

# IV JORNADAS REGIONAIS MONOTEMÁTICAS DE INFECCIOLOGIA

Doenças Infecciosas na **Adolescência**

14-16 · fevereiro · 2019  
Sesimbra Hotel & Spa

Presidente: **José Poças**

Presidente Honorário: **Lino Rosado**



Consulte a versão digital do programa



**PROGRAMA CIENTÍFICO**



Caros colegas, participantes e apoiantes

As IV Jornadas Regionais Monotemáticas de Infeciologia são desta vez dedicadas ao tema das “Doenças Infeciosas na Adolescência”, conforme foi anunciado no final da anterior realização. A problemática da prestação de cuidados de saúde nesta fase etária reveste-se de particularidades únicas, designadamente no que concerne ao candente tema das que se relacionam com a transmissão de agentes microbianos. Tal decorre de uma conjugação muito particular de vários factores, de entre os quais se destacam três:

- Existe a necessidade de se transferir a prestação dos cuidados médicos do Pediatra para o especialista de adultos, numa altura da vida que se caracteriza por uma particular instabilidade psicológica, implicando deixar de ser assistido por um conjunto dedicado de profissionais com quem se haviam criado fundamentais laços de cumplicidade e de conhecimento mútuo, para passar a fazê-lo com uma equipa completamente nova, o que se traduz no lógico e compreensível receio perante o desconhecido, com todas as implicações daí decorrentes;
- É a altura em que a sexualidade desponta com todo o seu turbilhão de descobertas à volta do corpo, muitas vezes com sentimentos um pouco ambivalentes e mesmo confusos, sem que frequentemente tenha havido (na família ou na escola) abertura suficiente para que as dúvidas que preocupam o jovem sejam cabalmente esclarecidas e as consequências dessa enorme transformação ao nível dos aspectos fisiológicos e psicológicos sido adequadamente explicada, muitas vezes pela deficiente formação dos que têm responsabilidades parentais e pedagógicas;
- É a época da vida em que a busca da satisfação imediata dos instintos quase que submerge todo o pensamento da pessoa, muitas vezes sem a noção ainda que aproximada das consequências inerentes a certos estilos de vida e que os comportamentos a eles associados vêm a ter na saúde do próprio e dos seus conviventes, porque quase só se pensa na vida e no prazer, e muito pouco ou nada na doença e muito menos ainda no sofrimento, na debilidade ou na morte.

A estrutura destas Jornadas é em tudo sobreponível às anteriores, começando mais uma vez por uma Conferência dedicada à História da Medicina, subordinada desta vez ao tema da “História da Sexualidade” que terá como conferencista um colega internista e endocrinologista com alguma experiência no exercício da medicina no teatro de guerra em África, Mário Carqueijeiro, amigo de longa data e autor de um interessante livro recentemente editado, intitulado “Desnudando o sexo dos anjos: Da biologia à História e da História às Estórias” para o qual recebi o honroso convite para escrever o respectivo pós-fácio, o que acabei fazendo com muito gosto, e que o guindou à posição de alguém particularmente bem habilitado para desenvolver este interessantíssimo tema.

Por último, gostaria de realçar a personalidade do Presidente de Honra, colega que pretendemos homenagear. Lino Rosado é muito mais do que um Pediatra competente e respeitado pelos seus doentes e respectivas famílias, bem como pelos seus pares. Tendo-se dedicado fundamentalmente



à hematologia não oncológica, perante a avassaladora emergência da pandemia da infeção por VIH, ao ver como vítimas os doentes mais inocentes de todos, ou seja, as crianças e, em particular, os recém-nascidos, não se intimidou perante o desconhecido, não arranjou falsos subterfúgios que muitos utilizaram para esconder de forma meio envergonhada a sua torpe postura de estigmatização dos afectados. Soube mesmo, para além do mais, continuar a manter um saudável contacto extra-profissional com algumas das crianças que viu crescer e tornarem-se em jovens adultos (alguns deles já com descendência biológica). Através dessa feliz iniciativa, transformou-se, de uma forma espontânea, na referência ética, no confidente e no conselheiro privilegiado de muitos desses ex-adolescentes, nunca tendo sido capaz também de ficar indiferente perante aqueles que sucumbiram no decurso do seu complicadíssimo e muitas vezes trágico percurso de vida, aos quais prestou cuidados assistenciais com reconhecida sabedoria e humanização. Assistiu, finalmente, ao mais do que merecido prémio de uma carreira dedicada ao doente e às nobres causas da Medicina. É que com o contributo decisivo da sua meritória acção, a transmissão vertical desta infeção tornou-se perfeitamente vestigial no nosso País, o que é algo que é muito importante ser realçado neste momento. Com ele partilhei a Direção da APECS precisamente durante um mandato nos conturbados tempos em que esta pandemia atingia o seu auge em Portugal, e assim pude apreciar melhor as suas qualidades pessoais de generosidade, inteligência, sentido de humor e de companheirismo que facilitou o surgimento de uma amizade e admiração mútuas que o tempo acentuou e que torna esta iniciativa em algo que é da mais elementar justiça levar a cabo.

Por todas estas razões, estou certo do êxito das Jornadas e dos apoios que iremos ser capazes de reunir para a sua concretização.

O Presidente

**José M. D. Poças**



## COMISSÃO DE HONRA



Diretora-Geral da Saúde  
 Secretária de Estado da Saúde  
 Presidente do Conselho Diretivo da ARS de Lisboa e Vale do Tejo  
 Presidente do Colégio da Especialidade de Doenças Infecciosas da Ordem dos Médicos  
 Diretor do Instituto de Higiene e Medicina Tropical da Universidade Nova de Lisboa  
 Presidente da Sociedade Portuguesa de Doenças Infecciosas e Microbiologia Clínica  
 Presidente da Direção da Sociedade Portuguesa de Virologia  
 Presidente da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna  
 Presidente da Sociedade Portuguesa de Medicina do Viajante  
 Presidente da Direção da Associação Portuguesa para o Estudo Clínico da SIDA  
 Bastonário da Ordem dos Médicos  
 Presidente do Conselho Distrital da Ordem dos Médicos de Setúbal  
 Diretor Clínico do Centro Hospitalar de Setúbal  
 Bastonária da Ordem dos Enfermeiros  
 Presidente da Câmara Municipal de Sesimbra  
 Diretora do Programa Nacional para a Infeção VIH/SIDA

## COMISSÃO ORGANIZADORA



Alda Beatriz	Francisco Vale	José Poças
Ana Paula Brito	Isabel Casella	Nuno Luís
Bianca Ascensão	Joana Sá	Telma Azevedo
Catarina Gonçalves	João Carvalho	

