

OR-49 - DIFERENTES MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS DE ESPOROTRICOSE EM CONTATOS INTRADOMICILIARES ASSOCIADAS À MESMA FONTE DE INFECÇÃO.

Lara Salgado Saraiva,
Gabriel Ramalho de Jesus,
Matheus Henrique T. Avila,
Lucas Cabrini Gabrielli,
Heloisa Abdon de Melo e Silva,
Fernanda Guioti Puga,
Gilberto Gambero Gaspar,
Benedito Alves Lope Fonseca, Roberto Martinez

Hospital das Clínicas Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo (USP), Ribeirão Preto, SP, Brasil

Introdução: A esporotricose é uma infecção fúngica, transmitida por meio de contato direto com o solo, contato com animais ou via inalatória. Manifesta-se como úlcera cutânea e linfangite nodular, sendo incomuns em imunocompetentes as manifestações extracutâneas e disseminadas. Entre as formas imunorreativas, observa-se a artrite reativa poliarticular e migratória, representada em geral por quadros mais brandos e localizados, apesar da possibilidade de gerar incapacidade.

Objetivo: Relatar dois casos de esporotricose com diferentes acometimentos: articular e cutâneo, possivelmente com a mesma fonte de infecção.

Método: Relato de caso.

Resultados: Caso 1: homem, 25 anos, estudante de informática, sem comorbidades, referia que, após arranhadura de gato doméstico em coxa esquerda, iniciou lesão de pele há um mês e aumento de linfonodo inguinal à esquerda há uma semana. Ao exame, presença de linfonodo em região inguinal esquerda de 3cm, fibroelástico e móvel e de lesão papular em coxa esquerda com sinais flogísticos e sem secreção. O título da contraímunoeletroforese (CIE) para esporotricose era de 1:2. O gato apresentava lesão de pele confirmada para esporotricose e pela avaliação clínico-epidemiológica foi prescrito Itraconazol 200mg/dia para o paciente. No retorno, paciente queixou-se de artralgia há 3 dias, inicialmente em tornozelos e progressão para joelhos e punho direito, sem derrame articular ou sinais flogísticos, mantendo lesão cutânea em coxa. Pela manifestação articular, foi aumentada a dose do Itraconazol para 400mg/dia e associado Prednisona 20mg/dia, com melhora parcial. Ultrassonografia de joelho esquerdo demonstrou tenossinovite de fibulares. Caso 2: parceira de 22 anos e estudante de medicina, iniciou quadro de máculas eritematosas dolorosas em joelhos que evoluíram para nódulos dolorosos um mês após o início dos sintomas do caso 1. CIE para esporotricose era de 1:16. Iniciado itraconazol 200mg/dia. Ambos evoluíram com melhora clínica.

Conclusão: Aproximadamente 80% dos pacientes acometidos pela esporotricose apresentam a forma linfocutânea (caso 2), enquanto casos da forma imunorreativa (caso 1) são raros, pouco descritos na literatura e possivelmente associada a prejuízo funcional. Nos dois casos, a suspeita diagnóstica pelo contato intradomiciliar com uma fonte única (gato

infectado) resultou no início rápido do tratamento, evitando maiores complicações.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2024.103924>

OR-50 - DESCRIÇÃO DO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA HANSENÍASE ENTRE 2012-2022 NA REGIÃO SUDESTE DO BRASIL

Lilian Galligani, Ana Karollyna de Faria Santos,
Flavia Sieira Chaves, Mateus Etori Cardoso

Universidade Nove de Julho (UNINOVE), São Paulo, SP, Brasil

Introdução: A hanseníase é uma doença milenar causada pelo parasita *Mycobacterium leprae*, tendo o ser humano como único reservatório natural. Essa patologia manifesta-se como infecção crônica de evolução lenta com manifestações cutâneas e neurológicas, principalmente nos nervos periféricos. Apesar de antiga, essa doença persiste como um desafio de saúde pública em países em desenvolvimento, incluindo o Brasil.

