita de IO e motivando início de corticoterapia. Em fev/23, após revisão clínico-epidemiológica, foi solicitada sorologia para LV, com resultado reagente. Assim, a ABL foi reiniciada até a dose acumulada de 3g, tendo alta hospitalar subsequente. Desde mar/23, segue em profilaxia secundária ambulatorial com ABL quinzenal, com boa evolução clínica, resolução das citopenias e visceromegalias, sem recaídas ou reações adversas, alcançando CV 56cps/ml e CD4 162cel/mm³ (16%) em maio/23. Este caso sugere um desmascaramento de LV em área não endêmica, possivelmente deflagrada pela IRIS em um indivíduo previamente infectado. Neste contexto, o diagnóstico da LV exige alta suspeição clínica frente aos diversos

diagnósticos diferenciais da hepatoesplenomegalia febril. Além do tratamento precoce e uso da profilaxia secundária, a supressão viral sustentada do HIV é primordial para resolução do quadro e prevenção de recidivas.

Palavras-chave: Leishmaniose Visceral Reconstituição Imune Hepatoesplenomegalia febril HIV

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2023.103542>

IDENTIFICAÇÃO DE CLONES PANDÊMICOS E PRODUÇÃO DE BETALACTAMASE DE ESPECTRO ESTENDIDO (ESBL) EM AMOSTRAS DE ESCHERICHIA COLI ISOLADOS DA MICROBIOTA INTESTINAL DE VIAJANTES PARTINDO DO RIO DE JANEIRO

Samantha Tufic-Garutti^{a,*}, Luis Guilherme de Araujo Longo^a, Beatriz Meurer Moreira^a, Karis Maria de Pinho Rodrigues^b

^a Instituto de Microbiologia Paulo de Goes – Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ, Brasil;

^b Centro de Informação em Saúde para Viajantes (Cives) – Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Viagens internacionais estão associadas a disseminação de microrganismos multirresistentes possivelmente adquiridos durante a ingestão de água, alimentos, ou mesmo contato com pessoas e ambientes. A aquisição de clones de *Escherichia coli*, considerados pandêmicos e de alto risco, como o ST131 tem sido relatada a partir da microbiota de viajantes. A aquisição de novos clones, mais adaptados ao hospedeiro humano e albergando maior número de genes de resistência e virulência pode ampliar a disseminação dessas linhagens, bem como a resistência aos antimicrobianos no país.

Objetivos: Descrever a aquisição de *E.coli* produtora de ESBL e os principais clones pandêmicos obtidos a partir da microbiota intestinal de viajantes partindo do Rio de Janeiro. **Métodos:** Viajantes com mais de 18 anos atendidos em uma clínica de medicina de viagem do Rio de Janeiro de 2015 a 2020, após assinarem o TCLE, foram orientados a colher um swab anal antes e após a viagem. Esses espécimes foram armazenados em meio STGG de onde foram retiradas alíquotas para semeadura em agar MacConkey e agar MacConkey contendo ceftriaxone. Isolados de *E. coli* foram identificados por MALDI-TOF. Foi feito screening para os clones pandêmicos ST131, ST69, ST73 e ST95 através de PCR em pools de até 3 isolados de ida e volta de cada participante. Quando positivo para um ou mais clones, o PCR foi repetido isoladamente. Amostras com crescimento em meio com ceftriaxone foram submetidas a teste fenotípico para produção de ESBL.

Resultados: De 243 viajantes incluídos, *E.coli* produtora de ESBL foi detectada em 17 (7%) viajantes antes da viagem e em 49 (22%) apenas após o retorno. Dos 1344 isolados de *E. coli* obtidos, 197 (15) pertenciam a algum dos clones pesquisados. Comparando isolados pré e pós viagem, em 6 viajantes o mesmo clone foi detectado antes e após a viagem, em 10 um diferente clone foi observado antes e após, em 37 um ST