## COMISSÃO CIENTÍFICA E DE AVALIAÇÃO DE COMUNICAÇÕES LIVRES



### PRESIDENTE

José Neves

### VOGAIS

Isabel Raminhos

Jorge Seixas

Maria João Alves

Fausto Roxo

Estela Veiga

Ana Sofia Santos

Emília Valadas

Susana Marques

Rita Sousa

Isabel Pinto

António Dias

Sofia Núncio

## JÚRI DE SELEÇÃO DE COMUNICAÇÕES LIVRES



### PRESIDENTE

José Neves

### VOGAIS

Isabel Raminhos

Jorge Seixas

Maria João Alves



**Alda Beatriz** (Diretora de uma unidade de Cuidados Continuados) · **Alexandra Zagalo** (Infeciologia/CHLN) · **Amaral Canelas** (Urologia/CHS) · **Ana Isabel Mendes** (Endocrinologia/CHS) · **Ana Paula Brito** (Medicina Interna/CHS) · **Ana Rita Silva** (Infeciologia/HBA) · **Ana Sofia Santos** (CEVDI/INSA) · **António Dias** (Medicina Geral e Familiar/Coordenador da USF Santiago de Palmela, ACES Arrábida) · **António Gamito** (Psiquiatria/CHS) · **António Marinho** (Medicina Interna/CHP) · **António Pedro Campos** (Consulta de Hepatologia/CHLC/HDE) · **Bianca Ascensão** (Infeciologia/CHS) · **Cândida Fernandes** (Dermatovenerologia/CHLC) · **Catarina Gonçalves** (Infeciologia/CHS) · **Clara Bicho** (Ginecologia/Obstetria/IMM/FMUL) · **Conceição Neves** (Pediatria/CHLC) · **Conceição Rendeiro** (ex. CHS) · **Cristina Guerreiro** (Ginecologia/Obstetria/MAC) · **Emília Valadas** (Infeciologia/FML) · **Estela Veiga** (Pediatria/CHS) · **Fátima Campante** (Medicina Interna/Hepatologia/CHBM) · **Fausto Roxo** (Medicina Interna/HDS) · **Federico Pulido** (Espanha) · **Fernando Maltez** (Medicina Interna/Infeciologia/CHLC) · **Flora Candeias** (Pediatria/CHLC) · **Francisco Vale** (Infeciologia/CHS) · **Graça Freitas** (Saúde Pública/DGS) · **Heliodoro Sanguessuga** (Neurologia/ex. CHS) · **Isabel Casella** (Infeciologia/CHS) · **Isabel Franca** (Dermatovenerologia/CHS) · **Isabel Pinto** (Diretora Clínica do ACES) · **Isabel Raminhos** (Pediatria/CHS) · **Jacinta Azevedo** (Dermatovenerologia/ACSLC) · **Joana Sá** (Medicina Interna/CHS) · **João Carvalho** (Enfermagem/CHS) · **Jorge Atouguia** (Medicina Tropical/ex. IHMT) · **Jorge Seixas** (Medicina Tropical/IHMT) · **José Neves** (Infeciologia/HVFX) · **José Poças** (Medicina Interna/Infeciologia/CHS) · **José Vera** (Medicina Interna/CHBM) · **Kamal Mansinho** (Medicina Interna/Infeciologia/CHLO) · **Leon Bernardo** (Infeciologia/HPSJD) · **Lino Rosado** (Pediatria/ex. CHLC) · **Luís Sardinha** (Psiquiatria/CHLO) · **Luís Sobrinho** (Medicina Interna/Endocrinologia/ex. IPOFGL) · **Luís Tavares** (Infeciologia/CHBM) · **Marco Duarte** (Psiquiatria/CHS) · **Margarida Anes** (Dermatovenerologia/CHS) · **Maria João Aleixo** (Infeciologia/HGO) · **Maria João Alves** (CEVDI-INSA) · **Maria José Manata** (Infeciologia/CHLC) · **Mário Carqueijeiro** (Medicina Interna/Endocrinologia/ex. HSB) · **Nuno Luís** (Infeciologia/CHS) · **Nuno Marques** (Infeciologia/HGO) · **Paolo Casella** (Cirurgia Pediátrica/ex. CHLC) · **Patrícia Pacheco** (Infeciologia/HFF) · **Paula Proença** (Infeciologia/CHA) · **Paulo Rodrigues** (Medicina Interna/Infeciologia/HBA) · **Pinto de Almeida** (Ginecologia/Obstetria/CHS) · **Rita Sousa** (CEVDI/INSA) · **Rui Victorino** (Medicina Interna/Imunologia/CHLN) · **Sofia Correia** (Psicologia Clínica/CHS) · **Sofia Núncio** (CEVDI/INSA) · **Susana Marques** (Medicina Interna/CHS) · **Tato Marinho** (Gastrenterologia/Hepatologia/CHLN) · **Telma Azevedo** (Infeciologia/CHS) · **Teresa Baptista** (Infeciologia/CHLO) · **Teresa Branco** (Medicina Interna/HFF) · **Umbelina Caixas** (Medicina Interna, CHLC) · **Vanda Silva** (Enfermagem/CHS)



15.00h	Abertura do Secretariado
15.30 – 17.30h	<b>CURSO PRÉ-JORNADAS</b> <b>ATUALIZAÇÃO EM ANTIOTERAPIA NO AMBULATÓRIO</b>
15.30 – 15.35h	<b>Introdução</b> Catarina Gonçalves
15.35 – 16.05h	<b>Noções básicas para uma antibioterapia empírica correta</b> Moderadora: Telma Azevedo Apresentadora: Isabel Casella
16.05 – 16.35h	<b>Abordagem clínica das infeções por microrganismos multirresistentes</b> Moderador: Nuno Luís Apresentadora: Bianca Ascenção
16.35 – 17.20h	<b>Apresentação e discussão inter-pares de 3 casos clínicos colocados previamente pelos discentes</b> Moderadores: Ana Paula Brito e António Dias
17.20 – 17.30h	<b>Conclusões e <i>take home messages</i></b> Joana Sá, Isabel Pinto e Alda Beatriz
17.30 – 18.00h	Intervalo para café
18.00 – 18.30h	<b>CERIMÓNIA DE ABERTURA</b> Presidente Honorário das Jornadas Presidente das Jornadas Secretária de Estado da Saúde Diretora do Programa Nacional para a Infeção VIH/SIDA Bastonário da Ordem dos Médicos Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar de Setúbal Presidente da Câmara Municipal de Sesimbra
18.30 – 19.30h	<b>CONFERÊNCIA DE ABERTURA</b> <b>HISTÓRIA DA SEXUALIDADE</b> Presidente: Lino Rosado Moderador: Luís Sobrinho Comentador: Luís Sardinha Conferencista: Mário Carqueijeiro
19.30h	Encerramento do primeiro dia das Jornadas



08.00h	Abertura do Secretariado
09.00 – 10.00h	<b>APRESENTAÇÃO DE PÓSTERES</b> Moderadores: Fausto Roxo, Estela Veiga e Ana Sofia Santos
10.00 – 11.00h	CONFERÊNCIA <b>INVESTIGAÇÃO NACIONAL: MEDICINA DE PRECISÃO NA MULHER VIH</b> Presidente: José Vera Moderadora: Ana Isabel Mendes Comentadora: Cristina Guerreiro Conferencista: Umbelina Caixas
11.00 – 11.30h	Intervalo para café
11.30 – 13.00h	MESA-REDONDA <b>TRATAMENTO DO VIH EM POPULAÇÕES ESPECIAIS</b> Presidente: Luís Tavares Moderadora: Alexandra Zagalo Comentadora: Teresa Branco <b>No adolescente</b> Flora Candeias <b>Na mulher</b> Maria José Manata <b>Na grávida</b> Maria João Aleixo
13.00 – 15.00h	Almoço
15.00 – 16.00h	SIMPOSIUM SATÉLITE <b>Evolução da terapêutica antirretrovírica</b> José Poças <b>Estratégias terapêuticas com 2 fármacos</b> Nuno Luís <b>Dtg+3tc: Da investigação à prática clínica</b> Federico Pulido



16.00 – 17.30h	<p>MESA-REDONDA</p> <p><b>PARTICULARIDADES NA ABORDAGEM CLÍNICA DAS HEPATITES VÍRICAS EM POPULAÇÕES ESPECIAIS</b></p> <p>Presidente: Tato Marinho  Moderadora: Fátima Campante  Comentador: Nuno Marques</p> <p><b>No adolescente</b>  António Pedro Campos</p> <p><b>Na mulher</b>  Ana Rita Silva</p> <p><b>Na grávida</b>  Teresa Baptista</p>
17.30 – 18.00h	Intervalo para café
18.00 – 19.00h	<p>CONFERÊNCIA</p> <p><b>INOVAÇÕES NA ABORDAGEM CLÍNICA DA INFEÇÃO POR HPV</b></p> <p>Presidente: Fernando Maltez  Moderador: Pinto de Almeida  Comentadora: Margarida Anes  Conferencista: Clara Bicho</p>
19.30h	Encerramento do segundo dia das Jornadas

## SABÁDO · 16 DE FEVEREIRO



08.00h	Abertura do Secretariado
08.30 – 09.30h	<p><b>APRESENTAÇÃO DE COMUNICAÇÕES ORAIS</b></p> <p>Moderadoras: Emília Valadas, Susana Marques e Rita Sousa</p>
09.30 – 10.30h	<p>CONFERÊNCIA</p> <p><b>INFEÇÕES EM PORTADORES DE IMUNODEFICIÊNCIAS PRIMÁRIAS: AS PARTICULARIDADES NA TRANSIÇÃO PARA A IDADE ADULTA</b></p> <p>Presidente: Rui Victorino  Moderadora: Patrícia Pacheco  Comentador: António Marinho  Conferencista: Conceição Neves</p>



10.30 – 11.00h Intervalo para café

11.00 – 12.30h **MESA-REDONDA**  
**ISTs CLÁSSICAS: O QUE HÁ DE NOVO**  
**Presidente:** Kamal Mansinho  
**Moderador:** Amaral Canelas  
**Comentadora:** Isabel Franca  
**Sífilis**  
Paula Proença  
**Uretrites**  
Cândida Fernandes  
**Infeções por outros agentes microbianos**  
Jacinta Azevedo

12.30 – 14.30h Almoço

14.30 – 15.30h SIMPOSIUM SATÉLITE

abbvie

**Abertura**

José Poças

**Toxicod dependência e infeção por VHC na comunidade e estabelecimentos prisionais**

Telma Azevedo

- Caracterização do perfil do doente
- Rastreo e referenciação da infeção por VHC
- Estruturas de apoio e prestação de cuidados de saúde
- Estratégias de *outreach* para tratamento da infeção por VHC

