neoplasia e AP apenas com inflamação crônica. Realizado tratamento com 3 doses de 2400000 UI de Penicilina Benzatina.

Conclusão: É essencial que dentro da prática clínica avente-se a hipótese de SM - especialmente em populações de risco. O diagnóstico diferencial inclui doenças infecciosas como leishmaniose, herpes vírus, micoses profundas, micobacterioses e doenças cutâneas linfoproliferativas. Apesar de raro, essa apresentação faz parte do espectro clínico de uma doença comum, com fácil diagnóstico e tratamento amplamente distribuído.

Palavras-chave: Sífilis maligna HIV Lesões de pele Diagnóstico diferencial

https://doi.org/10.1016/j.bjid.2023.103230

SÍFILIS NO BRASIL: UMA ANÁLISE DA EPIDEMIOLOGIA, DESAFIOS E PERSPECTIVAS FUTURAS

Tatiana Sampaio da Silva[a,*], Luiz Alexandre Trajano de Andrade[b], Leônidas Assis Garcia Rosa[c]

[a] *Universidade Federal da Bahia (UFBA), Salvador, BA, Brasil;*
[b] *Centro Universitário UniFTC, Salvador, BA, Brasil;*
[c] *Instituto Médico Legal Nina Rodrigues (IMLNR), Salvador, BA, Brasil*

Introdução: A sífilis, infecção sexualmente transmissível causada pela bactéria Treponema pallidum, representa um desafio crescente para a saúde pública no Brasil. Esta doença, que também pode ser transmitida de forma vertical, resultando na sífilis congênita, pode apresentar-se em diversos estágios. Para estas diferentes formas, o tratamento com penicilina – na maioria dos casos – é eficaz. Apesar de ser uma doença de notificação compulsória, alguns fatores impedem o diagnóstico e tratamento adequados, desde o conhecimento da doença pela população, até a falta de cobertura do sistema de saúde. Este trabalho analisa a situação da sífilis no Brasil de 2012 a 2021, explorando sua epidemiologia, fatores de risco e desafios enfrentados.

Métodos: Foram utilizados dados coletados a partir da plataforma do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde, referentes ao período de 2012 a 2021, para identificar os casos de sífilis no Brasil. Variáveis foram incluídas e tabuladas em Microsoft Office Excel® e submetidas a análises descritivas, utilizando-se frequências e porcentagens.

Resultados: No período foram registrados 158.478 casos de sífilis, com 481 óbitos (Taxa de Mortalidade (TM) = 0,30%). Deste total, 51,7% são do sexo feminino (TM = 0,24) e 48,3% do sexo masculino (TM = 0,37). Dentro desta classificação, a mortalidade é maior na cor/raça preta, alcançando 0,69%. Quanto à faixa etária, 92,5% dos casos registrados foram em pacientes menores de 1 ano, com TM de 0,17%, o menor registro entre as faixas etárias. A TM mais significativa ocorreu em pacientes acima de 80 anos, alcançando quase 9% de óbitos.

Conclusão: A sífilis continua sendo um importante desafio para a saúde pública no Brasil, sobretudo em menores de 1 ano, devido à sífilis congênita. De acordo com os dados da Organização Pan-Americana da Saúde, existem desafios significativos para a redução da transmissão vertical da sífilis. Estes desafios englobam a baixa quantidade de gestantes que são devidamente triadas e tratadas para sífilis, o acesso tardio aos cuidados pré-natais, a subutilização de testes rápidos nos centros de atendimento, a adesão limitada ao tratamento tanto por parte das gestantes quanto de seus parceiros e a carência de penicilina disponível. O aumento da incidência da doença requer uma abordagem que envolva estratégias de prevenção, educação e acesso universal aos cuidados de saúde, com ampliação de programas de rastreamento, diagnóstico e tratamento.

Palavras-chave: Infecções por Treponema Sífilis Sífilis congênita

https://doi.org/10.1016/j.bjid.2023.103231

SÍNDROME NEUROPARALITICA AGUDA EM PACIENTE IMUNOCOMPETENTE

Pietra Sandim Nascimento*, Alberto Lemos, Marcia Halpern, Paulo Feijó Barroso

Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF), Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Introdução: Botulismo é uma doença rara causada pela ação de toxinas produzidas pela bactéria Clostridium botulinum na junção neuromuscular, resultando em fraqueza muscular ou paralisia de início súbito, que tem alta letalidade. Sua baixa incidência dificulta o seu reconhecimento.