Objetivo: Analisar a situação epidemiológica da hanseníase na região Sudeste do Brasil de 2012-22, além de propor estratégias para melhorar sua evolução epidemiológica.

Método: Estudo transversal, observacional e descritivo, com abordagem quantitativa, utilizando dados secundários do Sistema de Informação de Agravos de Notificação do DATASUS, abrangendo o período de 2012-22. Foram analisadas as infecções por hanseníase na região Sudeste, considerando variáveis como número de lesões, sexo, escolaridade e faixa etária.

Resultados: Entre 2012 e 2022, a região sudeste registrou 53.562 novos casos de hanseníase, com uma redução de 36,65% no total de casos. A incidência diminuiu ao longo desse período, com 2012 apresentando o pico e 2020 a menor incidência. O ES lidera a incidência por estado (171,27/105 hab.), seguido pelo RJ (82,26/105 hab.), MG(74,31/105 hab.) e SP (41,71/105 hab.). Foram registradas 377.481 lesões, sendo 78,5% multibacilares e 21,5% paucibacilares. Os homens representam 57,12% dos casos, e há uma prevalência em pacientes com níveis mais baixos de escolaridade (70% até o ensino fundamental completo). A faixa etária mais afetada é de 40 a 59 anos (38%), seguida por 60 a 69 anos (14%). Crianças e adolescentes têm a menor incidência, com uma queda nos registros após os 60 anos.

Conclusão: Houve uma redução na tendência de novos casos de hanseníase na região sudeste do Brasil de 2012 a 2022, possivelmente devido à eficácia do Programa de Controle da Hanseníase e subnotificação durante a pandemia de COVID-19. Destaca-se a necessidade de fortalecer esse programa na atenção primária e aprimorar a vigilância epidemiológica durante epidemias e pandemias. Apesar do predomínio da doença em homens de baixa escolaridade, não houve um aumento significativo de casos em jovens como observado em outros estudos, requerendo pesquisas adicionais para entender a incidência nessa faixa etária. Por fim, é essencial estabelecer políticas públicas para a população

vulnerável, que contribuiu para a prevalência da forma mais severa da doença, garantindo o bem-estar e priorizando os princípios do SUS.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2024.103925>

OR-51 - MENINGITE E ENDOFTALMITE POR STREPTOCOCCUS AGALACTIAE EM ADULTO: RELATO DE CASO

Ana Elisa Meduna Cabreira, Juliana Cazarotto, Gilberto Gambero Gaspar, Fernanda Guioti Puga

Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, SP, Brasil

Introdução: O *Streptococcus agalactiae*, também conhecido como Estreptococo do grupo B de Lancefield, é um coco Gram-positivo com importância epidemiológica principalmente em gestantes e neonatos, sendo causa frequente de sepse, bacteremia, pneumonia e meningite nessas populações. Em adultos, pode colonizar os tratos genital e gastrointestinal, apresentando fatores de risco para infecção diabetes mellitus com mau controle, malignidade, doença hepática e renal avançada, entre outros. Frequentemente causa infecções em pele e partes moles, trato urinário, osteoarticular, pneumonia e bacteremia sem foco, representando 1% das causas totais de meningite e sendo causa rara de endoftalmite.

Objetivo: Relatar caso de meningite e endoftalmite causada por *S. agalactiae* em adulto com nefrolitíase e pielonefrite.

Método: Relato de caso.