**Perspetiva hospitalar do tratamento de doentes infetados pelo VHC e com toxicod dependência**

Nuno Luís

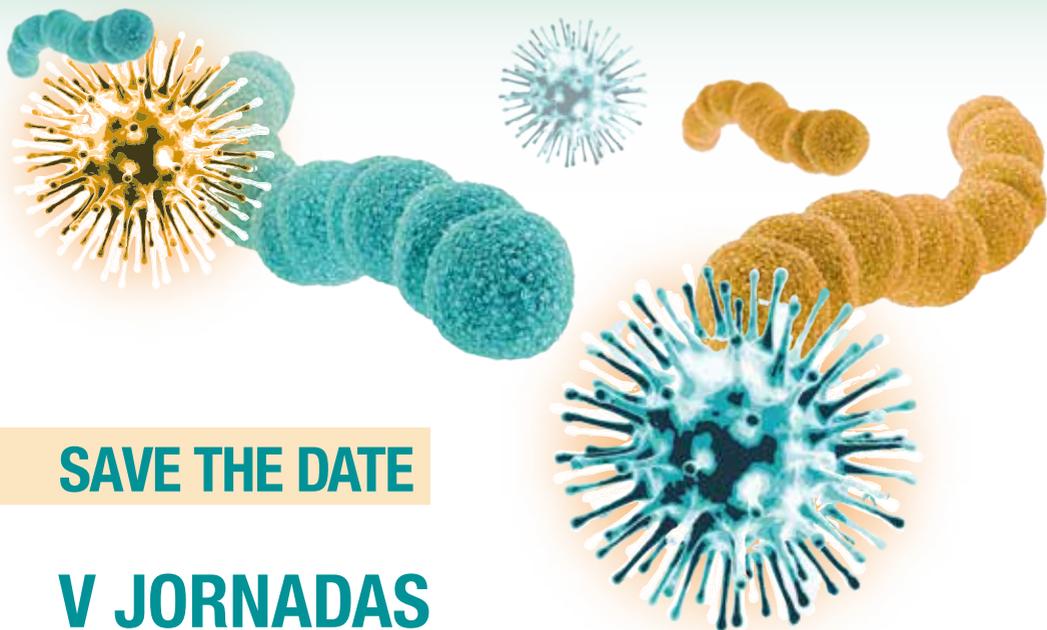
- Serviço hospitalar de infeciologia
- Organização de consulta para receber doentes infetados pelo VHC provenientes da comunidade e dos estabelecimentos prisionais
- Atualizações das guidelines para o tratamento de infeção por VHC
- Simplificação do diagnóstico e tratamento da infeção por VHC

**Q&A e encerramento**

José Poças

- 15.30 – 17.00h
- MESA-REDONDA**  
**ABORDAGEM MULTIDISCIPLINAR DO ADULTO JOVEM QUE TOMA CONHECIMENTO QUE CONTRAIU UMA DOENÇA INFECCIOSA CRÓNICA GRAVE E SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEL**  
Presidente: António Gamito  
Moderador: João Carvalho  
Comentador: Paulo Rodrigues
- A perspetiva do Enfermeiro**  
Vanda Silva
- A perspetiva do Psicólogo**  
Sofia Correia
- A perspetiva do Psiquiatra**  
Marco Duarte
- 17.00 – 17.30h
- Intervalo para café
- 17.30 – 18.30h
- CONFERÊNCIA DE ENCERRAMENTO**  
**A IMPORTÂNCIA DA VACINAÇÃO DEPOIS DE SE TER CUMPRIDO O CALENDÁRIO VACINAL OBRIGATÓRIO NA INFÂNCIA: INOVAÇÕES E CONTROVÉRSIAS**  
Presidente: Graça Freitas  
Moderador: Leon Bernardo  
Comentadora: Emília Valadas  
Conferencista: Jorge Atouguia
- 18.30 – 18.45h
- CERIMÓNIA DE HOMENAGEM AO COLEGA LINO ROSADO**  
José Poças, Heliodoro Sanguessuga, Conceição Rendeiro, Paulo Casella e Flora Candeias
- 18.45 – 19.00h
- CERIMÓNIA DE ENCERRAMENTO E ENTREGA DOS PRÉMIOS**  
Presidente do Conselho Distrital da Ordem dos Médicos de Setúbal  
Diretor Clínico do Centro Hospitalar de Setúbal  
Presidente das Jornadas  
Presidente Honorário das Jornadas  
Entrega dos prémios: Sofia Núncio





**SAVE THE DATE**

# V JORNADAS REGIONAIS TEMÁTICAS DE INFECIOLOGIA

**Doenças infecciosas no Idoso**

fevereiro · 2021

Presidente: **Dr. José Poças**

Presidente Honorário: **Dr. Leça da Veiga**

Imagem: Ad Médic



Curso Pré-Jornadas:  
**Vacinas**

ORGANIZAÇÃO

SECRETARIADO



**LACPEDI**

Liga de Apoio Comunitário Para  
o Estudo das Doenças Infecciosas

**admedic<sup>+</sup>**

ORGANIZAÇÃO E SECRETARIADO  
DE EVENTOS

Calçada de Arroios, 16 C. Sala 3, 1000-027 Lisboa

T: +351 21 842 97 10 | F: +351 21 842 97 19

E: [ana.pais@admedic.pt](mailto:ana.pais@admedic.pt) | W: [www.admedic.pt](http://www.admedic.pt)

# IV JORNADAS REGIONAIS MONOTEMÁTICAS DE INFECIOLOGIA

Doenças Infecciosas na **Adolescência**

## RESUMO DE COMUNICAÇÕES LIVRES



### CASOS CLÍNICOS

#### CC 01

##### **SOBREINFECÇÃO NOSOCOMIAL DE ESPONDILODISCITE A MSSA**

Susana Conceição, Inês Costa, Ana Sofia Furtado,  
Ana Teresa Costa, António Trigo, Marta Torre,  
Rita Prayce

*Centro Hospitalar Lisboa Central - Hospital de São José*

Homem de 53 anos diabético insulinotratado com mau controlo metabólico, tabagismo ativo e etanolismo crónico. Admitido no CHBM a 29/10 por quadro com 1 mês de evolução de lombalgia, febre e perda ponderal. Estudo imagiológico revelou espondilodiscite L5-S1 com múltiplas focalizações: abscesso pré-vertebral nasofaríngeo, psoas ilíaco esquerdo, parede anterior do hemitórax direito com envolvimento articular (esternoclavicular), peitoral esquerdo e axilar direito. Levado ao bloco para drenagem dos abscessos do psoas e axilar, sendo isolado MSSA em hemoculturas e no pús, pelo que iniciou flucloxacilina, doxiciclina e rifampicina. Colocada indicação cirúrgica pela Cirurgia Torácica, transferido para o CHLC e levado ao bloco a 6/11, onde se identificou também mediastinite, sendo submetido a drenagem dos abscessos peitoral e mediastínico. Transferido a 14/11 para Medicina 1.2, febril sob AB dirigida e com novo abscesso axilar direito (local de abordagem prévia) que se drenou, com isolamento de *Klebsiella pneumoniae* ESBL+, também isolado no abscesso do psoas esquerdo. Assumida

sobreinfecção nosocomial, e fez switch para ertapnem. RMN da coluna revelou manutenção de espondilodiscite L5-S1 e do abscesso pré-vertebral com extensão a C1 e C2 com sinais de osteomielite. Sem indicação cirúrgica, sob fentanil TD para controlo algico, colar cervical para estabilização da coluna, sob ertapnem dirigido em dose máxima e a aguardar terapêutica hiperbárica.

Em doentes imunocomprometidos (diabetes mellitus com mau controlo e alcoolismo crónico) a ocorrência de bacteriémia pode ser dramática, nomeadamente pelo potencial de focalizações de difícil abordagem cirúrgica e/ou baixa penetrância do antibiótico.

#### CC 02

##### **ADOLESCENTE COM MASSA ANEXIAL SUSPEITA E SUBIDA DE MARCADORES TUMORAIS – QUANDO NEM TUDO O QUE PARECE É**

Marta Espanhol Brito<sup>1</sup>, Alexandra Coelho<sup>1</sup>, Guida Gomes<sup>2</sup>, Filomena Sousa<sup>3</sup>, Fátima Palma<sup>3</sup>

*<sup>1</sup>Internato Ginecologia e Obstetria, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central, Maternidade Dr. Alfredo da Costa, <sup>2</sup>Assistente Ginecologia e Obstetria, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central, Maternidade Dr. Alfredo da Costa, <sup>3</sup>Assistente Graduada Ginecologia e Obstetria, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central, Maternidade Dr. Alfredo da Costa*

**Introdução:** A tuberculose genital é rara nos países desenvolvidos, mas uma causa frequente de doença inflamatória pélvica crónica



e infertilidade nos países em desenvolvimento. A apresentação clínica de uma tuberculose pélvica e/ou peritoneal pode sobrepor-se à de outras patologias como a doença maligna anexial. A presença de massa anexial, ascite, aumento do CA-125 e sintomas constitucionais como perda de peso e astenia são algumas das manifestações comuns a estas duas patologias.

**Objetivo:** Apresentação de um caso clínico de uma adolescente com diagnóstico de tuberculose genital e peritoneal, feito no decorrer de uma suspeita de patologia maligna anexial.

**Caso clínico:** Adolescente do sexo feminino com 15 anos, natural de Luanda, saudável, sem antecedentes pessoais ou familiares de relevo. Virgem, menarca aos 10 anos e com ciclos menstruais regulares. A residir em Portugal desde há mês com a mãe e dois irmãos, todos saudáveis e assintomáticos. Apresentava cicatriz vacinal de BCG. Sem história recente de viagens para zonas rurais e história de contactos com tosse, febre ou internamentos recentes.

