

XV

Congresso Nacional de Doenças Infecciosas e Microbiologia Clínica

XIII Congresso Nacional VIH/SIDA

2022 30 | novembro
03 | dezembro

Hotel MH Atlântico, Peniche

PROGRAMA

Aceda à APP oficial
do Congresso



Presidente do Congresso

Joaquim Oliveira
Teresa Branco

Secretário Geral do Congresso

António Diniz

Comissão de Honra

António Meliço Silvestre	Carlos Vasconcelos	José Cordeiro Neves
António Alves Pereira	Célia Oliveira	José Luís Boaventura
António Vieira	Francisco Antunes	Lino Rosado
Arménio Rocha Marques	Jorge Luís Atouguia	Rui Proença
Carlos Araújo	José António Malhado	Rui Sarmento e Castro

Comissão Organizadora

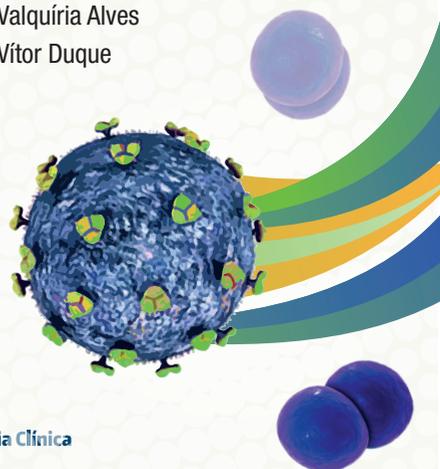
Ana Horta	Cristina Valente	José Vera
António Maio	Graça Ribeiro	Saraiva da Cunha
Catarina Esteves	Isabel Ramos	

Comissão Científica

Alexandre Carvalho	Eugénio Teófilo	Margarida França
Ana Paula Reis	Filipa Prata	Margarida Mota
Álvaro Ayres Pereira	Helena Ramos	Margarida Serrado
António Ludgero Vasconcelos	Helena Sarmento	Nuno Marques
António Sarmento	Isabel Germano	Patrícia Pacheco
Cristina Teotónio	Inês Vaz Pinto	Paulo Rodrigues
Cristina Toscano	José Poças	Perpétua Gomes
Domitília Faria	José Melo Cristino	Rui Alberto Pereira
Fernando Maltez	Kamal Mansinho	Valquiria Alves
	Laura Marques	Vítor Duque

Comissão de avaliação dos trabalhos

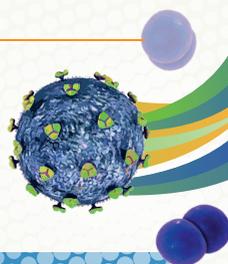
Luis Tavares
Ana Cláudia Santos
Ana Cristina Silva
Ana Rita Silva
Fausto Roxo
Jorge Velez
Telo Faria



XV Congresso Nacional de Doenças Infecciosas e Microbiologia Clínica

XIII Congresso Nacional VIH/SIDA

2022 30 | novembro
03 | dezembro



PROGRAMA PRÉ-CONGRESSO

Quarta-feira | 30 de novembro de 2022

08:15h Abertura do Secretariado

09:00-13:15h **Curso Pré-Congresso 1**

SALA G
MH ATLÂNTICO

Infeção por VIH: Melhorar a prática clínica

Coordenadoras: Teresa Branco e Cristina Valente

09:00-09:05h **Abertura do Curso**

09:05-10:35h **Dúvidas e respostas na abordagem de manifestações clínicas frequentes**

Painel: Miguel Abreu, Margarida Serrado, Jorge Velez e Ana Rita Silva

10:35-11:15h **Como conseguir um diagnóstico mais precoce**

Umbelina Caixas

11:15-11:30h Coffee-Break

11:30-12:15h **O seguimento de duas populações muito especiais**

A grávida: A arte de acompanhar 2 (ou 3) em 1

Cristina Guerreiro

O adolescente: A arte de articular com a consulta de adultos

Laura Marques

12:15-13:15h **Iniciar a terapêutica antirretrovírica**

A avaliação inicial, a escolha do regime terapêutico
e o seguimento clínico

Ana Horta e José Vera

13:15h **Conclusões**

09:00-16:15h

Curso Pré-Congresso 2

SALA F
MH ATLÂNTICO

Resistência aos antimicrobianos e infeções associadas aos cuidados de saúde

Coordenadores: Margarida Pinto e José Artur Paiva

09:00-09:15h

Abertura

Apresentação de docentes e de objetivos

Margarida Pinto e José Artur Paiva

09:15-11:15h

Sessão 1

Moderadora: Margarida Pinto

09:15-09:45h

Mecanismos de resistência em *Enterobacteriales* – Interpretação do TSA

Cristina Toscano

09:45-10:15h

Técnicas de diagnóstico microbiológico rápido

Hugo Cruz

10:15-10:45h

Como maximizar o processo e a comunicação entre laboratório de microbiologia e serviços hospitalares assistenciais

Ana Fonseca

10:45-11:15h

Questões e discussão

Margarida Pinto

11:15-11:45h

Intervalo para café e discussão informal

11:45-13:30h

Sessão 2

Moderador: José Artur Paiva

11:45-12:15h

Antibióticos – Novos e velhos – Para infeções por microrganismos DTT e XDR

Nuno Príncipe

12:15-12:45h

Terapêutica de infeções graves por *Pseudomonas aeruginosa* quando ainda não há antibiograma disponível

Ana Lebre

12:45-13:15h

Terapêutica de infeções graves por *Klebsiella spp* quando ainda não há antibiograma disponível

