

palma das mãos; dorso das mãos; espaços interdigitais; extremidades dos dedos e primeiro quirodáctilo.

**Resultados:** Em uma análise de desempenho individual frente aos critérios avaliados, 21% dos participantes obtiveram pontuação máxima (5/5 critérios); 36% obtiveram 4/5; 36% obtiveram 3/5; 3,5% obtiveram 2/5 e 3,5% obtiveram 1/5. Considerando a quantidade total de acertos frente a cada parâmetro avaliado, atingimos: palma das mãos (93%); dorso das mãos (86%); espaços interdigitais (54%); extremidades dos dedos (57%) e primeiro quirodáctilo (79%).

**Conclusão:** As variáveis “espaços interdigitais” e “extremidades dos dedos” foram as mais negligenciadas pelos participantes, refletindo importante carência de conhecimento nesses quesitos. Ademais, apenas um percentual diminuto da amostra (21%) atingiu a marca que nossa equipe julgou como adequada para uma limpeza plena. Assim, visto que a mão é uma das maiores fontes de contaminação no contexto de cuidados em saúde, urge uma abordagem mais aprofundada em higiene das mãos durante a formação acadêmica, de modo a aprimorar a técnica e prevenir a disseminação de doenças infecciosas, especialmente em ambiente hospitalar.

**Palavras-chave:** higienização de mãos educação médica educação em infectologia liga acadêmica controle de infecções

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2023.103587>

#### AVALIAÇÃO DO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA MORTALIDADE POR ENDOCARDITE INFECCIOSA NO BRASIL ENTRE 2012 E 2021

Luiz Eduardo dos Santos David<sup>a,\*</sup>,  
Larissa Macêdo Cirilo<sup>a</sup>, Paulo Visco Bitencourt Borges<sup>a</sup>,  
Raul Antônio Oliveira Souza<sup>b</sup>,  
Mônica Cristina Trancoso Chalegre<sup>a</sup>,  
Luisa Manuelly Ferraz Silva<sup>a</sup>,  
Luciana Cardoso Silva Lima<sup>a</sup>

<sup>a</sup> *Faculdades Santo Agostinho, Vitória da Conquista, BA, Brasil;*

<sup>b</sup> *Universidade Federal da Bahia (UFBA), Salvador, BA, Brasil*

**Introdução:** A Endocardite Infecciosa (EI) se caracteriza pela invasão de agentes infecciosos na superfície do endocárdio, produzindo inflamação local e frequentemente acúmulo de fibrinas e plaquetas, formando uma vegetação composta por fragmentos trombóticos e micro-organismos. Nos últimos anos, tal doença teve mudanças no seu perfil epidemiológico devido principalmente a razões demográficas.

**Objetivo:** Descrever o perfil epidemiológico da mortalidade por endocardite infecciosa no Brasil, entre 2012 e 2021.

**Métodos:** Trata-se de uma análise descritiva, retrospectiva, baseado na tendência temporal entre 2012 e 2021, a partir de dados secundários do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), coletados no Departamento de Informática do SUS (Datapus). No estudo, foram calculadas as taxas de mortalidade, por meio da quantificação, por ocorrência, do número total de óbitos por endocardite aguda e subaguda no Brasil durante o período, bem como a descrição das variáveis região, sexo, faixa etária e raça/cor,

de acordo com a Classificação Internacional de Doenças – CID10, capítulo I33.

**Resultados:** O período analisado totalizou 8893 óbitos por EI no território brasileiro, evidenciando o Sudeste como região com maior número absoluto de mortes (53,5%). O ano de 2021 foi o que apresentou um maior número total de casos, sendo a taxa de mortalidade mais alta, a cada 100.000 habitantes, no ano de 2019 (0,47%). Na distribuição por sexo, os homens representam (61,43%) dos óbitos e tratando-se de faixa etária, o maior número de mortes por EI foi entre 60 e 69 anos (22,9%). No que tange à raça/cor, a branca predominou (60,68%).

**Conclusão:** A endocardite aguda e subaguda representa uma condição clínica que merece melhor atenção dado sua relevância epidemiológica. Além disso, é importante a investigação acerca dos possíveis casos subnotificados, tendo em vista a ausência de acesso adequado ao diagnóstico nas populações mais vulneráveis, o que limita a obtenção de resultados fidedignos à realidade, principalmente quanto às variáveis região e raça/cor.