Quadro de astenia e sonolência acompanhado de anorexia e perda de peso com 3 meses de evolução; iniciou posteriormente quadro de febre, temperatura máxima 38,5°C sem padrão diário característico, quadro de distensão abdominal e dor pélvica contínua tipo moimha. Negava hemorragia uterina anómala ou outra sintomatologia acompanhante, nomeadamente respiratória. Foi realizada ecografia ginecológica por via supra-púbica, onde se identificou massa anexial direita multiloculada, sólida, vascularizada com cerca de 13 cm de maior eixo. Realizou também ressonância magnética abdominopélvica sugestiva de tumor borderline do ovário direito. Analiticamente destacava-se CA 125 de 576 U/L, anemia microcítica hipocrómica (Hb 6,5 g/dL) e rastreio de ISTs negativo. Por suspeita de patologia maligna foi referenciada a unidade

de Ginecologia Oncológica especializada e submetida a laparotomia exploradora com tentativa de anexectomia direita sem sucesso, por infiltração peritoneal e múltiplas aderências entre os órgãos reprodutores internos, peritoneu e ansas intestinais. Foram realizadas biópsia e citologia aspirativa da massa, cujos resultados evidenciaram presença de granulomas sem células neoplásicas. Foi posteriormente transferida para unidade de Infeciologia Pediátrica. No decurso da investigação apresentava radiografia torácica sem alterações; foi feita colheita de líquido ascítico e punção aspirativa de massa anexial, ambos com exame direto de micobactérias negativo e teste de amplificação ácidos nucleicos e exame cultural positivos para *Mycobacterium tuberculosis*, sem resistências documentadas aos fármacos tuberculostáticos. Iniciou tratamento antibacilar e cumpriu 21 dias de prednisolona. Posteriormente, foi encaminhada para consulta de Ginecologia Infantil da nossa instituição para vigilância de massa anexial, onde se tem mantido sob atitude expectante. Com a introdução do tratamento anti bacilar houve diminuição progressiva das dimensões da massa anexial e normalização dos níveis de CA 125. Cinco meses após ter terminado o tratamento apresentava-se assintomática, com menstruações regulares e CA 125 normal. Ecograficamente visualizava-se à direita ovário normodimensionado e aderente a este formação unilocular quística com 48x38x33mm com conteúdo não puro compatível com piossalpinge residual e aderente ao ovário esquerdo formação unilocular quística de conteúdo puro com 60x40x42 mm compatível com hidrossalpinge.

**Conclusões:** O diagnóstico de tuberculose genital é difícil, pela sua raridade e por estar associado a queixas inespecíficas comuns a outras patologias, podendo mimetizar uma patologia maligna. Este diagnóstico implica

um elevado nível de suspeição clínica, de forma a que o tratamento seja iniciado o mais precocemente possível diminuindo a probabilidade de ocorrência de sequelas ginecológicas crónicas como a infertilidade e a dor pélvica crónica.

### CC 03

#### UMA APRESENTAÇÃO ATÍPICA DA DOENÇA DA ARRANHADURA DO GATO

Tomás Robalo Nunes, Helena Pires, Susana Boavida, Nuno Silva Marques

*Serviço de Doenças Infecciosas, Hospital Garcia de Orta, EPE*

A doença da arranhadura do gato é uma zoonose causada, na maioria dos casos, pela bactéria *Bartonella henselae*. Como o próprio nome indica, os gatos são o principal reservatório deste microrganismo. Geralmente a doença ocorre em adolescentes ou adultos jovens, sendo habitualmente uma doença benigna.

Apresenta-se o caso clínico de um indivíduo, do sexo masculino, de 18 anos, sem antecedentes médicos relevantes. Iniciou quadro em julho de 2018 de cefaleia holocraniana, febre, astenia, sudorese nocturna associada a tumefacção dolorosa na região inguinal direita com sinais inflamatórios. Recorreu ao seu médico de família, sendo medicado sintomaticamente. Duas semanas depois, mantinha cefaleia persistente e apresentou episódio de crise convulsiva generalizada. Realizou TC e RM crânio-encefálica que não revelaram alterações. As serologias para vários agentes, como *Coxiella burnetii*, *Leptospira*, *Borrelia*, VIH, *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae*, entre outros, revelaram-se negativas. Realizou punção lombar, com líquido cefalorraquidiano sem alterações citoquímicas relevantes e com estudo por biologia molecular por RT-PCR negativo para enterovírus e vírus herpes. Realizou TC toraco-abdómino-pélvica, destacando-se apenas uma adenopatia volumosa (cerca de 3 cm), de aspeto ne-

crótico, na região inguinal direita, a qual foi biopsada. O doente apresentou boa evolução clínica no internamento, mantendo-se assintomático. Após a alta, a pesquisa por RT-PCR na biópsia ganglionar revelou-se positiva para *Bartonella henselae*. As serologias para este agente também se revelaram positivas. Assumiu-se o diagnóstico de encefalopatia secundária à doença da arranhadura do gato, tendo doente cumprido terapêutica com rifampicina e doxiciclina. Esta é uma manifestação pouco comum desta doença apresentando, habitualmente, bom prognóstico.

## COMUNICAÇÕES ORAIS

### CO 01

#### ESPONDILODISCITE A *STREPTOCOCCUS DYS GALACTAE*

Susana Conceição, Inês da Costa, Ana Teresa Costa, Liliana Dias

*Centro Hospitalar Lisboa Central - Hospital de São José*

Homem de 61 anos hipertenso e alcoólico, com quadro com 3 meses evolução de lombalgia com múltiplas recorrências a serviços de urgência e centro de saúde neste contexto. Recorreu ao SU do HSJ a 27/11 por agravamento do quadro algico e perda ponderal (7 kg), sem outra sintomatologia. Á admissão febril, com franco aumento dos parâmetros inflamatórios (L:24950; N:91.9%; PCR: 600.2 mg/L), ecografia abdominal apenas com hepatomegália homogénea de 16 cm, e TAC lombar a revelar fractura instável de L5, associada a processo infeccioso/neoplásico. Colheu exames culturais, e dada estabilidade clínica ficou internado em janela antibiótica. No internamento, febril, com difícil controlo algico, sem défices neurológicos objectiváveis. Ao D2 internamento realizou biópsia massa paravertebral dirigida por TAC, e iniciou ceftriaxone empirico, dado resultado parcial em



hemoculturas de *Streptococcus dysgalactae*. Após confirmação do resultado em 4 hemoculturas e no pús da biopsia paravertebral descalou-se terapêutica para Penicilina G (segundo TSA). No internamento, apirético ao D8 antibio-terapia, sob mobilização em bloco/levante com lombostato, realizou eco TT que excluiu endocardite. Ao D36 internamento, com diminuição da força muscular do MIE, realizou RMN coluna que revelou “maior afundamento L5; empiema epidural L4-S1; espondilite L4, L5 e S1; artrite séptica L4-L5; abscessos epidurais que se estendem ao espaço paravertebral (envolvendo psoas-íliaco bilateralmente)”. Discutido caso, tendo sido submetido (em 42º dia de antibiótico dirigido) a fixação posterior de L4-S1, que decorreu sem intercorrências.

Este caso traduz a dificuldade na resolução de colecções abcedadas, mesmo com agente conhecido, podendo as suas complicações culminar num desfecho trágico.

## CO 02

### **OUTCOMES OBSTÉTRICOS E NEONATAIS EM MULHERES GRÁVIDAS COM INFECÇÃO VIH SEGUIDAS NO HOSPITAL BEATRIZ ÂNGELO**

Ana Rita Silva, Joana Dias, Sofia Lima, Raquel Tavares, Salomão Fernandes, Rita Sérvio, Elsa Dias, Carlos Veríssimo, Paulo Oom, Paulo Rodrigues  
*Hospital Beatriz Ângelo*

**Introdução e objetivos:** A viabilidade da maternidade é um dos ganhos da terapêutica antiretroviral. Os autores analisaram *outcomes* obstétricos e neonatais em mulheres infectadas por VIH e seus filhos.

**Métodos:** Análise descritiva dos dados de mulheres VIH e seus filhos, nascidos no HBA entre 2012 e 2018.

**Resultados:** Ocorreram 11138 nascimentos, 74 em mulheres VIH. Eram imigrantes 55 (50 de origem africana), morando em Portugal há 6 anos (mediana) e 44 com ensino secundário/superior.

A maioria estava infectada por VIH1 (n=68), adquirida por contacto heterossexual (n=66), diagnosticada antes da gravidez (n=43). Apenas 18 estavam sob TARV antes de engravidarem, 20 fizeram um esquema de 4 fármacos e 3 não iniciaram terapêutica (1 recusa, 2 diagnósticos no parto). No terceiro trimestre a mediana de CD4 foi 447/mm<sup>3</sup>. O RNA VIH era indetectável em 40 mulheres e <1000cop/ml em 24. Das mães com RNA VIH >1000cop/ml (n=9), 7 tiveram ruptura de membranas durante o parto, sendo todas submetidas a cesariana. Em 41 foi administrado AZT durante o parto. Nasceram 74 crianças, 56 seronegativas, 12 aguardam a última pesquisa de DNA proviral, 5 regressaram ao país de origem e 1 faleceu. Todos fizeram AZT 4 semanas, nenhum foi amamentado.