Objetivo: Relatar um caso de botulismo com apresentação típica, ocorrido no Rio de Janeiro.

Relato do caso: Mulher de 26 anos com quadro súbito de diplopia, vertigem, fala lentificada e um episódio de diarreia e constipação após. Evoluiu em 24 horas com fraqueza crânio –caudal, disfagia, disartria, sialorreia e insuficiência respiratória, com necessidade de intubação. Transferida para a UTI em RASS -1, sem abertura ocular ou movimentos em face, pupilas midriáticas, força grau 4 nos membros, reflexos profundos normais e cognição preservada. Exame do LCR e TC de crânio normais. A investigação epidemiológica encontrou palmito contaminado em restos de alimento ingerido 3 dias antes do início dos sintomas. No D6 de doença, foi administrado soro antibotulínico (SAB). Evoluiu com melhora, mas permaneceu 104 dias internada, tendo apresentado pneumonia por MRSA e crises de ansiedade. Recebeu alta deambulando de forma assistida, ventilando em ar ambiente, com melhora progressiva da fonação e deglutição. O diagnóstico de botulismo foi confirmado no D30 por detecção da toxina em amostra de sangue no LACEN.

Discussão: O retardo no início do tratamento do botulismo é responsável, em grande parte, pela alta letalidade da doença. A suspeição clínica deve motivar notificação e início do tratamento imediatos, pois os testes diagnósticos confirmatórios têm baixa sensibilidade e são demorados. O SAB deve idealmente ser administrado dentro de 7 dias do início dos sintomas. O tratamento não reverte a paralisia, mas interrompe sua progressão, causando tempo prolongado de recuperação. O principal diagnóstico diferencial é a síndrome de Muller-Fisher (SMF). Neste caso, o achado clínico

determinante na diferenciação foi a midríase bilateral, ausente na SMF, que justificou o não início de tratamento para SMF, mantendo apenas o SAB. A literatura confirma a alta especificidade desse sinal clínico no botulismo.

Conclusões: Botulismo deve ser considerado como hipótese diagnóstica em todos os quadros neuroparalíticos agudos com início crânio-caudal. O exame neurológico detalhado pode ser fundamental para a condução dos casos.

Palavras-chave: Botulismo Síndrome neuroparalitica pupilas midriáticas neurotoxina botulínica soro antibotulínico

https://doi.org/10.1016/j.bjid.2023.103232

SÍNDROMES NEUROINVASIVAS E SOROPOSITIVIDADE PARA CAMPYLOBACTER JEJUNI EM UNIDADE SENTINELA NO ESTADO DO PIAUÍ

Márcia de Nazaré Miranda Bahia[a,*], Cintya de Oliveira Souza[a], Tuane CarolinaFerreia Moura[a], Leni Célia Reis Monteiro[a], Ana Cecília Ribeiro Cruz[a], Marcelo Adriano da Cunha e Silva Vieira[b], Julianna Lima Queiroz[c], Mauricélia Santos Souza[d]

[a] *Instituto Evandro Chagas (IEC), Belém, PA, Brasil;*
[b] *Instituto de Doenças Tropicais Natan Portella (IDTNP), Teresina, PI, Brasil;*
[c] *Laboratório Central de Saúde Pública do Piauí (LACEN-PI), Teresina, PI, Brasil;*
[d] *Fundação Municipal de Saúde de Teresina, Teresina, PI, Brasil*

Introdução: As síndromes neuroinvasivas são monitoradas no Brasil através da vigilância de poliomielite/paralisia flácida aguda (PFA) e da vigilância de doenças neuroinvasivas por arbovírus. Negligenciando a contribuição ocasionadas por outros microrganismos. O Campylobacter jejuni pode causar uma manifestação sistêmica após episódio de gastroenterite, a mais relatada é a Síndrome de Guillian-Barré (SGB). Quando surgem as manifestações neurológicas, geralmente os sintomas e sinais da gastroenterite já desapareceram e não há mais possibilidade de detecção direta. Assim, este estudo foi realizado para investigar a contribuição das infecções prévias por C. jejuni nos casos de síndromes neuroinvasivas.