Nuno Pereira

13:15-13:30h

Questões e discussão

José Artur Paiva

13:30-14:15h

Almoço

14:15-16:00h

Sessão 3

Moderador: Álvaro Ayres Pereira

14:15-15:00h

Programa de apoio à prescrição antibiótica: comunicação e mudança

José Artur Paiva

15:00-16:00h

Colocar o discutido ao serviço de um ou dois casos clínicos

Carla Mimoso e Claudia Nazareth

16:00-16:15h

Debriefing, seguido de café e discussão informal



09:00-15:30h

SALA E
MH ATLÂNTICO

Curso Pré-Congresso 3

Infeção por VIH e Enfermagem em rede

Coordenadora: Catarina Esteves

09:00-09:10h

Abertura do Curso

09:10-09:35h

Gestão emocional do enfermeiro em doença crónica

Tânia Almeida

09:35-11:00h

O desafio da ligação e vinculação aos cuidados

Moderadora: Saudade Ivo

Intervenção na população migrante e transgéneros

André Silva

Em rede com as equipas de tratamentos

Rui Sequeira

Perspetiva do utilizador: Avaliação dos resultados (PROs)

Catarina Esteves

11:00-11:15h

Coffee-Break

11:15-12:30h

Intervenção autónoma da enfermagem

Moderador: André Monteiro

Em internamento

Filipa Gramacho

Consulta de enfermagem: Ambulatório

Raquel Couto

O foco da ARS

Maria José Santos

12:30-14:00h

Almoço

14:00-15:20h

Adesão ao plano de cuidados

Moderadora: Ana Cristina Mendes

Experiência da enfermagem em injetáveis: *Long-acting*

Mireia Santacreu

Em rede com a comunidade – Cuidados de saúde primários

Sérgio Canas

Empoderamento e cuidados em saúde

Albertina Gonçalves

15:20-15:30h

Apresentação do Grupo de Trabalho de Enfermagem (APECS)

15:30h

Encerramento

13:30-17:30h

Curso Pré-Congresso 4

SALA G
MH ATLÂNTICO

Infeções virais do sistema nervoso central

Coordenadores: Lurdes Santos e André Pinto

13:30h

Abertura

André Pinto

Meningite vírica

João Trêpa

Encefalite vírica

Ana Raquel Garrote

Encefalites víricas não endémicas em Portugal

Cláudio Silva

Encefalites víricas em imunodeprimidos

Isabel Abreu

16:00-16:30h

Coffee-Break

Encefalites autoimunes e outros mimetizadores de infeções víricas do SNC

Andreia Costa

O papel da neuroimagem no diagnóstico

Carina Reis

O papel do laboratório no diagnóstico

Sílvia Lopo

17:30h

Encerramento

09:00-16:30h

Reunião Anual do Grupo de Trabalho sobre Infeção VIH na Criança

SALA B
MH ATLÂNTICO

Sociedade de Infeciologia Pediátrica (SIP-SPP)

09:20h

Bom dia a todos

09:30h

Transmissão mãe-filho

Moderadoras: Cristina Guerreiro e Sofia Lima

Dados Nacionais 2021

Filipa Prata

Protocolo de Prevenção da Transmissão mãe-filho

Obstetria

Andreia Martins

(Continua na página seguinte)



Pediatria

Maria João Virtuoso e Filipa Prata

Aleitamento materno

Tiago Milheiro

Discussão

11:00-11:30h Intervalo para café

11:30h **Aspetos jurídicos**

Moderadores: José Gonçalo Marques e Conceição Neves

Andreia Costa Andrade

12:00h **Novos doentes com infeção VIH 2018-2022 (Faro, HDE, HSM, HSFJ)**

Moderadores: Ana Mouzinho e Teresa Campos

13:00-14:00h Intervalo para almoço

14:00h **Novos doentes com infeção VIH 2018-2022 (HFF, HPC, CMIN, HSJ)**

Moderadores: Ana Mouzinho e Conceição Neves

15:00h **Novas Recomendações da terapêutica antirretroviral na criança e adolescente**

Moderadores: José Gonçalo Marques, Margarida Tavares

Laura Marques

16:00h **Casos clínicos para discussão (“problemáticos”)**

Moderadores: José Gonçalo Marques e Margarida Tavares

16:30h **Encerramento da reunião**

16:00-17:30h Coffee-Break

17:30-18:30h **Debate**

SALA B
MH ATLÂNTICO

Iniciar a Terapêutica Antirretrovírica: R=S

Moderador: António Diniz

Intervenientes: Francisco Antunes, Rosário Serrão, Ricardo Fernandes e Vanessa Nicolau



PROGRAMA CONGRESSO

18:30-19:00h **Sessão de Abertura**

19:00h Receção de Boas-Vindas

Quinta-feira | 01 de dezembro de 2022

07:30h Abertura do Secretariado

08:00-09:00h **COMUNICAÇÕES ORAIS**

Apresentação de trabalhos seleccionados

Moderadores: Raquel Tavares e Telo Faria

CO 01 Caracterização da população com infecção por VIH-2 num hospital central em Portugal **PO 29**

CO 02 8 anos de sessões de rastreio da Liga Portuguesa Contra a SIDA na Unidade Móvel de Rastreios “Saúde + Perto” **PO 55**

CO 03 Sarcoma de Kaposi: Desafios no diagnóstico **PO 38**

CO 04 Sífilis – um vai e vem?! 10 anos de diagnóstico laboratorial num Centro Hospitalar e Universitário **PO 85**

CO 05 Antibioterapia sistémica em regime de Hospitalização Domiciliária – Oportunidades e desafios **PO 125**

09:00-09:30h **CONFERÊNCIA INAUGURAL**

O impacto do conhecimento nos desafios atuais

Presidentes: Teresa Branco e Joaquim Oliveira

Conferencista: Alexandre Quintanilha

09:30-09:45h **PROJEÇÃO DE FILME**

VIH em Portugal: 1983-2022

Direção APECS

09:45-10:15h **CONFERÊNCIA**

“Dia Mundial da SIDA” – A infeção por VIH em Portugal: Visão para 2030

Presidente: Rui Sarmento e Castro

Conferencista: Margarida Tavares

10:15-11:15h

MESA-REDONDA 1

VIH, Portugal, anos 20: Viragem ou continuação?