**Conclusões:** Sublinhamos o elevado número de diagnósticos durante a gravidez (41%), numa população de mulheres maioritariamente imigrantes, embora vivendo em Portugal há muito tempo e com boa alfabetização. A implementação das medidas de redução de risco impediu a transmissão vertical em todos os casos (em que foi possível realizar DNA proviral >4meses após parto).

## CO 03

### **IMPORTÂNCIA DA ANTIBIOTERAPIA ADEQUADA INICIAL EM INFECÇÕES POR MICROORGANISMOS PRODUTORES DE ESBL**

Casella, M.I.; Vale, F.; Brogueira, P.; Azevedo, T.; Luís, N.; Pinto Junior, V.L.; Sá, J.; Poças, J.  
*Serviço de Doenças Infecciosas, Hospital de São Bernardo – Centro Hospitalar de Setúbal, EPE*

**Introdução:** Os microorganismos (MO) multi-resistentes, nomeadamente as estirpes produtoras de  $\beta$ -lactamases de espectro alargado (ESBL), representam um problema de saúde pública global. A presença de um determinante ESBL reduz significativamente o número de antimicrobianos aos quais o organismo é suscetível.

O início tardio ou a escolha inadequada da antibioterapia, têm um impacto negativo no outcome do doente. Neste estudo pretendemos avaliar um ano de infeções de infeções por MO produtores de ESBL, a antibioterapia iniciada e avaliar o outcome dos doentes.

**Material e métodos:** Foram avaliados os casos de infeções por MO produtores de ESBL em adultos no ano de 2018, e estudados dados demográficos, local de colheita, amostra colhida, agente identificado e seu teste de sensibilidade aos antimicrobianos (TSA), terapêutica escolhida e *outcome*.

**Resultados:** Foram identificados 250 casos de infeções por MO produtores de ESBL. 75% dos agentes foram isolados em uroculturas, em 6% dos casos com bacteriemia associada. Em 4% das hemoculturas com agente isolado, não foi identificado foco primário.

63% das amostras foram colhidas durante o internamento, permitindo aguardar o seu resultado, mas 20% foram colhidas na Urgência. Em 38% dos casos já havia sido identificado previamente um MO produtor de ESBL, e em 4 doentes, foram identificados MO produtores de ESBL 3 vezes em 2018.

Constatou-se que em 7% dos casos foram utilizadas cefalosporinas. Em 25% foi utilizado um carbapenemo como primeira escolha terapêutica, e em 15% Piperacilina/Tazobactam, embora em 5 casos houvesse resistência a este fármaco. Destes, 3 doentes faleceram e um foi re-internado.

34% dos doentes foram re-internados ou faleceram (18%). Destes, em 20 casos (28%) havia sido utilizado um antibiótico inadequado.

**Conclusão:** Em grande parte dos casos a antibioterapia iniciada não é a adequada, resultando num outcome pior para o doente e em múltiplas infeções pelos mesmos organismos. Estes resultados ressaltam a necessidade de uma abordagem sistemática na abordagem a doentes com infeções por MO produtores de

ESBL. Tal abordagem deve ser baseada num conhecimento atualizado da epidemiologia local das doenças infecciosas, análise detalhada da história do paciente com ênfase no contato recente com o sistema de saúde.

## CO 04

### COLHEITA DE PRODUTOS PARA EXAME CULTURAL PREVIAMENTE À INSTITUIÇÃO DE ANTIBIOTERAPIA – *SNAPSHOT STUDY*

Francisco Vale, Isabel Casella, Pedro Brogueira, Telma Azevedo, Nuno Luís, Catarina Gonçalves, Vitor Laerte, Joana Sá, José Poças  
*Centro Hospitalar de Setúbal*

**Introdução:** A colheita de produtos para exames culturais é de extrema importância para identificação do agente responsável pela infeção, tendo um enorme impacto no diagnóstico, terapêutica e prognóstico do doente. Por outro lado, a utilização inapropriada dos antibióticos resulta num aumento do tempo de hospitalização, aumento dos custos e podendo ter consequências negativas no prognóstico do doente.

**Objetivo:** O objetivo do estudo foi avaliar a taxa de realização de colheitas de produtos para exames culturais prévia à instituição de antibioterapia em doentes internados.

**Materiais e métodos:** Foi selecionado o dia 2 de janeiro de 2019 para avaliar os doentes com mais de 18 anos que se encontravam internados em enfermarias médicas e cirúrgicas do hospital, excluindo o serviço de Urgência, o serviço de Obstetria e Ginecologia e o serviço de Cardiologia. Foram avaliadas as seguintes variáveis: características demográficas, Serviço alocado, diagnóstico principal, se tinha sido administrada antibioterapia prévia, qual o antibiótico e/ou esquema antibiótico, se foram realizadas colheitas de produtos prévia e se tinha sido ajustado o antibiótico ou se alterado para via oral.

**Resultados:** Dos 236 doentes internados, 41.5% (n=98) encontravam-se sob antibio-

terapia. Destes, 52% (n=51) eram do sexo masculino, com uma média de idades de 73.5 anos. Proporcionalmente, os Serviços onde os doentes se encontravam sob antibioterapia eram: Gastroenterologia (87.5%), UCI (75%), Nefrologia (62.5%), Oncologia (55.5%), Infeciologia (54.5%) e Medicina (48.9%). Os diagnósticos mais frequentemente encontrados foram PAC em 18.3% (n=18) dos doentes, PACS em 13.2% (n=13) e pielonefrite em 11.2% (n=11).

Em 53% (n=52) foram realizadas colheitas de produtos antes da instituição de antibioterapia. Em 61.5% (n=32) destes doentes foram realizadas hemoculturas e em 55.7% (n=29) urocultura. Dos 23.4% (n=23) dos doentes em que foi escalada antibioterapia, em 69.5% (n=16) destes, foram realizadas colheitas de produtos antes da escalação. O antibiótico piperacilina/tazobactam foi prescrito em 25.5% (n=25) dos doentes, seguido da amoxicilina/clavulanato em 16.3% (n=16) e ceftriaxone em 10.2% (n=10). A antibioterapia foi considerada dirigida em 15.3% (n=15) dos doentes e naqueles passíveis de de-escalação, esta foi identificada em apenas 1 doente. Na antibioterapia passível de switch para regime oral, esta foi identificada em 12.8% (n=5) dos doentes.

**Conclusão:** Os resultados deste trabalho enfatizam a baixa taxa de realização de colheita de produtos bacteriológicos antes da instituição de antibioterapia. Apesar das limitações na metodologia do estudo, estes resultados poderão auxiliar na identificação de problemas relacionados com ausência de colheita de produtos e ajudar no planeamento de intervenções futuras por parte da comissão de controlo de infeção e do programa de apoio à prescrição antimicrobiana. Por outro lado, seria importante, também, avaliar o outcome dos doentes que realizaram colheitas de produtos comparativamente com aqueles que não o fizeram.

## CO 05

### BORRELIOSE DE LYME: DESCRIÇÃO CLÍNICA E LABORATORIAL EM DOENTES PORTUGUESES

Isabel Lopes de Carvalho, Teresa Luz, Maria Salomé Gomes, Paulo Parreira, Maria Sofia Núnico  
*Centro de Estudos de Vetores e Doenças Infecciosas, Departamento de Doenças Infecciosas Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge*

**Introdução:** *Borrelia burgdorferi sensu lato* (s.l.) é o agente etiológico da borreliose de Lyme (BL), uma das doenças transmitidas por carraças com maior impacto em Portugal. No Homem, *B. lusitaniae* está inequivocamente associada a causar doença no Homem, com dois casos clínicos reportados.

**Objetivos:** Descrever os casos clínicos de BL confirmados laboratorialmente no CEVDI/INSA, utilizando uma abordagem integrada de análise de resultados laboratoriais, manifestações clínicas e dados epidemiológicos.

**Material e métodos:** O estudo incluiu 31 doentes portugueses com resultados laboratoriais e diagnóstico clínico de borreliose de Lyme confirmado entre 2008 e 2018.

**Resultados:** Cinquenta e cinco por cento dos doentes apresentavam lesões dermatológicas, trinta e seis por cento apresentavam sintomas musculoesqueléticos (artrite) ou neurológicos e nove por cento apresentavam sinais cardíacos. Em três amostras foi detetado DNA de *Borrelia* e após a sequenciação dos fragmentos foram identificadas *B. afzelii*, *B. lusitaniae* e *B. valaisiana*.

**Discussão e conclusões:** Em países onde mais de uma genoespécie de *Borrelia* circula e causa doença, como no caso de Portugal, a recolha de dados laboratoriais e apresentações clínicas de casos humanos é essencial para a realização de estudos epidemiológicos. Do total de amostras analisadas, oito dos casos identificados encontram-se no gupo etário entre os 5-18 anos de idade, justificando-se dada a maior actividade

de física e proximidade com animais de companhia e/ou ambientes propícios à exposição a artrópodes vectores como as carraças.

Sublinha-se ainda a importância de notificar esta doença, tanto ao nível laboratorial como clínico, reforçando assim a sua importância na saúde pública.

