resultados obtidos exigem novos estudos na perspectiva One Health.

**Palavras-chave:** Bartonella henselae Ixodidae Rickettisia Rickettsia

https://doi.org/10.1016/j.bjid.2023.103571

## QUEBRANDO AS BARREIRAS DO DIAGNÓSTICO DO VÍRUS OROPOUCHE: UM MÉTODO RÁPIDO DE DIAGNÓSTICO MOLECULAR USANDO AMPLIFICAÇÃO ISOTÉRMICA MEDIADA POR LOOP

Diego Michel Fernandes da Silva*,
Lívia do Carmo Silva, Juliana Santana de Curcio,
Flávia Barreto de Sousa, Carlos Eduardo Anunciação

*Universidade Federal de Goiás (UFG), Goiânia, GO, Brasil*

O potencial epidêmico do vírus Oropouche (OROV) demonstra a necessidade urgente de novos métodos de diagnóstico que possam ampliar os testes e fornecer resultados em menos tempo. A amplificação isotérmica mediada por transcrição reversa (RT-LAMP) é uma técnica molecular que possui alta especificidade, sensibilidade, rápida detecção e baixo custo, e está sendo amplamente utilizada no diagnóstico molecular. Portanto, o objetivo deste trabalho foi desenvolver e padronizar a técnica colorimétrica RT-LAMP para detecção do OROV. Reações de RT-LAMP foram realizadas utilizando o kit WarmStart LAMP colorimétrico 2x Master Mix, e o resultado foi determinado por avaliação visual através da mudança de cor do indicador de pH fenol vermelho. A concentração final dos reagentes, assim como a determinação da temperatura e tempo de reação otimizados. Um tempo máximo de reação de 25 minutos e a temperatura ideal de 67°C foram estabelecidos. O teste demonstrou alta sensibilidade em comparação com a RT-qPCR, sendo capaz de detectar cerca de uma cópia do vírus em poucos minutos e uma especificidade de 100% contra diversas arbovírus como Dengue, Zika, Chikungunya e Mayaro. A RT-LAMP para o vírus OROV é um diagnóstico inédito e de grande importância para auxiliar hospitais e centros de saúde ao redor do mundo no diagnóstico desse patógeno, que muitas vezes é confundido com outras arboviroses. Além disso, poderia ser uma ferramenta útil para vigilância epidemiológica do OROV, alertando a população sobre os possíveis riscos de surtos endêmicos desse vírus no país e auxiliando no controle desse patógeno negligenciado.

**Palavras-chave:** OROV Diagnóstico Ponto de Atendimento Diagnóstico

https://doi.org/10.1016/j.bjid.2023.103572

## RELATO DE CASO DE LEISHMANIOSE TEGUMENTAR DIFUSA GIGANTE EM IMUNOCOMPETENTE

Francielly Marques Gastaldi[a,*],
Franciny Marques Gastaldi[b], Sinara Martins Barbosa[c]

[a] *Hospital de Clínicas de Uberlândia, Uberlândia, MG, Brasil;*
[b] *Hospital Santa Genoveva Rede Mater Dei, Uberlândia, MG, Brasil;*
[c] *Programa Melhor em Casa – SPDM, Uberlândia, MG, Brasil*

**Introdução:** A Leishmaniose tegumentar é uma antropozoonose de notificação compulsória que ainda representa um grande problema de Saúde Pública. A diversidade vetorial, de reservatórios e, por vezes, de características clínicas, associado ao desconhecimento sobre as peculiaridades da doença, pode adiar a suspeição clínica, tornando o paciente susceptível a complicações.

**Descrição do caso:** Paciente do sexo masculino, 69 anos, 80 kilos, previamente hipertenso, sem outras comorbidades, com múltiplas lesões em membros inferiores, com duração de aproximadamente 2 anos, sendo inicialmente caracterizadas por pápulas, evoluindo para lesões ulceradas com bordas bem delimitadas e enduradas. Procurou atendimento médico, recebendo diagnóstico de Insuficiência venosa, e tratamento com vasodilatadores e posteriormente com antimicrobianos, com detecção de complicação infecciosa. Informou moradia em zona rural e contato com cães com lesões semelhantes, mas tais informações não foram interpretadas como relevantes, pela primeira equipe assistencial. Apresentou piora do aspecto e do número das lesões, tornando-se coalescentes, gradualmente. Devido a piora do quadro, foi encaminhado para serviço especializado. Na ocasião, apresentava lesão em perna direita com diâmetro de aproximadamente 20 cm, além de outras 14 lesões, de tamanhos variados, distribuídas ipsi e contralateralmente. Realizada suspeição de Leishmaniose tegumentar, com raspado da lesão positivo para o parasita. Submetido à internação, foi iniciado tratamento com anfotericina lipossomal, com infusão total de 3200 mg, sem intercorrências. Paciente apresentou melhora gradual das lesões, com posterior alta e acompanhamento ambulatorial. Devido a resposta clínica, não houve indicação de enxertia ou abordagem plástica.