Presidente: Perpétua Gomes

Moderadores: Cristina Valente e Ricardo Abreu

O projeto Best Hope

Ana Abecasis

O projeto FOCUS

Inês Vaz Pinto

Novos desafios no seguimento das pessoas com VIH

Rosário Serrão

11:15-11:30h

Coffee-Break



11:30-12:00h

CONFERÊNCIA 2

HIV and migrants: A European Perspective

Presidente: António Diniz

Conferencista: Teymur Noori

12:00-13:00h

MESA-REDONDA 2

VIH e populações migrantes em Portugal: Desafios atuais e futuros

Presidente: Ana Horta

Moderadores: Carmela Piñeiro e Paulo Rodrigues

A migração de origem africana

Patrícia Pacheco

Os novos migrantes

Diana Seixas

A perspetiva da comunidade

Cristina Mora

13:00-13:45h

SIMPÓSIO SATÉLITE 1 (1ª PARTE)

VIH+SAUDÁVEL: DOVATO como parte de uma vida saudável

Moderadora: Josefina Méndez

Qualidade de vida das PVIH é igual à da população geral?

Diva Trigo

Experiência clínica com DOVATO: Abordagem preventiva na simplificação da TARV

Raquel Tavares

DOVATO para o seu doente *naïve*: Inicie hoje a pensar no amanhã

Josefina Méndez



13:45-14:45h

Almoço



14:45-15:30h



SIMPÓSIO SATÉLITE 1 (2ª PARTE)

VOCABRIA + **REKAMBYS**: Libertar os doentes da terapêutica oral diária

Moderadora: Rosário Serrão

O que nos dizem os dados dos ensaios clínicos e de vida real?

Cristina Valente

O que dizem as pessoas que vivem com VIH?

Cristina Valente

Implementação: Da investigação à prática clínica

Filipa Varela

15:30-16:30h

MESA-REDONDA 3

PrEP: 5 anos depois...

Presidente: Kamal Mansinho

Moderadores: José Poças e Maria José Manata

Um copo meio cheio ou meio vazio?

R1: Meio cheio

Teresa Batista

R2: Meio vazio

José Vera

O papel da comunidade deve ser alargado?

R1: Ainda mais?

Josefina Mendez

R2: Claro que sim...

Ricardo Fernandes

16:30-17:30h



SIMPÓSIO SATÉLITE 2

Biktarvy® e o doente atual

Moderadora: Inês Vaz Pinto

O doente *Naïve*

Ana Cláudia Miranda

O doente de *Switch*

Diana Seixas

Comentários

Susana Almeida

17:30-17:45h

Coffee-Break



17:45-18:15h

CONFERÊNCIA 3

Antiretroviral therapy by 2030: What do I think about it?

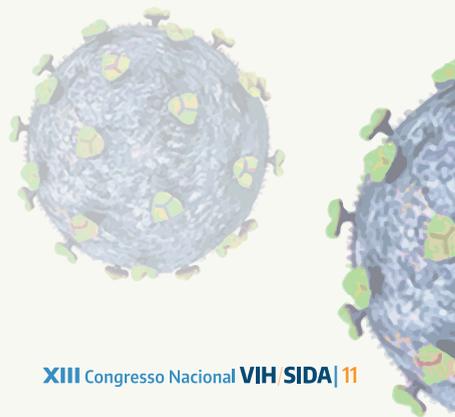
Presidente: Fernando Maltez

Conferencista: Laura Waters

- 18:15-18:45h **CONFERÊNCIA 4**
Can we end the HIV pandemic in Europe by 2030?
Presidente: Carlos Vasconcelos
Conferencista: Sanjay Baghani 
- 18:45h Encerramento do segundo dia

Sexta-feira | 02 de dezembro de 2022

- 07:30h Abertura do Secretariado
- 08:00-09:00h **COMUNICAÇÕES ORAIS**
Apresentação de trabalhos selecionados
Moderadores: Tiago Teixeira e Margarida Prata
- CO 06** Tratamento de osteomielite a *Pseudomonas aeruginosa* com ceftolozano-tazobactam **PO 112**
- CO 07** Da mordedura à fascíte necrotizante **PO 147**
- CO 08** Infecção disseminada por *Staphylococcus lugdunensis* com apresentação inicial por meningo-encefalite **PO 133**
- CO 09** Expressão genotípica do vírus da Hepatite B nos últimos 10 anos na região centro de Portugal **PO 75**
- 09:00-09:30h **CONFERÊNCIA 5**
Refugees and infectious diseases
Presidente: Saraiva da Cunha
Conferencista: Teymur Noori



09:30-10:45h

MESA-REDONDA 4

À volta das vacinas

Presidente: Fernanda Rodrigues

Moderadores: Nuno Marques e Luís Graça

As vacinas que temos mas gostaríamos de melhorar

Adam Finn 

As vacinas que não temos mas queríamos muito ter

Diana Póvoas

A hesitação vacinal: Como lidar

José Gonçalo Marques

10:45-11:15h

Coffee-Break



11:15-12:30h

MESA-REDONDA 5

Infeções na imunodepressão iatrogénica

Presidente: Cândida Abreu

Moderadores: Susana Peres e Tiago Marques

Novos caminhos na prevenção de infeções associada a terapêutica biológica: Experiência de um Centro

Susana Peres

Tuberculose latente: Indicação para rastreio e tratamento para além dos inibidores do TNF- α

João Alves

Infeções no doente hemato-oncológico sob terapêutica imunomoduladora – *Top ten*

Albertina Nunes

Desafios do programa antimicrobial *stewardship* no doente imunodeprimido

Ana Lebre

12:30-13:30h

SIMPÓSIO SATÉLITE 3

VIH&AB – A inovação pelos doentes



13:30-14:30h

Almoço

13:30-14:30h

SALA B
MH Atlântico



SESSÃO PARALELA

Discussão de Finalistas – ID Clinical cases 2022

Abertura

Paulo Mergulhão

Apresentações casos clínicos

A sépsis e a pele – O órgão esquecido

Teresa Miranda

Klebsiella aerogenes, 100 dias de resistência

Rosário Cardoso

Pneumotose intestinal secundária a colite por Campylobacter

Ana Raquel Afonso

Meningite a E. cloacae – Um caso crítico de sucesso

Bernardo Pimentel

latrogenic bacteremia following antimicrobial therapy in severely immunosuppressed patients with mucositis: An emerging threat?