Metodologia: Foram analisados os resultados sorológicos de 359 pacientes cujas amostras foram encaminhadas pela unidade sentinela para síndromes neuroinvasivas do Estado do Piauí para o Laboratório de Zoonoses Bacterianas do Instituto Evandro Chagas (IEC) para realização do teste de ELISA para C. Jejuni IgM e IgG (Kit Serion ELISA) no período de 2017 a 2023. Foi utilizado o programa BioEstat (Teste x2) para análise estatística.

Resultados: Dos 359 pacientes analisados, 90 (25%) tiveram resultados reagente para C. jejuni. 50 (55,5%) eram mulheres e 40 (44,4%) eram homens, e estão divididos nas faixas etárias: 16 (17,7%) jovens, 65 (72,2%) adultos, 6 (6,6%) idosos. Anticorpos IgM foi detectado em 73 (81,1%), para IgG em 6 (6,7%) e 11 (12,2%) para ambas (IgM/IgG). Na análise do geral dos pacientes, houve significância estatística em relação a soropositividade para C. jejuni (p: <0,0001). E está associada a presença de indicador sugestivo de infecção recente (IgM). A investigação das síndromes neuroinvasivas demonstrou que a maior parte dos pacientes reagentes para a presença de anticorpos para C. jejunii (IgM/IgG) estavam distribuídos em: 56 (62,2%) SBG, 18 (20%) Encefalite, 3 (3,3%) Mielite e 1 (1,2%) PFA.

Conclusão: Nesta investigação, mulheres em idade adulta apresentaram maior soropostividade. Houve prevalência de anticorpo da classe IgM, sugerindo infecção recente. A SGB foi a principal manifestação neuroinvasiva associada a soropositividade a C. jejuni. Demonstrando assim aprovável associação entre a infeção de C.jejuni com o desencadeamento da SGB. Faz-se necessário a discussão de um novo modelo de vigilância no contexto brasileiro das síndromes neuroinvasivas, como a SGB, ocasionada pela infecção prévia por C. jejuni.

Palavras-chave: Campylobacter jejuni Síndromes neuroinvasivas ELISA

https://doi.org/10.1016/j.bjid.2023.103233

TAXA DE LETALIDADE DA MENINGITE NOS ESTADOS DO NORDESTE BRASILEIRO ENTRE OS ANOS DE 2019 A 2022

Marcelle de Farias Argolo[*], Maria Daniella Moura da Silva, Bruno Farias Lima, Renan Silva Santos, Luana Dias Xavier, Francisco Duda da Silva Neto, Ludymila da Silva Tavares, Vanessa Gomes Machado, Lúcio Flávio Maynart da Costa Santos

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

Introdução: A meningite é caracterizada por uma inflamação das meninges que revestem o sistema nervoso central. Possui etiologias diversas, sendo a asséptica, as virais e as bacterianas as mais prevalentes. Os agentes etiológicos mais comuns são N. meningitidis, S. pneumoniae e enterovírus não pólio, tendo sua transmissão pelo contato próximo com o portador ou direto com as secreções infectadas. Seu quadro clínico independe da etiologia e é composto por cefaléia, febre, náusea, rash cutâneo, petéquias, alteração do estado de consciência, rigidez nucal e sinal de Kernig e/ou Brudzinski. A evolução do quadro é rápida e pode levar a óbito dentro de 24 a 48 horas desde o surgimento dos primeiros sintomas, principalmente em meningites bacterianas. Devido a sua relevância, os casos suspeitos ou confirmados são de notificação compulsória e de investigação obrigatória no Brasil. O presente estudo visa analisar as taxas de letalidade (TL) da meningite no Nordeste (NE) brasileiro no período de 2019 a 2022.

Métodos: Trata-se de uma pesquisa de abordagem quantitativa, com procedimento documental de dados secundários, a partir da base de dados do Ministério da Saúde (DATASUS), Doenças e Agravos de Notificação – 2007 em diante (SINAN), avaliando o número de notificações da doença por Unidade federativa (UF) e a evolução para óbitos por agravo da doença em cada UF que notificou, utilizando os filtros: mês de notificação, UF de notificação e região de notificação entre os