**Palavras-chave:** Endocardite infecciosa Epidemiologia Mortalidade

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2023.103588>

#### DIPLOPIA COMO MANIFESTAÇÃO DE NEUROSSÍFILIS: RELATO DE CASO

Herbert José Fernandes\*, Iara Ana Pinto Borges,  
Lucas Drummond Portes Vasconcelos

*Faculdade de Medicina de Barbacena, Barbacena, MG, Brasil*

**Introdução:** A neurosífilis é o acometimento do sistema nervoso central (SNC) pelo *Treponema pallidum*, pode ocorrer em qualquer estágio da doença, com taxa de invasão no SNC de até 40% na sífilis primária. A infecção pode ser assintomática ou apresentar-se através de tabes dorsalis, déficit focal ou quadro de goma com diagnóstico diferencial com tumores cerebrais ou medulares. Nas fases mais agudas, há envolvimento do líquido cefalorraquidiano (LCR), meninges e vasculaturas, enquanto na fase mais avançada há acometimento do parênquima cerebral e da medula espinal. O diagnóstico se faz através de punção líquórica, na qual será evidenciado sorologia positiva, pleocitose e hiperproteínoorraquia. O tratamento é feito com a penicilina G cristalina, que é a única que penetra a barreira hematoencefálica.

**Relato de caso:** Paciente do sexo masculino, 33 anos, encaminhado pela neurologia ao ambulatório de infectologia, devido um quadro de diplopia de seis meses de evolução, com extensa investigação com tomografia de crânio, avaliação oftalmológica e sorologias. Histórico de diagnóstico de sífilis adquirida também há seis meses após realização de exame de VDRL com titulação de 1:32, no entanto sem tratamento em virtude de hipótese de cicatriz sorológica. Na avaliação apresentava-se sem anormalidades no exame físico. Realizados testes rápidos que somente foi positivo para sífilis. Foi iniciado tratamento para sífilis latente tardia com penicilina benzatina 7.200.000ui e coletado LCR que evidenciou proteínas 88 mg/dL; glicose 45mg/dL; leucócitos 4 mm<sup>3</sup> (100% linfomononucleares) e VDRL 1:8. Encaminhado para internação em hospital de referência para uso de penicilina

cristalina por 10 dias. Paciente evoluiu com melhora do quadro de diplopia e segue em acompanhamento ambulatorial.

**Comentários:** A diplopia é causada pelo comprometimento dos músculos extraoculares, frequentemente devido ao acometimento dos pares de nervos cranianos (III, IV e VI). O caráter inespecífico do quadro clínico pode dificultar a investigação e piorar o prognóstico. A análise do LCR indicando VDRL reativo em associação à pleocitose com predomínio de linfomononucleares e hiperproteínoorraquia definiu o diagnóstico. A coinfeção com o HIV é frequente e por isso a realização do rastreio para infecções sexualmente transmissíveis é fundamental. Devido à possibilidade de evolução para quadros graves e irreversíveis, a neurosífilis deve ser considerada nos estágios iniciais da doença.

**Palavras-chave:** Diplopia Neurosífilis Penicilina cristalina

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2023.103589>

## HANSENÍASE DIMORFA: UMA DERMATOSE SIMULADORA

Marcos Davi Gomes De Sousa<sup>a,\*</sup>,  
Marianna Catharina Erthal Govea<sup>b</sup>,  
Yvone Taube Maranhão<sup>b</sup>, Andressa Cavallero Paço<sup>b</sup>,  
Leonardo Lora<sup>c</sup>

<sup>a</sup> Hospital Universitário Gaffrée e Guinle (HUGG), Rio de Janeiro, RJ, Brasil;

<sup>b</sup> Liga Acadêmica de Hanseníase/ IST, Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro (SCMRJ), Rio de Janeiro, RJ, Brasil;

<sup>c</sup> Instituto de Dermatologia Professor Rubem David Azuly (IDPRDA), Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro (SCMRJ), Rio de Janeiro, RJ, Brasil

**Introdução:** A Hanseníase é uma dermatose infectocontagiosa crônica, causada pelo *Mycobacterium leprae*, caracterizada por apresentar formas clínicas contrastantes, que dependem da interação do bacilo com a resposta imune do hospedeiro. Apesar de ter cura, ainda é um importante problema de saúde pública, persistindo de modo endêmico em muitos países, dentre eles o Brasil.