**Comentário:** É importante decentralizarmos os conhecimentos e as capacitações sobre as doenças tropicais, objetivando diagnósticos precoces e reduzindo a morbimortalidade relacionada a tais patologias. Valorizar informações epidemiológicas e características clínicas permite a suspeição clínica oportuna, permitindo a realização dos testes diagnósticos disponíveis de maneira efetiva, além da vigilância e busca de outros casos sintomáticos.

**Palavras-chave:** Leishmaniose Leishmaniose Cutânea Anfotericina B

https://doi.org/10.1016/j.bjid.2023.103573

## RELATO DE CASO DE LEISHMANIOSE VISCERAL DISSEMINADA EM HOMEM DE SEXO MASCULINO COM IMUNOSSUPRESSÃO SECUNDÁRIA A ARTRITE PSORIÁTICA

Luiza Morandi Xavier[a,b,*],
Nathalia Rico Barreira Luzorio[a], Karen Maia Fazoli[b],
Ana Livia Sales Pereira[b], Estevão Poncio Delazaro[b]

[a] *Hospital Unimed Sul Capixaba, Cachoeiro de Itapemerim, ES, Brasil;*
[b] *Faculdade Multivix, Vitória, ES, Brasil*

A leishmaniose é uma doença infecciosa considerada zoonótica, com ampla distribuição pelo mundo, desde a Asia até a América. Tal é causada por protozoários do gênero Leishmania.No Brasil, a forma de transmissão é através da picada dos vetores do gênero Lutzomia. A doença pode ser assintomáticas ou apresentar lesões cutâneas simples, úlceras muco-cutâneas até a forma difusa, considerada a apresentação de difícil tratamento. Deve-se suspeitar de Leishmaniose visceral quando presença de febre e hepatoesplenomegalia podendo ter manifestações hemorrágicas, além de linfadenomegalia, perda de peso, taquicardia e, menos frequentemente, tosse seca e diarreia. O diagnóstico é baseado em dados epidemiológicos, clínicos e laboratoriais. Mas é fechado encontro do parasita em tecido infectado. Paciente sexo masculino, 36 anos, proveniente do interior do estado do Espírito Santo, admitido ao hospital com quadro de icterícia, alteração de bilirrubinas, transaminases e febre há 3 semanas com suspeita de colecistite aguda. História patológica pregressa de artrite psoriásica em uso de Adalimumabi 40mg 2/2 semanas, Metotrexate 15mg/semana e Ácido fólico 05mg/semana. Passado de Tuberculose latente tratada. Realizou USG de Abdomen há 5 dias da admissão com parecer de vesícula biliar difusamente aumentada com parede anterior medindo 2 × 1,5cm. Ausência de cálculos ou ecos sólidos. Fígado de contorno, dimensões e ecogenicidades normais. Baço de contornos e e texturas normais com moderado aumento de volume. Solicitado sorologia para Dengue, Hepatite A, B e C com resultados negativos e sorologia para Leptospirose IgM: não reagente. Durante 5 dias de internação com distensão abdominal, desconforto abdominal no hipocôndrio direito e manutenção da febre além de pancitopenia evidenciado em hemograma. Com suspeita de síndrome colestática e pancitopenia a investigar, foi solicitado TC de abdome evidenciando exuberante esplenomegalia homogênea com predomínio de componente esplênico, leve ascite livre abdominopélvica. Alterações descritas na parede da vesícula biliar são secundárias a ascite. Solicitado mielograma com conclusão de medula óssea 38,0% de neutrófilos segmentados, 16,0% de linfócitos e 44,0% de eritroblastos ortocromáticos. Solicitada pesquisa para Histoplasmose com resultado 1:1 e Leishmaniose detectado DNA. Iniciado, no mesmo dia, AnfotericinaB 50mg/dia. Evoluiu com epistaxe, hemoptise e posteriormente hemorragia alveolar importante, evoluindo para óbito.