## CO 06

### **PROGRAMA DE APOIO À PRESCRIÇÃO ANTIBIÓTICA – A EXPERIÊNCIA DO CENTRO HOSPITALAR DE SETÚBAL**

Felisbela Barroso, Verónica Florência, Nuno Luis Grupo Coordenador Local de Controlo de Infeção e Prevenção de Resistências aos Antimicrobianos (GCLCIPRA)

*Centro Hospitalar de Setúbal*

**Introdução:** Em Portugal, a taxa de resistência antimicrobiana permanece elevada em comparação com outros países europeus, sendo fundamental a adoção de estratégias de combate a este flagelo.<sup>1</sup> O CHS aumentou em 11% o consumo de carbapenemes entre os anos 2016 e 2017, quando seria esperado uma redução de 10%/ano pelo Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos.<sup>2</sup>

**Objetivos:** Apresentar a metodologia utilizada para introdução do PAPA no CHS; Revisão preliminar dos resultados obtidos desde o início do programa.

**Material/Métodos:** Acesso ao processo clínico dos doentes e recolha de dados demográficos, epidemiológicos e clínicos.

**Resultados:** O PAPA iniciou-se formalmente a 22/10/2018, incluindo 6 serviços-piloto com a monitorização dos carbapenemes, tendo-se alargado a toda a organização em 07/01/2019. Adotou-se um modelo de *prospect audit and feedback* para a validação das prescrições, que passa pelo acesso ao processo clínico, no qual se acede à justificação, pedidos/resultados microbiológicos, tempo de tratamento e interações.

De 22/10/2018 a 10/01/2019 foram analisadas 56 prescrições, das quais 7 não se conformavam com as orientações propostas, resultando em 3 descalações, 1 suspensão e 1 alteração através da intervenção da equipa. Em 23 casos a validação da prescrição às 72h não foi possível por indisponibilidade de resultados microbiológicos.

**Discussão/Conclusões:** É notória uma maior preocupação e adequação aquando a prescrição de antibióticos de uso restrito após o início do PAPA. A ausência de resultados microbiológicos é uma barreira à descalação precoce.

1. O'Neill, J. (2014). Antimicrobial Resistance: Racking a crisis for the health and wealth of nations. Review on Antimicrobial Resistance.
2. Despacho n.º 3844-A/2016 – Diário da República, 2.ª série – N.º 52 – 15 de março de 2016.

## PÓSTERES

### P 01

#### **VARICELA EM ADOLESCENTES: ANÁLISE RETROSPECTIVA DE CASOS DIAGNOSTICADOS NOS CENTROS DE SAÚDE (CS) DA UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE MATOSINHOS (ULSM)**

Ana Lia Gonçalves, André Santos Silva, Raquel Braga  
*Unidade Local de Saúde de Matosinhos - Hospital Pedro Hispano Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa  
Unidade Local de Saúde de Matosinhos - USF Lagoa*

**Introdução:** A varicela é uma doença infecciosa típica da idade pediátrica, estando descrito maior risco de complicações e doença grave em adolescentes.

**Objetivos:** Descrever os casos de varicela diagnosticada em adolescentes nos últimos 5 anos nos CS da ULSM, e comparar com grupo de crianças diagnosticadas no mesmo período.

**Material e métodos:** Análise retrospectiva dos processos clínicos eletrónicos dos CS da ULSM de crianças (idade [2; 10]) e adolescentes (ida-



de [10; 18] com diagnóstico de varicela entre 01.01.2014 e 31.12.2018. Comparação de variáveis clínico-epidemiológicas (teste exato de Fisher) do total de casos em adolescentes com amostra aleatória de 250 crianças.

**Resultados:** Foram diagnosticados 110 adolescentes com varicela: 56 (50,1%) do sexo feminino; idade mediana de 12 anos. O contexto epidemiológico foi identificado em 24 casos (22%) sendo o familiar em 87,5%. Oito doentes (7,3%) apresentaram complicações, sendo a mais frequente a infecção de pele e tecidos moles (4 casos). Trinta e três doentes (30%) realizaram aciclovir. A identificação do contexto epidemiológico foi significativamente menos frequente nos adolescentes que nas crianças ( $p < 0.0097$ ), sendo mais frequente, nos adolescentes, o contexto familiar, e, nas crianças, o escolar ( $p < 0.00001$ ). Não foram identificadas diferenças estatisticamente significativas na frequência de complicações ( $p = 0.6333$ ) nem na utilização de aciclovir ( $p = 0.058$ ).

**Discussão/Conclusão:** Nesta análise retrospectiva de processos clínicos, a varicela nos adolescentes teve, maioritariamente, contexto epidemiológico desconhecido. Quando identificado, foi sobretudo familiar. Contrariamente ao descrito na literatura, a taxa de complicações e de utilização de aciclovir foi semelhante entre crianças e adolescentes, embora a interpretação dos resultados deva ser feita cautelosamente, atendendo às limitações do estudo.

## P 02

### **INFECÇÃO VIH EM IDADE PEDIÁTRICA. A PROPÓSITO DE DOIS NOVOS CASOS CLÍNICOS**

Tânia Gonçalves, Tiago Malheiro Silva, Conceição Neves, Flora Candeias  
*Hospital de Dona Estefânia*

**Introdução:** Em Portugal, os novos casos de infecção VIH em idade pediátrica são sobretudo importados de países em vias de desenvolvimento, onde a doença permanece um

problema, sendo necessário manter investimento incentivado no rastreio e principalmente a todas as gestantes.

**Casos clínicos:** Criança de 2 anos, do sexo feminino natural da Guiné e adolescente de 12 anos do sexo masculino natural de Angola, que adquiriram a infeção VIH por via vertical. As manifestações clínicas que levaram à suspeita do diagnóstico foram na criança de 2 anos febre, impetigo bolhoso, molusco contagioso e parotidites recorrentes e no adolescente emagrecimento, diarreia recorrente e infeções respiratórias de repetição. Em ambos se confirmou infeção pelo VIH-1. No adolescente foi diagnosticada tuberculose miliar e na criança nefropatia VIH, sendo a contagem CD3+/CD4+ no adolescente 305,33 cells/ul, e na criança 995 cells/ul, permitindo classificá-los respetivamente nos estadios C2 (SIDA) e no estadio B2. Foi iniciado tratamento antirretroviral e mantêm-se em seguimento na Consulta de Imunodeficiências.

**Conclusão:** Estes casos alertam para a importância da suspeição do diagnóstico desta infeção já que as manifestações clínicas podem ser muito variadas. Deve ser incentivado o rastreio sistemático das populações oriundas de países onde a infeção ainda é endémica, tendo como objetivo um diagnóstico precoce para um correto acompanhamento e tratamento dos doentes.

## P 03

### **UMA CAUSA INCOMUM DE FEBRE**

Salomão Fernandes, Raquel Tavares, Ana Rita Silva, Paulo Rodrigues  
*Hospital Beatriz Ângelo*

**Mulher, 49 anos, autónoma, natural de Angola (a residir em Portugal há 9 anos).**

**Antecedentes pessoais:** infeção por VIH1 - transmissão heterossexual, diagnosticada em 2003, seguida noutro Hospital, medicada com abacavir/lamivudina e nevirapina. Sem outra terapêutica habitual.

Recorreu ao serviço de Urgência por febre (40°C) com 5 dias de evolução, cefaleias holocranianas e dor constante no hipocôndrio direito que não cedia a ibuprofeno 600mg 12/12h.

No exame objetivo salientava-se exantema maculo-papular, pruriginoso, envolvendo predominantemente o tronco e raiz dos membros. Analiticamente: 11730 leucócitos/uL (560 eosinófilos/uL), PCR 25.07 mg/dL e elevação dos marcadores de citocolestase. ECG, Rx Tórax e Ecografia abdominal sem alterações.

Ao 2º dia internamento apresentou, de novo, rigidez da nuca. Realizou punção lombar (proteínas 170 mg/dL) e ressonância magnética, sem outras alterações de relevo. Hemoculturas, urocultura, bacteriológico do LCR negativos. Carga viral VIH indetetável.

Após insistência a utente recordou-se, já no internamento, que tinha alterado a terapêutica de Raltegravir para Nevirapina cerca de 3 semanas antes. Iniciou corticoterapia e suspendeu nevirapina com melhoria clínica.

Dada a ausência de outros achados e perante alterações cutâneas sugestivas, fez-se o diagnóstico de síndrome de DRESS a Nevirapiana com envolvimento cerebral e hepático. Score RegiSCAR 5 pontos, traduzindo DRESS provável. O caso apresentado destaca o papel fundamental da persistência e repetição na colheita da história clínica durante a marcha diagnóstica, bem como a necessidade de integração de conhecimentos.

Leva-nos ainda a refletir sobre outros fármacos utilizados nas diversas faixas etárias, tais como antibióticos beta-lactâmicos ou anti-epiléticos, que podem levar desencadear o mesmo síndrome, muitas vezes esquecido pelo clínicos.