Hugo Cruz

Eleição do caso vencedor

Entrega de diploma e fecho

Paulo Mergulhão, Cláudia Nazareth, Ana Lebre, Ernestina Reis e Pedro Póvoa

14:30-15:45h

MESA-REDONDA 6

Infeções associadas aos dispositivos médicos

Presidente: Carlos Palos

Moderadoras: Ana Lebre e Margarida Câmara

Infeções associadas aos cuidados de saúde e resistência antimicrobiana:

Uma visão global

Carlos Palos

Prevenção: Importância dos feixes de intervenção

David Peres

Diagnóstico e tratamento

Nuno Pereira

15:45-16:15h

Coffee-Break

16:15-17:00h

CONFERÊNCIA 6

O que há de novo nas hepatites?

Presidente: Rui Sarmiento e Castro

Conferencista: Rui Tato Marinho

17:00-18:00h



SIMPÓSIO SATÉLITE 4

Hiding in plain sight: RSV infection in adults

Abertura e introdução

António Diniz

VSR: Da estrutura molecular à resposta imunológica

José Miguel Azevedo Pereira

Diagnóstico laboratorial – Experiência do CHUSJ

Sandra Rebelo

Dados epidemiológicos e consequências clínicas da infeção no idoso

António Diniz

Q&A

Encerramento

18:00h

Encerramento do terceiro dia

20:00h

Jantar do Congresso

Sábado | 03 de dezembro de 2022

07:30h

Abertura do Secretariado

08:00-09:00h

COMUNICAÇÕES ORAIS

Apresentação de trabalhos selecionados

Moderadores: Hugo Cruz e Cláudia Carvalho

CO 10 Anticorpos anti SARS-COV-2 no cordão umbilical e imunização materna – Resultados preliminares **PO 61**

CO 12 Uma doente, dois vírus e duas infeções oportunistas do SNC **PO 47**

CO 13 Esporotricose linfocutânea após picada em orquídea **PO 142**

CO 14 Choque séptico no doente imunodeprimido – A dificuldade no diagnóstico a propósito de um caso clínico **PO 51**

CO 15 Infeção por vírus *Monkeypox* num serviço de Infeciologia **PO 83**

09:00-09:30h

CONFERÊNCIA 7

Febre Q – Conceitos atuais

Presidente: Sofia Núncio

Conferencista: Elisabeth Botelho-Nevers

09:30-11:00h

MESA-REDONDA 7

Diretriz da Sociedade Brasileira de Infectologia/Associação Pan-Americana de Doenças Infeciosas (SBI/API) de Cuidados em COVID-19

Presidente: Alberto Chebabo

Antivirais

Mônica Maria Gomes da Silva

Anticorpos monoclonais

Sérgio Cimerman

Imunomoduladores

Evaldo Stanilau Afonso de Araújo

Organizado pela Sociedade Brasileira de Infectologia

11:00-11:30h

Coffee-Break

11:30-12:10h

CONFERÊNCIA 8

Monkeypox – The changing face of a neglected disease

Presidente: Álvaro Ayres Pereira

Conferencista: Chloe Orkin 

12:10-12:50h

CONFERÊNCIA 9

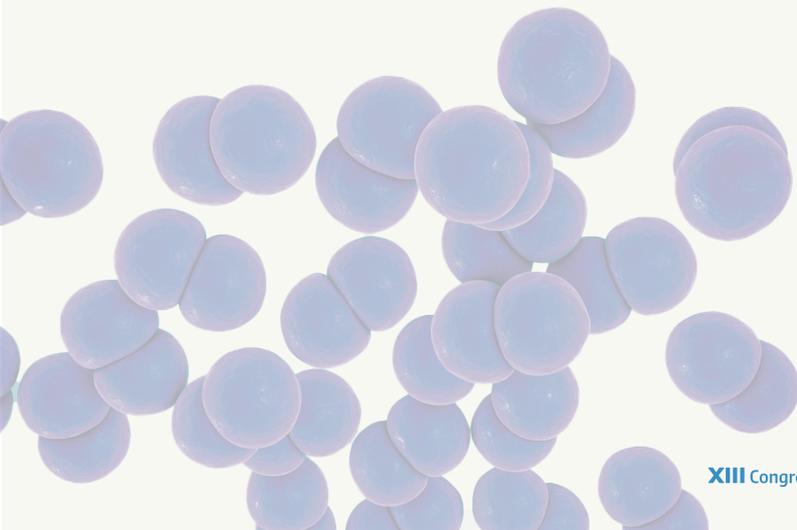
Metagenômica clínica – O futuro hoje?

