

e rigidez de nuca, linfadenopatia cervical, edema e trismo. Ademais, pode ocorrer embolização séptica à distância, principalmente pulmão. O diagnóstico é realizado por hemocultura e exames de imagem, a exemplo do USG ou TC com contraste. O tratamento baseia-se primordialmente em antibioticoterapia. A abordagem cirúrgica é reservada para os casos que não responderam bem ao tratamento medicamentoso instituído, bem como para realização de controle de foco. O benefício da anticoagulação é incerto, a depender da extensão do trombo e evolução. Por ser uma condição clínica desconhecida por muitos médicos, o diagnóstico costuma ser tardio, podendo apresentar consequências potencialmente fatais ao paciente.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2020.101479>

EP-402

NEUROSSÍFILIS MANIFESTADA COMO SÍNDROME DO SOTAQUE ESTRANGEIRO EM PACIENTE COM HIV DE DIAGNÓSTICO RECENTE



Andrés Mello López, Felipe Arthur Faustino Medeiros, Vítor Falcão Oliveira, Camila Loredana P.A.M. Bezerra, Flora Goldemberg, Guilherme Diogo Silva, Isabela C. Leme V. Cruz, Jéssica Fernandes Ramos, Rinaldo Focaccia Siciliano

Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), São Paulo, SP, Brasil

Introdução: Síndrome do sotaque estrangeiro é um distúrbio motor da fala raro em que o paciente passa a apresentar um sotaque diferente da língua nativa. O sotaque estrangeiro pode vir acompanhado ou não de outros distúrbios da fala/linguagem, como disartria, afasia e apraxia da fala. Embora a neurosífilis deva ser descartada em todo sintoma cognitivo a esclarecer, esse é, ao nosso conhecimento, o primeiro relato de neurosífilis apresentando a síndrome do sotaque estrangeiro.

Objetivo: Relatar uma manifestação atípica de neurosífilis em paciente com diagnóstico de HIV.

Metodologia: Paciente de 33 anos, do sexo masculino, diagnosticado com HIV há 2 meses, com CD4 284 células e Carga Viral de 10.166 cópias/mL, em uso de Tenofovir + Lamivudina + Dolutegravir. Ademais, foi encontrado Sífilis Latente Tardia com VDRL 1/256, recebendo tratamento prévio com Penicilina G Benzatina 7,2 milhões UI, contudo, com aumento de títulos em VDRL de controle. Apresentou com alteração de fala com 4 dias de evolução, observada por familiares, sendo relatada como palavras não inteligíveis, sem alteração de consciência. Na admissão, avaliado pela equipe da neurologia com alterações de fala espontânea com pouco de agramatismo e sotaque estrangeiro, nomeação preservada. Compreensão para voz passiva comprometida, repetição prejudicada para frases mais longas, escrita preservada e leitura comprometida. Realizada TC e RM sem alterações. Em exame de líquido, sem alterações bioquímicas, com aumento moderado do teor de globulinas gama e VDRL 1/1. Avaliado pela equipe da Fonoaudiologia, evidenci-

ando prosódia alterada, fonatório diminuído, articulação com presença de distorções e prejuízo na inteligibilidade de fala, notado sotaque estrangeiro. Recebeu tratamento por 14 dias com Penicilina G Cristalina 4 milhões UI, de 4 em 4 horas, evoluindo com leve melhora no quadro neurológico, com VDRL de controle no líquido negativo e VDRL sérico de 1/8 após 8 meses do tratamento.

Discussão/Conclusão: Poucos casos de síndrome do sotaque estrangeiro foram relatados, estando vários deles relacionados a injúria ao sistema nervoso central, a maioria relacionado a distúrbios vasculares. A neurosífilis pode apresentar afecção meningovascular, com possível arterite de pequenos vasos, podendo desencadear tal manifestação relacionada.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2020.101480>

EP-403

SÍNDROME DE RAMSAY HUNT: RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA



Rafael Martins Viana, Paulo Eduardo de Mesquita, Matheus Cordeiro Marchiotti

Hospital Regional de Presidente Prudente, Presidente Prudente, SP, Brasil

Introdução: O herpes zoster resulta da reativação da infecção latente pelo vírus varicela-zoster (VVZ) dentro dos gânglios sensoriais dos nervos cranianos ou espinhais. A imunossenescência é o principal fator de risco em cerca de 90% dos casos. Em torno de 20 a 30% das pessoas adultas que sofreram primoinfecção pelo VVZ apresentarão um episódio de herpes zoster durante a vida, com incremento da incidência acima dos 50 anos de idade.