Resultados: Paciente do sexo masculino, 60 anos, procedente de Guataparã (SP), portador de cirrose hepática idiopática previamente CHILD A5, diabetes mellitus com bom controle medicamentoso e nefrolitíase a esquerda, iniciou quadro de dor lombar, hematúria e disúria, que evoluiu após uma semana com dor em região escapular direita e cervical, e após 3 dias com rebaixamento do nível de consciência, dor abdominal, febre aferida e dispneia, sendo iniciado ceftriaxona em UPA. Encaminhado à serviço terciário, onde necessitou de intubação orotraqueal, coletado líquor com leucocitose (7200 céls/mm^3), com predomínio de mononucleares (73%), hipoglicorraquia ($< 4 \text{ mg/dl}$), lactato 25, hiperproteiorraquia ($933,8 \text{ mg/ml}$), e iniciado ceftriaxona 2g 12/12h e ampicilina, realizada tomografia de abdome com ureterolitíase obstrutiva com cálculo a esquerda, e borramento de gordura perirrenal, sugestiva de pielonefrite. Após extubação paciente evoluiu com hiperemia conjuntival e redução de acuidade visual, aventada hipótese de endoftalmite, e encaminhado ao Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto para avaliação oftalmológica, que confirmou hipótese e realizou injeção intravítrea de ceftazidima, vancomicina e dexametasona. Durante investigação etiológica na unidade realizada nova coleta de líquor para análise de antígenos bacterianos, com resultado positivo para *S. agalactiae*, e então suspenso ampicilina e realizado tratamento com 21 dias de ceftriaxona, com melhora clínica e líquórica.

Conclusão: O *S. agalactiae* é microorganismo cada vez mais frequente como causa de infecções em adultos com comorbidades, com elevada morbimortalidade, porém é causa incomum de meningite e endoftalmite nesta população.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2024.103926>

OR-52 - MIELITE TRANSVERSA ASSOCIADA A BARTONELLA HENSELAE: UM RELATO DE CASO

Juliana Moreira Ribeiro, Adriana Oliveira Guilarde, Jonas Borges S. Amorim, Moara Alves S.B. Borges, Ludmila Campos Vasconcelos, Victória Lima F.A. Ferreira

Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás (UFG), Goiânia, GO, Brasil

Introdução: A mielite transversa (MT) é uma condição neurológica rara, com etiologias variadas, como desordens neuroinflamatórias, pós virais e infecciosas.

Objetivo: Descrever caso de MT causada por *Bartonella henselae*.

Método: Relato de caso.

Resultados: Paciente sexo feminino, 19 anos, apresentou quadro de febre, cefaleia, fotofobia, dor e parestesia em cintura pélvica. Evoluiu com hipoestesia em nível torácico, paraplegia e alterações esfinterianas, com piora progressiva. Líquor com glicose consumida, e dissociação proteíno-citológica. Tratada com metilprednisolona por 5 dias, obtendo melhora parcial. Após pulsoterapia, prescrito vancomicina e meropenem por 56 dias. Descartado neuromielite óptica e esclerose múltipla. Antecedentes: Contato direto e frequente com gatos durante trabalho em petshop. Nega vacinação no período e episódios prévios de déficit neurológico sensitivo-motor. Recebeu alta parapléica e com nível sensitivo em T2. Após aproximadamente 3 anos, reiniciou dor em faixa em toda cintura pélvica, anestesia em MMSS e percepção de perda da habilidade para movimentos finos em MMSS, associado a episódios subfebris. Foi internada em outro serviço e iniciado ceftriaxona e dexametasona, com discreta melhora do quadro. Realizou ressonância nuclear magnética cervico-dorsal que constatou coleção intradural e extramedular, bem como sinais inflamatórios/infecciosos locais. Líquor mostrou 01 leucócito, 100% de LMN, 1.901 mg/dL de proteínas e 14 mg/dL de glicose. Culturas do líquor para bactérias, fungos negativas, teste rápido molecular para tuberculose (TRM-TB) indetectável. Realizada abordagem cirúrgica da coleção e prescrito ampicilina e doxiciclina empiricamente. Cultura do abscesso medular não evidenciou crescimento de bactérias, fungos ou micobactérias; TRM-TB indetectável. Sorologia para *Bartonella henselae* IgM (1:100) e IgG reagentes (1:640); sorologia para *M. pneumoniae* negativa. VDRL e teste treponêmico não reagentes; anti-HIV negativo. Biópsia de medula com infiltrado inflamatório inespecífico. Iniciado tratamento com doxiciclina e rifampicina para mielite por