Presidente: Graça Ribeiro

Conferencista: João Paulo Gomes

12:50h

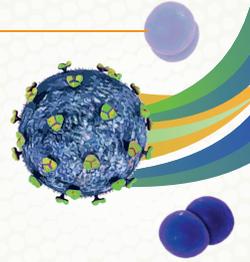
CELEBRAÇÃO DE ENCERRAMENTO E ENTREGA DE PRÊMIOS



XV
Congresso Nacional de
Doenças Infeciosas
e Microbiologia Clínica

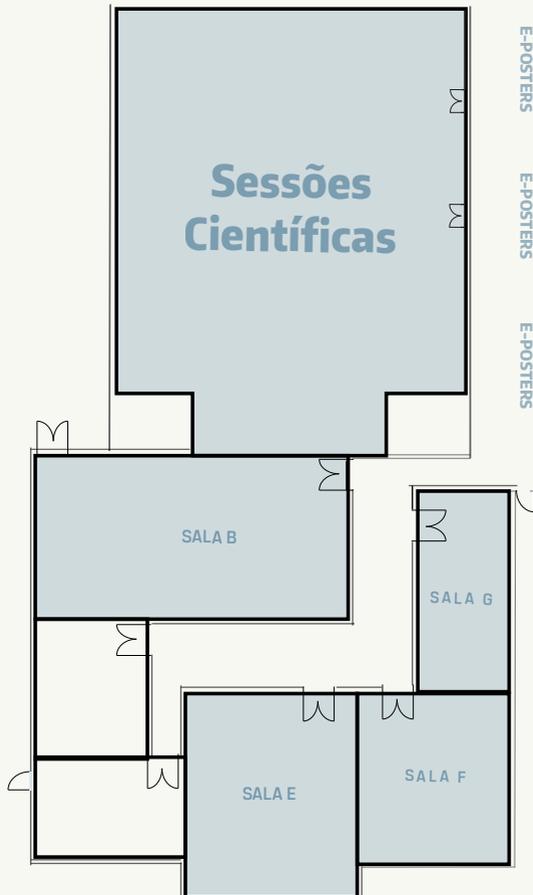
XIII Congresso Nacional
VIH/SIDA

2022 30 | novembro
03 | dezembro



MH ATLÂNTICO

EXPOSIÇÃO TÉCNICA E COFFEE-BREAKS

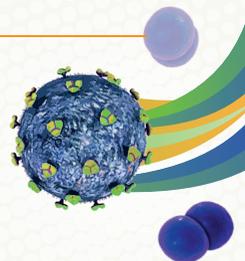


XV

Congresso Nacional de Doenças Infecciosas e Microbiologia Clínica

XIII Congresso Nacional VIH/SIDA

2022 30 | novembro
03 | dezembro



RESUMOS DOS POSTERS

PO 01

POSITIVE CARE: CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO EM RISCO DE AQUISIÇÃO DE VIH E DE PVVIH EM PORTUGAL – RACIONAL E DESENHO DO ESTUDO

Ana Claudia Miranda¹; Josefina Mendez²;
Maria José Manata³; Ana Laura Paixão⁴

¹Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital Egas Moniz; ²Centro Hospitalar do Porto, EPE / Hospital Geral de Santo António; ³CHULC/Hospital Curry Cabral; ⁴MSD Portugal. Paço de Arcos. Portugal

Introdução: As características clínicas e demográficas dos utilizadores de Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) e o padrão de uso de PrEP em Portugal são, em larga escala, desconhecidos. Adicionalmente, não há informações sobre o conhecimento das pessoas que vivem com VIH sobre a PrEP, antes da aquisição desta infeção. No entanto, estas informações são vitais para aumentar a acessibilidade à PrEP e diminuir infeções.

Objetivos: Caracterizar o perfil de indivíduos que utilizam PrEP em Portugal e ainda das pessoas que vivem com VIH, naïves, em início de tratamento.

Material e métodos: Estudo observacional, multicêntrico, prospetivo. Serão incluídos adultos a iniciar PrEP em Portugal e adultos que foram diagnosticados com infeção por VIH (VIH-1 ou VIH-2), naïves em termos de tratamento, e que estão a iniciar terapêutica antirretrovírica (TARV), independentemente de

terem utilizado PrEP ou profilaxia pós-exposição (PEP) anteriormente. A coorte dos utilizadores de PrEP será seguida durante 13 meses após a inclusão no estudo. Para os adultos diagnosticados com infeção por VIH apenas será recolhida informação na visita inicial do estudo. Serão recolhidos dados sociodemográficos, comportamentos de risco, dados clínicos e ainda sobre a utilização de recursos de saúde relacionados com esta estratégia preventiva. Os participantes serão ainda convidados a preencher questionários sobre o conhecimento do VIH e as principais barreiras ao uso da PrEP, em ambas as populações e ainda as preferências e expectativas e a adesão e persistência auto-reportada à PrEP, no caso da população a utilizar PrEP. Para os adultos diagnosticados com infeção por VIH será ainda pedido que preencham um questionário adicional sobre o estigma à infeção por VIH. O cálculo da amostra foi realizado tendo por base estimativas clínicas e epidemiológicas, antecipando-se que sejam incluídos cerca de 400 participantes, 200 em cada uma das populações.

Resultados e conclusões: Após identificação dos centros a incluir, com base na sua distribuição pelo território nacional continental e epidemiologia, os mesmos foram convidados a participar a partir do mês de julho de 2022. Após aceitação, e aprovação do protocolo do estudo pelas respetivas comissões de ética e

conselhos de administração das instituições, os centros recolherão dados durante o período do estudo. Os dados gerados por este estudo ajudarão a identificar as áreas que precisam de melhorias para otimizar a acessibilidade da PrEP em Portugal e, em última análise, ajudar a diminuir a transmissão de VIH.

PO 02

PROFILAXIA PRÉ-EXPOSIÇÃO AO VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA – QUATROS ANOS DE CONSULTA NO CHUA

Teresa Castro Pires¹; João Ferreira Sousa¹; João F. Magro¹; Paula Proença¹; Amparo Mingo¹; Margarida R. Cardoso¹
¹CH Univ Algarve - Faro

A consulta de Profilaxia Pré-Exposição por VIH foi implementada no nosso Centro Hospitalar em Agosto de 2018. Funcionando no espaço físico do Hospital de Dia de Imunodeficiência conta com um número crescente de procura nestes 4 anos.

Pretende-se caracterizar a população abrangida pela consulta de PrEP, comportamentos de risco associados, IST's identificadas e tratadas no curso do acompanhamento.

Foi feito o levantamento de primeiras consultas registadas entre Agosto de 2018 e Agosto de 2022 e consultados 214 processos clínicos.

Registaram-se 39 primeiras consultas no primeiro ano, 38 no segundo, 57 no terceiro e 104 novas consultas no último ano.

De um total de 1044 consultas, 301 foram realizadas telefonicamente e 740 presenciais, as restantes 3 correspondem a registos diligências ou exames.

Considerou-se descontinuação a ausência de consultas efetivadas nos últimos 6 meses ou com abandono registado, assim a adesão à consulta neste período fixa-se nos 75%.

O acesso à consulta fez-se por autorreferenciação em 69% dos utentes, referenciação

intra-hospitalar em 16% dos utentes e dos cuidados de saúde primários em 7%. O tempo médio para marcação de primeira consulta foi de 15 dias.

Da caracterização da amostra, 203 utentes identificam-se como género masculino e 11 género feminino, globalmente com idades compreendidas entre os 18 e os 68 anos. Nos homens a média de idades é de 35.7 anos e nas mulheres 39.4 anos.

Com utentes de 18 nacionalidades, a grande maioria (88%) correspondem a utentes de nacionalidade Portuguesa e Brasileira, 64% e 24% respetivamente.