Objetivo: Descrever um caso da síndrome de Ramsay-Hunt e revisar os principais pontos relacionados ao diagnóstico, tratamento e complicações.

Metodologia: Homem, 64 anos, queixava-se de cefaleia e vertigem há 1 dia. Observou inchaço, dor, vermelhidão e bolhas na orelha esquerda. Dizia ser portador de diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica. Notava-se desvio de rima labial para a direita, lagofalmo e perda das rugas a esquerda da frente (foto 1), com paralisia facial grau 4 em escala de House-Brackmann. Havia eritema e lesões vesico-crostosas esparsas, algumas com conteúdo purulento (foto 2) na orelha esquerda. O restante do exame físico geral e neurológico estava normal. O hemograma, as provas de função renal, hepática, glicemia e eletrólitos, estavam normais. A leucometria total do líquido cefalorraquidiano somava 195 células/mm³ com 97% de linfócitos. A tomografia de crânio revelou apenas alterações esperadas para a idade. O paciente foi tratado com aciclovir endovenoso por 14 dias. Houve cicatrização das lesões em pavilhão auricular e regressão parcial da paralisia facial.

Discussão/Conclusão: A síndrome de Ramsay Hunt (SRH) resulta do comprometimento do gânglio geniculado do nervo facial. Caracteriza-se pela tríade: erupção vesico-pústulo-crostosa ao redor do meato acústico externo e pavilhão auricular, paralisia facial ipsilateral e lagofalmo. Sinais relacionados ao comprometimento de outros pares cranianos

como vertigem, hipo ou hiperacusia, zumbido, disgeusia e lacrimejamento podem estar presentes. O diagnóstico é eminentemente clínico, determinado pela localização e pelas características da erupção cutânea associadas aos sinais de comprometimento dos pares cranianos acima descritos. O tratamento com aciclovir e glicocorticoide parece determinar melhores desfechos, especialmente em relação ao tempo e intensidade dos sintomas e controle da dor. A paralisia facial relacionada a SRH costuma ser mais grave e com menor probabilidade de melhora que a paralisia de Bell. A vacina contra o VZV é a melhor e a única forma de prevenção da SRH atualmente disponível.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2020.101481>

EP-404

PLANO DE CONTINGÊNCIA REALIZADO EM INSTITUIÇÃO PARA DIMINUIÇÃO DE INFECÇÃO DE FERIDA OPERATÓRIA PÓS REVASCULARIZAÇÃO DE MIOCARDIO

Jaqueline Forestieri Bolonhez, Ana Cristina Medeiros Gurgel, Maria Gabriela Lopes, Beatriz Medeiros Gurgel, Luiz Felipe Blanco

Hospital Santa Rita de Maringá, Maringá, PR, Brasil

Introdução: A doença isquêmica cardíaca é causa de grande número de óbitos no mundo anualmente. Estima-se que no Brasil, em 2017, mais de 300 mil pessoas vieram a óbito pela doença. Bastante empregada na atualidade, a cirurgia de revascularização de miocárdio (RM) está associada a doenças coronarianas e fatores como obesidade, diabetes, dislipidemia, sedentarismo, tabagismo e idade avançada. Uma das complicações mais frequentes após a RM é a infecção da ferida operatória, podendo levar ao aumento da mortalidade, morbidade e custos hospitalares.

Objetivo: Relatar diminuição das ocorrências de infecção de feridas operatórias em pacientes que foram submetidos a RM em instituição, após emprego de plano de contingência.