## P 04

### CONSULTA PREP EM JOVENS E ADOLESCENTES. SIM OU NÃO?

Tiago Milheiro Silva, Maria Conceição Neves, Flora Candéias  
*Hospital de Dona Estefânia*

**Introdução:** A infeção VIH na idade pediátrica é habitualmente associada á transmissão mãe-filho. A transmissão por outras vias, nomeadamente por via sexual é frequentemente negligenciada. A profilaxia pré exposição (PrEP) é um método eficaz na prevenção da transmissão VIH por via sexual mas actualmente está apenas disponível para indivíduos com mais de 18 anos de idade.

**Descrição de caso:** Adolescente de 17 anos, identificado como homem que tem sexo com homens (HSH), com início da actividade sexual aos 14 anos de idade, sem utilização de métodos de barreira e com múltiplos parceiros (não se incluindo como trabalhador de sexo). Em março de 2018, foi diagnosticado herpes genital e medicado com valaciclovir em consulta de dermatovenereologia. O rastreio de outras infeções sexualmente transmissíveis, incluindo serologia VIH foi negativo. Em maio de 2018, por comportamentos sexuais de risco, solicitou consulta de Infecçologia/PrEP sendo encaminhado pelo seu grupo etário para o Hospital Dona Estefânia onde se confirmaram critérios para iniciar PrEP. Nesta altura o rastreio para VIH revelou serologia positiva para VIH1, com CD4+ 395cél/uL e carga viral (CV) 6710cópias/mL. Iniciou abacavir/lamivudina/dolutegravir e após 1 mês apresentava CD4+ 414cél/uL e CV <50cópias/mL. Este doente tinha infeção pelo VIH, mas se fosse seronegativo não poderia beneficiar da PrEP que actualmente não é autorizada para jovens com menos de 18 anos de idade.

**Comentários:** Para além da abstinência sexual, as medidas de prevenção da infeção VIH por via sexual incluem apenas o uso do



preservativo. Em Portugal, estima-se que a idade média de início da vida sexual é aos 15 anos. A população adolescente é assim um grupo prioritário de intervenção, pelo que se torna necessário o desenvolvimento de estratégias que abranjam este grupo etário. APReP é seguramente uma destas modalidades, de forma a permitir aos jovens uma vivência responsável e gratificante da sua sexualidade.

## P 05

### **APRESENTAÇÃO EXUBERANTE DE SARCOMA DE KAPOSI COMO MANIFESTAÇÃO INAUGURAL DE INFECÇÃO VIH/SIDA**

Simões P., Marto D., Lino S., Ribeiro J., Martins T., Manata M.J., Maltez F.  
*Hospital de Curry Cabral - Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central*

A apresentação tardia e com manifestações de síndrome de imunodeficiência adquirida (sida) dos doentes com infecção por vírus da imunodeficiência humana (VIH) mantem-se uma realidade, nomeadamente em países de baixo rendimento, apesar das recomendações para diagnóstico precoce e disponibilidade imediata de terapêutica anti retrovírica (TARV) de alta eficácia.

Apresentamos o caso clínico de mulher de trinta e quatro anos, natural e residente na Guiné-Bissau, evacuada para o Instituto Português de Oncologia de Lisboa, por suspeita de neoplasia da pirâmide nasal com oito meses de evolução e aparente disseminação para o restante tegumento. Na observação por otorinolaringologia é descrita lesão multilobulada, de cor violácea, com invasão da pele, medindo oito centímetros, associada a lesão do lábio superior e outras lesões dispersas pelo tronco, nodulares, violáceas, algumas delas sésseis. Apresentava ainda quadro clínico de tosse hemoptóica, amenorreia, astenia e perda ponderal não quantificada. Sem antecedentes pessoais e familiares relevantes.

Na avaliação inicial é diagnosticada infecção por VIH-1, previamente desconhecida, ficando internada, para estudo das lesões e estadiamento da infecção, após biópsia de uma das lesões do dorso.

Em internamento apura-se viremia de 1910000 cópias/mL e 184 (9%) linfócitos TCD4+/ $\mu$ L, anemia, leucopenia e IgG reactiva do vírus herpes humano 8 (VHH-8). No estudo imagiológico, salienta-se tomografia computadorizada (TC) da face documentando nodularidade e espessamento da mucosa dos seios perinasais, TC torácica com múltiplos nódulos envolvendo ambos os campos pulmonares, de distribuição peri-bronco-vascular, ressonância magnética (RM) da face, com preenchimento parcial do corno frontal do ventrículo lateral esquerdo por formação ovar com cerca de 18mm, intra-axial, de etiologia inespecífica e RM cranioencefálica (CE) sem outras alterações.

Apesar do aspecto exuberante e pouco típico da lesão nasal, admitindo-se o diagnóstico de com sarcoma de Kaposi (SK), realizou broncofibroscopia, que mostrou lesões mucosas compatíveis com SK, também confirmado na biópsia cutânea dorsal e pela pesquisa positiva de VHH-8 por amplificação de ácidos nucleicos no lavado bronco-alveolar.

Iniciou TARV, com abacavir/lamivudina/dolutegravir (DTG), com teste de genotipagem em curso, e fez o primeiro ciclo de quimioterapia com doxorubicina, após uma semana de internamento.

Apresentou evolução favorável com resolução da tosse e astenia e diminuição franca das dimensões das lesões da face, tendo até à data realizado dois ciclos de quimioterapia. Lesão do sistema nervoso central com dimensões sobreponíveis na reavaliação por RM-CE. Ainda em internamento, alterada TARV para DTG e darunavir/cobicistato por genotipagem com mutações de resistência aos análogos nucleosídeos e não nucleosídeos da transcrip-

tase reversa.

Este caso clínico salienta a importância da suspeição diagnóstica por parte do clínico na orientação da investigação, apesar de lesão nasal pouco sugestiva de SK. Realça, ainda, a relevância da selecção de um regime de TARV de elevada barreira genética, quando existe indicação para início antes do resultado da genotipagem estar disponível. Este aspecto assume particular significância em doentes oriundos de regiões onde a transmissão de mutações de resistências tenha uma elevada prevalência.

## P 06

### FLEBOVÍRUS, VÍRUS EMERGENTES EM PORTUGAL

Fátima Amaro, Líbia Zé-Zé, Maria Teresa Luz, Maria João Alves

*Centro de Estudos de Vectores e Doenças Infecciosas, Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge*

**Introdução:** Os flebovírus são arbovírus transmitidos sobretudo por flebótomos. Na Eurásia e África encontram-se agrupados em três serocomplexos – Naples, Salehabad e Sicilian. São agentes etiológicos de síndromes febris ou doença do sistema nervoso central, como no caso do vírus Toscana (TOSV), considerado uma das mais importantes causas de meningite asséptica nos meses de verão nos países mediterrânicos. Em Portugal estudos seroepidemiológicos demonstraram que o TOSV é responsável não só por infeções assintomáticas, mas também por encefalites, meningites e meningoencefalites.

**Objectivos:** Determinar a importância em saúde pública dos flebovírus em Portugal. Alertar a comunidade científica para a emergência dos flebovírus como possíveis agentes de doença em Portugal.

**Material e métodos:** Amostras clínicas enviadas para o CEVDI/INSA foram processadas e analisadas por técnicas de imunofluorescência e/ou RT-PCR em tempo real. Os estudos

entomológicos foram realizados em duas regiões do país (Arrábida e Algarve) por colheita de espécimes com armadilhas CDC e realização de pools de flebótomos para identificação da atividade viral por RT-PCR.

**Resultados:** O diagnóstico clínico levou, em 2017, à confirmação de um caso pediátrico de infeção pelo *flebovírus Sicilian*, cuja única referência a infeção humana em Portugal foi um estudo de seroprevalência publicado em 1974. Os estudos entomológicos permitiram o isolamento e sequenciação completa de dois novos flebovírus, os vírus Arrabida e Alcube, que pertencem aos complexos Naples e Salehabad, respetivamente.

**Discussão/Conclusões:** Desconhece-se se os flebovírus isolados são patogénicos para os humanos, no entanto, na última década temos assistido à deteção de uma grande variedade de flebovírus. Alguns deles estão a ser associados a infeção humana existindo provas serológica e moleculares de surtos associados a vírus relacionados com o Sicilian na região Mediterrânica e Médio Oriente.

## P 07

### DIAGNÓSTICO DE ZIKA NO INSA EM 2017–2018: CONFIRMAÇÃO DA CIRCULAÇÃO DA LINHAGEM ASIÁTICA EM ANGOLA NUM CASO DE MICROCEFALIA

Líbia Zé-Zé, Maria João Alves

*Centro de Estudo de Vectores e Doenças Infecciosas, CEVDI-INSA, Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge Avenida Liberdade 5, 2965-575 Águas de Moura*

**Introdução:** O vírus Zika é um flavivírus transmitido por mosquitos isolado pela primeira vez em 1947 no Uganda.

Em 2007 iniciou-se a emergência e a nova distribuição e expansão geográfica do vírus Zika nas ilhas do Pacífico e finalmente o Brasil e toda a América dos Sul e Central a partir de 2015. São reconhecidas duas linhagens, africana e asiática, estando apenas esta última associa-

da à ocorrência de malformações congénitas como a microcefalia.

O CEVDI/INSA desenvolveu testes de diagnóstico molecular e serológico tendo identificado vários casos de importação para o território português e feito o diagnóstico diferencial em grávidas.