Na avaliação do risco, identificam-se como Homens que têm sexo com Homens 95% dos utentes, 13 % têm parceiros sexuais com infeção por VIH confirmada e 4 utentes, correspondente a menos de 2% identificam-se como trabalhadores do sexo. Menos de 3% refere risco acrescido por uso de drogas durante a prática sexual e 98% refere múltiplos parceiros sexuais.

Na primeira consulta 19% dos utentes identificam histórico de IST's prévias. No rastreio inicial foi feito 1 diagnóstico de Hepatite B crónica, 1 de Hepatite C, 1 de Clamídia, 4 de Gonorreia e 4 diagnósticos inaugurais de VIH. Todos estes doentes encaminhados para consulta ou tratamento.

Foi diagnosticada IST de novo a 16% dos doentes durante acompanhamento, correspondendo a sua maioria (70%) a infeções por Sífilis. De referir ainda infeções por Gonorreia e Vírus Monkeypox. Nenhum dos utentes em acompanhamento contraiu VIH nesse período. Para a maioria dos utentes optou-se por esquema diário de PrEP, com apenas 4% dos utentes a iniciar esquema "on demand".

Para melhor compreensão da adesão dos utentes a PrEP propomos-mos a integrar dados de dispensa de fármacos, início de terapêutica, períodos de interrupção e abandono,

e ainda avaliação das limitações, restrições ou melhorias necessárias na referenciação e acompanhamento de utentes com objetivo e prevenção da infeção e transmissão de VIH e outras IST's.

PO 03

PREP: RETROSPECTIVA SOBRE A IMPLEMENTAÇÃO DE CONSULTA

Maria Alves¹; Rita Patrocínio de Jesus¹; Catarina Rodrigues¹; Joana Batista¹; Patrícia Pacheco¹

¹Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

Introdução: A implementação de uma consulta de PrEP obriga, pela sua natureza, a adaptações dos circuitos habituais de utentes na referenciação e no seguimento clínico e analítico. No caso do nosso centro, permitiu-se a auto referenciação de utentes e definiu-se como eixo prioritário o concomitante rastreio e tratamento de infeções sexualmente transmissíveis (IST). Pretende-se caracterizar a população referenciada, avaliar a ligação e retenção aos cuidados e a incidência de IST neste primeiro ano de consulta.

Métodos: Estudo retrospectivo observacional da coorte de indivíduos referenciados a consulta de PrEP entre Outubro de 2021 e Setembro de 2022. A avaliação trimestral inclui, para além de rastreio de VIH, sífilis, hepatites A, B e C, e infeção por N. gonorrhoeae e C. trachomatis.

Resultados: Referenciados 126 indivíduos, com idade média de 34 anos, a maioria do género masculino (98,4%), com frequência do ensino superior (47,6%), nacionalidade portuguesa (57,1%) e brasileira (27,8%). Auto-referenciaram-se 21 indivíduos (16.7%) e 77 (61.1%) foram referenciados pelo Checkpoint Lx. Foram avaliados 110, dos quais 105 (95.5%) eram homens que fazem sexo com homens. Documentaram-se como indicadores de risco: 78 (70.9%) com história prévia de ISTs, em 76 (69.1%) uso irregular

de preservativo, 56 (50.9%) com ≥ 6 parceiros nos últimos 6 meses, 29 (26.4%) praticavam chemsex, 22 (20%) tinham realizado Profilaxia Pós-Exposição, e 15 (13.6%) PrEP prévia. Iniciaram PrEP 102 indivíduos, registando-se 20 (19,6%) casos de abandono aos 3 meses. Apurou-se uma prevalência de IST de 36,4% (n = 110) na avaliação inicial, 32% (n = 60) aos 3 meses, e 19% (n = 32) aos 6 meses de seguimento, para uma incidência de 0,09 casos/mês de seguimento. A sífilis foi a infeção mais frequente (16 casos), seguida da infeção por C. trachomatis retal (14), e por N. gonorrhoeae retal (12) e orofaríngea (11).

Diagnosticou-se 1 infeção VIH breakthrough ao 3º mês de seguimento, identificando-se a mutação M184V em Teste de Resistência basal.

Conclusões: Neste primeiro ano, não se verificou aumento de incidência de IST associada ao início de PrEP. Observou-se uma taxa elevada de perda de seguimento, apesar da elevada procura e da possibilidade de autorreferenciação, que levanta a necessidade de otimização da retenção para maximizar a eficácia desta estratégia.

PO 05

CARGA VIRAL NA INFEÇÃO VIH-2: A EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO HOSPITALAR

Júlia Henriques¹; Maria de Fátima Gonçalves¹; Isabel Diogo¹; Inês Costa¹; Joaquim Cabanas¹; Sandra Fernandes¹; Perpétua Gomes¹

¹Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital Egas Moniz

Introdução: A infeção por VIH-2 é endémica na África Ocidental e distribui-se por algumas regiões do mundo, nomeadamente, em Portugal que apresenta a maior taxa de infeções identificadas na Europa. A infeção por VIH-2 tende a ser mais indolente, com menor patogenicidade, menor transmissibilidade e progressão mais lenta para o estadio de SIDA. No entanto, estes doentes têm muitas vezes

uma fase de SIDA mais exacerbada que os doentes VIH-1.

Objetivo: Análise retrospectiva dos pedidos de Carga Viral (CV) de VIH-2 entre 1 de janeiro de 2017 a 31 de dezembro de 2021, recebidos de vários hospitais na região centro e sul do país e ilhas.

Material e métodos: Amostras de plasma em tubo de EDTA/K3 para determinação de ARN de VIH-2. O ARN viral foi extraído no equipamento automático EMAG® e amplificado por uma técnica de RT-PCR, utilizando o Kit TaqMan Fast Virus1-Step Master Mix, 4 primers, 2 sondas e um controlo interno de reação. A deteção e quantificação do ARN viral foi efetuada no termociclador - tempo real StepOne®.

Os dados em análise foram retirados do software laboratorial Clinidata XXI®.