**Palavras-chave:** Leishmaniose visceral Leishmania Leishmaniose disseminada

https://doi.org/10.1016/j.bjid.2023.103574

## RELATO DO PRIMEIRO CASO DE MENINGOMIELITE CHAGÁSICA RECORRENTE EM PESSOA VIVENDO COM HIV/AIDS

Aline Borges Moreira da Rocha[a,*], Ígor Melo de Almeida[b], Jose Ernesto Vidal Bermudez[a,b], José Angelo Lauletta Lindoso[a,b], Augusto César Penalva de Oliveira[a]

[a] *Instituto de Infectologia Emílio Ribas, São Paulo, SP, Brasil;* [b] *Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo, SP, Brasil*

**Introdução:** A reativação da infecção por Trypanosoma cruzi em pessoas vivendo com HIV/AIDS (PVHA) pode se manifestar como meningoencefalite e/ou lesões expansivas cerebrais, denominadas chagomas. Estas manifestações neurológicas estão incluídas na lista de doenças definidoras de aids no Brasil, desde 2004. Excepcionalmente tem sido descritos casos de comprometimento medular na doença de Chagas, mas não existem relatos de casos prévios de meningomielite recorrente em PVHA. Neste estudo, apresentamos o caso de uma PVHA com um segundo episódio de meningomielite causada pela T. cruzi.

**Relato de caso:** Homem de 59 anos, natural de Orobó-PE, apresentando infecção por HIV multirresistente (CD4 de 16 células/mm$^3$ e carga viral – HIV-1 de 169.403 cópias/ml), em abandono de tratamento antirretroviral, apresentou-se no Pronto Socorro do IIER referindo quadro progressivo, há cerca de um mês, de perda de força em membros inferiores, com dificuldade de deambulação. Como antecedente relevante, o paciente teve quadro clínico semelhante há 14 anos, sendo diagnosticado de meningomielite chagásica e tratado eficazmente com benzonidazol, sem acometimento de outros órgãos e sistemas. Na avaliação clínica da admissão atual, o paciente encontrava-se com reflexos vivos nos quatro membros, com sinal de Babinsk positivo bilateralmente, ausência de alterações esfincterianas, perda de sensação vibratória de membros inferiores, e incapaz de ficar de pé embora a força fosse grau IV nos quatro membros. A ressonância magnética (RM) evidenciou extenso hiperssinal em T2/STIR em região toracolombar, o qual mostrou realce leptomeníngeo. Na análise de líquor foi encontrada hiperproteinorraquia (86 mg/dl), hipoglicorraquia (49 mg/DL) e pleocitose (29 cel/mm$^3$), além de visualização direta de formas tripomastigotas de T. cruzi, com exames negativos para bactérias, vírus e fungos. O paciente recebeu benzonidazol, sendo trocado posteriormente para nifurtimox devido a mielotoxicidade. O paciente evoluiu com melhora parcial do comprometimento neurológico, recebendo alta para seguimento ambulatorial, ainda em uso de medicação antiparasitária. Também foi instituído o tratamento antirretroviral, com esquema guiado por genotipagem (AZT + 3TC + TDF + DRV/R + ETV).

**Comentários:** Esse caso constitui o primeiro relato de meningomielite chagásica recorrente em PVHA e demonstra que o diagnóstico e tratamento oportunos podem controlar esta doença oportunista.

**Palavras-chave:** Reativação Doença de Chagas HIV/AIDS Meningomielite Trypanossoma cruzi

https://doi.org/10.1016/j.bjid.2023.103575

## SÉRIE DE CASOS DE ESPOROTRICOSE HUMANA EM CONGLOMERADO FAMILIAR NA CIDADE DE BARBACENA-MG

Herbert José Fernandes[*], Clara dos Reis, Aguiar, Gabriela Pacheco de Assis

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

**Introdução:** A esporotricose é provocada pelo Sporothrix, um grupo fúngico composto por várias espécies. Uma mudança de hospedeiro permitiu a sobrevivência do