Metodologia: Após constatação de aumento de infecção de feridas operatórias e má evolução clínica de pacientes com infecção de feridas operatórias pela equipe de Controle de Infecção Hospitalar e Infectologia (CCIH) do Hospital Santa Rita de Maringá/PR, mesmo com uso de antibióticos, um plano de contingência de infecção de ferida operatória pós RM foi elaborado e aplicado, inicialmente com reuniões frequentes com equipe de cirurgia cardíaca, associado a formação de grupo em aplicativo multiplataforma de mensagens com equipe de enfermagem e infectologia para monitorização de ferida diária, emprego de limpeza de feridas e realização de curativos pertinentes por equipe treinada, abordagem e desbridamento de feridas quando necessário sob orientação da equipe, coleta de hemocultura e cultura de secreção de ferida operatória em ambiente estéril para melhor emprego de antibioticoterapia guiada por antibiograma.

Resultados: Com os métodos empregados e colaboração de toda a equipe (cirurgia cardíaca, CCIH, infectologia, enfermagem), constatou-se diminuição do número de feridas operatórias que evoluíram para infecção—em 2019 (Janeiro

a Setembro), houveram 138 procedimentos realizados com 16 casos (11,59%) que evoluíram com infecção de ferida operatória; em 2020 (Janeiro e Setembro), 94 procedimentos realizados, 6 casos (9,57%) que evoluíram com infecção de ferida operatória—diminuição de 2,2% de infecções e melhor evolução das feridas operatórias pós RM infectadas.

Discussão/Conclusão: Tendo em vista o exposto acima, após abordagem da equipe de cirurgia cardíaca, com elaboração de plano de contingência de infecção de feridas operatórias, foi constatado diminuição desta apresentação clínica na instituição e melhora clínica dos pacientes analisados.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2020.101482>

EP-405

AVALIAÇÃO DO DIAGNÓSTICO DE SEPSE SEGUNDO O NOVO CONSENSO: VALE A PENA USAR O SEPSIS-3?

Bruno José Santos Lima, Matheus Todt Aragão, Felipe Meireles Dória, Mateus Lenier Rezende, Mariana Alma Rocha de Andrade, Catharina Garcia de Oliveira, Leonardo Santos Melo, Elisandra Carvalho de Nascimento, Kaio Alecsander Mendonça Santos, Thiago da Silva Mendes

Universidade Tiradentes (UNIT), Aracaju, SE, Brasil

Introdução: Em sua primeira recomendação, o consenso Sepsis-1 de 1991, criou a definição de síndrome da resposta inflamatória sistêmica (SIRS), que quando direcionada a uma infecção confirmada seria chamada de sepse. O Sepsis-2 manteve os conceitos de SIRS, sepse, sepse grave e choque séptico, fazendo algumas alterações nos critérios para identificação e classificação dessas condições. Em 2016, as modificações do Sepsis-3 geraram uma redução da sensibilidade para detectar os casos de sepse, tendendo a selecionar uma população com doença mais grave, podendo levar a uma identificação tardia (MACHADO, 2016).

Objetivo: Comparar o diagnóstico de sepse, sepse grave e choque séptico segundo os consensos Sepsis-2 e Sepsis-3.

Metodologia: Trata-se de um estudo transversal e observacional, no qual dados foram coletados através de prontuários de três grandes hospitais de Aracaju, sendo um privado, um exclusivamente público e um que presta serviços públicos e privados (misto), por um período de 10 meses. Foi estipulado um limite de 24 horas entre o diagnóstico de sepse, sepse grave ou choque séptico e os dados clínicos e laboratoriais. Após, foram calculadas as sensibilidades e especificidades dos critérios diagnósticos estudados.

Resultados: Foram incluídos 140 pacientes com o diagnóstico de sepse, sepse grave ou choque séptico e idade superior a 18 anos. A maioria pertencia ao sexo feminino, com média etária de $68,42 \pm 16,80$ anos. Do total avaliado, 93,57% apresentaram diagnóstico de sepse, 87,85% de sepse grave e 23,57% choque séptico a partir dos critérios do Sepsis-2. Avaliados pelo quick-SOFA, 41,42% de todos os pacientes apresentaram pontuação ≥ 2 , enquanto 74,28% apresentaram pontuação ≥ 2 no escore SOFA e 16,42% choque séptico.