**Objetivos:** Reportar o diagnóstico de ZIKV realizado no laboratório nacional de referência nos anos de 2017-2018.

**Material e métodos:** Amostras clínicas enviadas para o CEVDI/INSA foram processadas e analisadas por técnicas de imunofluorescência e/ou RT-PCR em tempo real.

**Resultados:** No período de 2017-2018 foram analisados por biologia molecular 104 amostras e 151 por serologia. Todas as amostras foram negativas, excepto um caso confirmado de um recém-nascido com síndrome congénita por Zika (linhagem asiática) importado de Angola.<sup>1</sup>

**Discussão/Conclusões:** A maior parte dos pedidos de diagnóstico foi sobretudo diferencial em casos assintomáticos de grávidas ou futuras grávidas o que explica o facto de 99,6% das amostras serem negativas.

Em 2017 foi confirmada a infeção por Zika num caso de microcefalia importado de Angola e pela primeira vez, confirmada a circulação da estirpe asiática em África continental. Estudos posteriores com sequenciação total do genoma desta amostra em paralelo com outras duas amostras, sugerem que a estirpe asiática tenha sido introduzida em Angola a partir do Brasil em meados de 2015.<sup>2</sup>

#### Referências:

1. Sasseti M, Zé-Zé L, Franco J, Cunha JD, Gomes A, Tomé A, Alves MJ. (2018). First case of confirmed congenital Zika syndrome in continental Africa. *Trans R Soc Trop Med Hyg.* 2018 Jul 25. doi: 10.1093/trstmh/try074.
2. Virological.org: <http://virological.org/t/circulation-of-the-asian-lineage-zika-virus-in-angola/248>.

## P 08

### TRANSIÇÃO DO ACOMPANHAMENTO MÉDICO DA CLÍNICA PEDIÁTRICA PARA A DE ADULTOS NA INFEÇÃO POR VIH: MOMENTO PARA PREVENIR BARREIRAS À RETENÇÃO NOS CUIDADOS

Francisco Teixeira da Silva<sup>1</sup>, Renato Guerreiro<sup>2</sup>, Susana Peres<sup>3</sup>, Ana Cláudia Miranda<sup>3</sup>, Teresa Baptista<sup>3</sup>, Isabel Antunes<sup>3</sup>, Isabel Aldir<sup>3</sup>, Kamal Mansinho<sup>3</sup>

<sup>1</sup>*Serviço de Medicina 1, Unidade Local de Saúde do Alto Minho,* <sup>2</sup>*Serviço de Medicina do Hospital de São Francisco Xavier, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental,* <sup>3</sup>*Serviço de Doenças Infecciosas do Hospital Egas Moniz, Centro Hospitalar Lisboa Ocidental*

**Introdução:** Os doentes infectados por Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH) por transmissão mãe-filho (TMF) carecem de especial atenção na transição da consulta de pediatria para a clínica de adultos.

**Objetivos:** Análise retrospectiva observacional da coorte de doentes com infeção VIH adquirida por TMF e avaliação da transição para a clínica de adultos.

**Material e métodos:** Doentes VIH infectados via transmissão vertical acompanhados na consulta de adultos. Foram consultados processos clínicos. Utilização de medidas de estatística descritiva univariável com recurso ao software Excel<sup>®</sup>.

**Resultados:** Incluídos onze doentes, seis do sexo masculino, todos com infeção VIH-1. A idade média à transição para consulta de adultos foi 20 anos e o tempo médio de acompanhamento nesta consulta foi 2,7 anos. A idade mediana da população à data do início da terapêutica antirretrovírica (TARV) foi 8 meses, 9% em estágio C3(CDC). O tempo médio de exposição a TARV foi 21anos, correspondendo a um nº médio de 5 regimes ARV por doente. À transição para a consulta de adultos, 72% registavam ARN VIH-1 indetectável no plasma, com contagem média de linfócitos TCD4+ de 726cel/mm3. A avaliação imunológica actual regista contagem média

de linfócitos TCD4+ de 858cél/mm<sup>3</sup> (37%). Durante o período analisado, dois doentes apresentaram períodos de seguimento irregular/incumprimento terapêutico. À data actual, todos apresentam supressão virológica.

**Discussão:** A transição para a consulta de adultos pode traduzir-se num momento de instabilidade emocional e social, facilitando a interrupção do acompanhamento. A implementação de protocolos de avaliação e acompanhamento multidisciplinar poderão prevenir distúrbios na adesão e promover retenção nos cuidados.

## P 09

### **SARAMPO MODIFICADO: UM RISCO OU UM DESAFIO?**

Sara Gomes Raposo

*ACES Lisboa Ocidental e Oeiras*

**Introdução:** O sarampo é uma doença viral altamente contagiosa. Recentemente, apesar da elevada cobertura vacinal registaram-se, em Portugal, vários surtos com origem em casos importados. Durante os mesmos, uma percentagem significativa de indivíduos desenvolveu doença apesar de apresentar duas doses de VASPR. A patologia desenvolvida por este último grupo, também designada por sarampo modificado, pode ser facilmente confundida com outras entidades clínicas e levanta várias questões.

**Objectivos:** Avaliar a sintomatologia e o risco de infecciosidade do sarampo modificado.

**Material e métodos:** Foi realizada uma revisão de artigos científicos no site PubMed.com, tendo sido pesquisados os termos *measles, modified measles, infectivity, vaccination e immunity*. Foram ainda consultados os sítios do *Centers for Diseases Control and Prevention* (CDC) e do *European Centre for Diseases Prevention and Control* (ECDC).

**Resultados:** Indivíduos com vacinação prévia e níveis serológicos de anticorpos clinicamen-

te protectores, podem desenvolver sintomas leves a moderados após contacto relativamente prolongado com doentes. A apresentação clínica pode diferir da tradicional, com sintomas que compreendem febre, mialgias, tosse e cefaleias, sendo frequente o surgimento de rash. Até à data, existe apenas um relato de contagiosidade em doentes com doses de vacinação prévias.

**Discussão/Conclusão:** O sarampo modificado apresenta-se como uma forma mais leve da doença. A existência de vacinação prévia e consequente imunidade aparenta mascarar a sintomatologia, pelo que é menos intensa e pode ser facilmente confundida com outras patologias, representando um desafio diagnóstico. Os dados disponíveis indicam que o risco de contágio será reduzido.

## P 10

### **DOENTE RESIDENTE EM LAR, ENVIADA AO SU POR ISOLAMENTO EM ZARAGATOA DE EXSUDADO CUTÂNEO DE MICROORGANISMO MULTIRRESISTENTE**

Francisco Vale, Isabel Casella, Pedro Brogueira, Telma Azevedo, Nuno Luís, Catarina Gonçalves, Vitor Laerte, Joana Sá, José Poças  
*Centro Hospitalar de Setúbal*

Doente do sexo feminino, 88 anos de idade, leucodérmica, residente em lar, totalmente dependente nas atividades de vida diária. História pessoal conhecida de hipertensão arterial medicada, estenose aórtica, diabetes mellitus tipo 2 sob antidiabéticos orais, doença de Parkinson medicada. Foi enviada ao SU por isolamento de bactéria multirresistente em exsudado superficial de úlcera de pressão sagrada. Sem referência a febre, queixas respiratórias, urinárias ou gastrointestinais. Encontrava-se acompanhada do resultado do exsudado superficial da úlcera que documentava: *K. pneumoniae* ESBL, apenas sensível a meropenem e ertapenem; *E. faecium* multisensível e *P. mirabilis* resistente à amo-



xicilina/clavulanato, ampicilina e cefuroxima. À avaliação no SU encontrava-se apirética, normotensa, normocárdica, eupneica em ar ambiente, abdómen indolor à palpação na região suprapúbica, sem Murphy renal. Úlcera de pressão na região sagrada sem sinais inflamatórios, maioritariamente constituída por tecido necrosado. Dos exames auxiliares de diagnóstico de referir leucócitos de 10800/ $\mu$ l, neutrófilos 71.1% e PCR de 3.14 mg/dl, sem outras alterações. Exame sumário de urina com “alguns” leucócitos e nitritos negativos. Foram realizadas colheita de sangue e urina para exame cultural cujo resultado foi estéril e a doente teve alta com indicação para manter isolamento de contacto, nomeadamente na manipulação da urina.

Este caso reflete assim a necessidade de uma colheita correta dos produtos enviados para exames microbiológicos bem como da sua adequada valorização de acordo com o quadro clínico, enfatizando a importância de melhorar a comunicação com as comissões de controlo de infeção na gestão destes doentes.



## ORGANIZAÇÃO



# LACPEDI

Liga de Apoio Comunitário Para  
o Estudo das Doenças Infecciosas

## PATROCÍNIOS CIENTÍFICOS



## PATROCÍNIOS

### DIAMANTE

abbvie



### OURO



PHARMACEUTICAL COMPANIES OF **Janssen** Johnson

### PRATA



## SECRETARIADO



Calçada de Arroios, 16 C, Sala 3. 1000-027 Lisboa  
T: +351 21 842 97 10 | F: +351 21 842 97 19  
E: ana.pais@admedic.pt | W: www.admedic.pt