**Descrição do caso:** Masculino, 52 anos, sem comorbidades. Buscou atendimento por queixa de máculas rosadas em crescimento progressivo do lado direito do abdome com um ano de evolução. Tendo consultado previamente cinco ambulatórios por essa queixa e feito diversos tratamentos tópicos. Negava alergias ou uso de medicações. Relatava que familiares contraíram hanseníase e tuberculose no passado, sendo tratados adequadamente. Ao exame físico foram identificadas máculas eritematosas descamativas e pouco delimitadas, em hipocôndrio direito (3 cm x 3 cm), punho esquerdo (1 cm x 1 cm), cotovelo esquerdo (2 cm x 2 cm) e na região lombar com 3 lesões de (1 cm x 1 cm) sem alterações de sensibilidade. Já nas demais lesões presentes em calcanhar direito (3 cm x 2 cm) e em joelho esquerdo (4 cm x 3 cm) apresentaram alterações de sensibilidade tátil em ambas e térmica na última. A avaliação neurológica simplificada evidenciou espessamento de nervo ulnar bilateralmente, com preservação da força e sensibilidade em membros. O raspado intradérmico

(baciloscopia) teve resultado negativo (0+), a biópsia cutânea constatou: Hanseníase Dimorfa com presença de BAAR (+/+++ +) pela coloração de Wade. Foi iniciada poliquimioterapia multibacilar (PQT-MB). Ao retorno após o primeiro mês do tratamento, houve involução da maioria das lesões.

**Comentário:** O diagnóstico precoce da hanseníase permanece um importante desafio de saúde pública, principalmente devido à heterogeneidade das suas manifestações clínicas. No estágio atual da epidemia de hanseníase globalmente, uma boa avaliação clínica respaldada pela utilização de testes diagnósticos simples, rápidos, com alta sensibilidade e especificidade e baixo custo, é fundamental para o controle desta doença.

**Palavras-chave:** Hanseníase Forma Dimorfa Poliquimioterapia Diagnóstico precoce

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2023.103590>

## LEISHMANIOSE VISCERAL COM SÍNDROME HEMOFAGOCÍTICA, ABSCESSO E HEMATOMA ESPLÊNICO: UM RELATO DE CASO

Íris Gabriela Santos Tavares\*,  
Maria Tamires Oliveira Santana,  
Alexia Ferreira Rodrigues,  
Rebeca Yasmin Ribeiro Vieira, Ângela Maria da Silva

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

A leishmaniose visceral (LV) ou Calazar é uma zoonose endêmica que acomete o sistema reticuloendotelial, causada pelo protozoário *Leishmania chagasi*, transmitido pela picada de flebotômios infectados. Em 31/10/22, paciente de 23 anos, sexo masculino foi admitido em um Hospital Universitário do Nordeste do Brasil, transferido de um hospital de urgência do estado com quadro de dor abdominal, tosse seca e astenia há 1 mês, seguido de febre, melena e hematêmese. Tem histórico de etilismo e uso de cocaína. Exames laboratoriais revelaram pancitopenia importante com necessidade de suporte transfusional e teste RK-39 reagente, sendo diagnosticado LV e realizado tratamento com Anfotericina B Lipossomal 240mg/dia, por 7 dias. Apesar da terapia instituída, voltou a apresentar hemorragia digestiva alta e outros sangramentos, além de tosse e dor abdominal intensa, icterícia, esplenomegalia a 17cm do rebordo costal e edema difuso em membros inferiores. Evoluiu com febre, queda dos níveis hematómétricos, com proteínas inflamatórias e marcadores de hemólise aumentados, associada à hepatoesplenomegalia visualizada em exames de imagem. Ao mielograma, evidenciada fagocitose de linhagens da medula, preenchendo, assim, os critérios de Síndrome Hemofagocítica (SHF). À tomografia, verificada coleção heterogênea de conteúdo hemático ou proteico em baço de dimensões aumentadas. Procedeu-se à esplenectomia, sendo diagnosticado abscesso esplênico, com drenagem de 4L de secreção purulenta e cultura positiva para *Staphylococcus aureus* multissensível. Realizada antibioticoterapia com Vancomicina 1000mg/dia por 21 dias, e, mantendo febre, seguiu-se com Cefepime 2g/dia, por 14 dias, com melhora clínica. A SHF é um distúrbio raro e potencialmente grave, caracterizado por uma resposta inflamatória sistêmica