

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^{a,*},
Marianna Catharina Erthal Govea^b,
Yvone Taube Maranhão^b, Andressa Cavallero Paço^b,
Leonardo Lora^c

^a Hospital Universitário Gaffrée e Guinle (HUGG), Rio de Janeiro, RJ, Brasil;

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

^c 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