Resultados: Foram processadas 6781 amostras; 85% (n = 5774) tinham CV indetetável (<40 cópias/mL). Das 1007 amostras com CV > 40 cópias/mL, 62% (n = 620) apresentam CV baixas - inferior a 1000 cópias/mL.

A maioria das amostras (66%) referem-se a doentes do género feminino (n = 4480) e há uma maior prevalência da infeção em doentes com idade > 50 anos (72% das amostras). Relativamente ao número de pedidos de CV pelo Hospital de origem: mais de 1/3 das amostras referem-se a doentes do Hospital Fernando da Fonseca (37%); seguido pelo Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental e Laboratório Synlab, a enviar 17% e 16% das amostras, respetivamente.

Conclusão: Tal como descrito na literatura, a experiência do nosso Centro Hospitalar mostra que os doentes com VIH-2 têm maioritariamente idade avançada, apresentam globalmente CV mais baixas quando comparados com a infeção VIH-1 e em Portugal tem uma maior prevalência nas zonas onde habitam populações oriundas da África Ocidental. Não obstante da infeção por VIH-2 ser muitas

vezes assintomática e cursar com carga viral indetetável, a determinação do ARN viral é mandatário na monitorização da infeção, uma vez que a sua deteção é sinónimo de progressão para a fase de SIDA.

Palavras-chave: VIH-2, Carga Viral, RT-PCR

PO 06

ANÁLISE COMPARATIVA DA QUANTIFICAÇÃO DO ARN DE VIH-1 POR RT-PCR EM TEMPO REAL E TMA

Júlia Henriques¹; Joaquim Cabanas¹; Sandra Fernandes¹; Isabel Diogo¹; Inês Costa¹; Maria de Fátima Gonçalves¹; Perpétua Gomes¹
¹Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital Egas Moniz

Introdução: A determinação da carga viral (CV) do Vírus da Imunodeficiência Humana 1 (VIH-1) no plasma é clinicamente importante no diagnóstico, na monitorização, no prognóstico da infeção e é a análise mais relevante no reconhecimento precoce de falência terapêutica.

Uma vez que os limites de decisão clínica se aproximam do limite inferior de quantificação da maioria dos ensaios laboratoriais é crucial garantir a uniformidade e elevada sensibilidade dos testes de quantificação do ARN VIH-1. Os ensaios para quantificação de ARN VIH-1 são baseados em técnicas de amplificação de ácidos nucleicos. Atualmente a técnica de PCR em tempo real é a metodologia mais utilizada. Mais recentemente surgiu uma nova metodologia baseada na amplificação mediada por transcrição (TMA).

Objetivo: Comparar o desempenho analítico entre o “Aptima HIV-1 Quant Dx Assay” da Hologic® e o “COBAS Ampliprep/COBAS TaqMan HIV-1 Test v2.0” da Roche® em amostras de plasma.

Material e métodos: Foram testadas em paralelo 183 amostras de plasma EDTA/K3 no equipamento Panther Fusion® da Hologic® (metodologia TMA) e no Cobas® 4800 da

Roche® (RT-PCR em tempo real). O limite inferior de quantificação é <30 cópias/mL (Hologic®) e <20 cópias/mL (Roche®). O limite superior de quantificação é >10 milhões cópias/mL para ambos os ensaios. Foram utilizados controlos de diferentes níveis (negativo, nível baixo e alto). Os dados em análise foram retirados do software Clinidata XXI®. Os resultados foram analisados utilizando o método de dispersão de Bland-Altman.

Resultados: Dos resultados obtidos 94,5% estão representados entre os limites de concordância (limite superior 0,405 e limite inferior -0,305). O viés das amostras em relação à média, é 0,05. Este valor indica que um dos métodos (“TMA - Aptima HIV-1 Quant Dx Assay”) nas cargas virais com $\log_{10} > 5$ apresenta valores mais elevados.

Conclusão: O método de Bland-Altman é utilizado para a representação da concordância entre dois testes. A interpretação depende das condições pré-determinadas para aceitar a concordância entre os mesmos, que neste caso foi de $\log_{10} = 0,5$. Nesta comparação, as diferenças encontradas não são estatisticamente significativas. Os dois métodos podem ser utilizados em simultâneo ou alternadamente. A utilização de destes métodos não implica alterações laboratoriais (intervalos de referência) ou na tomada de decisão clínica (terapêutica).

Palavras-chave: Carga Viral, TMA, RT-PCR

PO 07

QUE CARACTERÍSTICAS TÊM OS CASOS DE INFEÇÃO POR VIH DIAGNOSTICADOS "DE NOVO"?

Gonçalo Cristóvão¹; Ana Gonçalves¹; Vasco Almeida¹; Claudina Cruz¹; Freddy Ramirez¹; Diana Seixas¹; Maria José Manata¹; Fernando Maltez¹

¹CHULC/Hospital Curry Cabral

Introdução: É na Área Metropolitana de Lisboa que, ao longo das últimas três décadas, se tem registado a maioria de novos casos de

infecção por vírus da imunodeficiência humana (VIH) a nível nacional. Dado o período pandémico de COVID-19, existe atualmente uma lacuna na avaliação da evolução desta infeção relativa ao triénio 2019-2021.

Objetivos: Descrição das características clínicas e imunológicas de um grupo de doentes com diagnóstico “de novo” de infeção por VIH entre 2019 e 2021.

Métodos: Análise retrospectiva dos processos clínicos dos doentes com infeção por VIH, diagnosticados entre janeiro de 2019 e dezembro de 2021 num Serviço de Doenças Infecciosas em Lisboa, Portugal.

Resultados: Nos últimos três anos (2019, 2020 e 2021) foram diagnosticados 308 doentes com infeção por VIH (132, 84 e 92). A maioria dos doentes encontra-se no grupo etário entre os 30-39 anos (33,1%), em ambos os sexos, e 39% doentes têm mais de 50 anos. Relativamente ao país de origem, a maioria dos doentes é de Portugal (45,1%), seguindo-se o Brasil (26,0%), Guiné-Bissau (7,5%) e Angola (6,2%).

A via de transmissão encontrada foi a sexual em 97,8% dos casos, 58,8% em homens que têm sexo com homens (HSH), 39,0% de transmissão heterossexual (HTS) e apenas 2,2% devida a utilização de drogas endovenosas. A idade mediana, à data do diagnóstico, foi de 36 anos, sendo de 45,5 anos em HTS e de 33,4 anos em HSH. Relativamente ao estágio clínico na primeira avaliação, 57,5% encontrava-se assintomática e 12,0% apresentava doença definidora de SIDA. Do estudo das populações linfocitárias, 46,8% dos doentes teve diagnóstico tardio com linfócitos TCD4+ entre 200 e 350 células/ μ L, e 24,0% doença considerada avançada, com depleção de linfócitos TCD4+ (< 200 células/ μ L).

Conclusão: É reconhecido que a pandemia de COVID-19 alterou a dinâmica de acesso aos cuidados de saúde, não estando ainda dis-

poníveis dados concretos sobre o impacto na apresentação e diagnóstico de novos casos de infeção por VIH em Portugal.

No triénio 2019-2021 foram documentados 308 novos diagnósticos, sendo a principal via de transmissão a sexual, entre HSH, na quarta década de vida. Apesar da maioria ser portuguesa, os novos diagnósticos são também representativos em migrantes provenientes do Brasil. Metade dos diagnósticos ocorreu tardiamente, exigindo revisão das oportunidades perdidas, por forma a melhorar a saúde individual destes doentes e permitir o controlo desta pandemia em termos de saúde pública. **Palavras-chave:** VIH-1/2, novos doentes, caracterização

PO 08

OPORTUNIDADES PERDIDAS DE DIAGNÓSTICO DE INFEÇÃO POR VIH – UM ESTUDO RETROSPECTIVO

João Lourinho¹; Maria João Miguel¹; Frederico Gonçalves¹; Helena Pires¹; Tomás Nunes¹; Francisco Vale¹; Liliana Alves¹; André Gomes¹; Rita Magano¹; Susana Boavida¹; Cláudia Franco¹; Diana Fernandes¹; Luís Duque¹; Paula Brito¹; Júlio Botas¹; Maria João Aleixo¹; Nuno Marques¹

¹Hospital Garcia de Orta, EPE

Introdução: O diagnóstico tardio de infeção por VIH tem sido relacionado com a pouca realização de serologia VIH, mesmo quando clinicamente indicado, e está associado ao aumento da morbimortalidade e do risco de transmissão.

Objetivos: Quantificação e caracterização de oportunidades perdidas (OP) para diagnóstico precoce de infeção por VIH.

Material e métodos: Realizado estudo observacional retrospectivo dos doentes adultos com primeira consulta de Infecçiology/TARV entre 01/2019 e 03/2022 num hospital terciário, sem terapêutica antirretroviral prévia (naïve). Obtidos dados demográficos, clínicos, de tratamento e prognóstico através da consulta do processo clínico.

Definida OP como qualquer encontro nos cuidados de saúde com doentes com condição clínica indicadora ou associada a infeção por VIH ou condição epidemiológica com indicação para rastreio, no qual este não foi realizado. Analisadas as OP nos dois anos anteriores ao diagnóstico.

Análise estatística: Microsoft Excel®.

Resultados e conclusões: Incluídos 206 doentes naïve, de um total de 506 referenciados a uma primeira consulta, 64,6% do sexo masculino, mediana de idade 39 anos, 51,5% nascidos fora de Portugal, 46,6% com provável transmissão heterossexual, 11,2% sem médico de família (MGF) nem inscrição em centro de saúde (CS).

Tiveram pelo menos uma OP 28,6% dos casos (média: 1,6 OP/doente), tendo 47,8% ocorrido no CS. Dos doentes naturais de países com prevalência de VIH superior a 1% (n = 44), 72,7% não tinham registo de serologia VIH prévia. Destes, 28,1% tinham um critério clínico, para além do epidemiológico.

Entre doentes com e sem OP, as principais diferenças epidemiológicas observadas foram: a naturalidade (61% dos doentes com OP nasceram em Portugal vs 43,5% nos doentes sem OP) e a inscrição em CS com MGF atribuído (74,6% dos doentes com OP tinham MGF e CS vs 54,4% nos doentes sem OP).

Doentes com OP tiveram uma apresentação mais tardia de doença, com 40,7% com valor de células T CD4+ inferior a 200 (vs 28,8%) e 30,5% com pelo menos uma condição definidora de SIDA ao diagnóstico (vs 15%).

Os principais grupos clínicos identificados como OP foram síndromes mononucleosídicas (17%), outras infeções sexualmente transmissíveis (17%), alterações analíticas hematológicas (16%) e sintomas constitucionais e gastrointestinais (15%).

Este estudo demonstrou que existem várias OP de diagnóstico de infeção por VIH. O seu

reconhecimento precoce terá impacto positivo no prognóstico individual e a nível de saúde pública.

PO 09

CARACTERIZAÇÃO DOS NOVOS DIAGNÓSTICOS DE VIH NUM HOSPITAL TERCIÁRIO

Maria Miguel¹; João Lourinho¹; Frederico Gonçalves¹; Helena Pires¹; Tomás Robalo Nunes¹; Francisco Vale¹; Liliana Alves¹; André Gomes¹; Rita Magano¹; Susana Boavida¹; Cláudia Franco¹; Diana Fernandes¹; Luís Duque¹; Paula Brito¹; Júlio Botas¹; Maria João Aleixo¹; Nuno Marques¹
¹Hospital Garcia de Orta, EPE

Introdução: Nos últimos anos o paradigma da infeção por VIH tem sofrido alterações, quer pela mudança epidemiológica, quer pelo desenvolvimento de novas ferramentas terapêuticas que permitiram alterar a evolução da doença.

Objetivos: Caracterização epidemiológica, virológica e imunológica dos doentes com infeção por VIH que iniciaram seguimento no Serviço de doenças infecciosas de um hospital terciário, sem terapêutica prévia (naïve).

Material e métodos: Revisão retrospectiva através da consulta do processo clínico dos doentes com infeção por VIH que iniciaram seguimento em consulta de Infeciologia entre Janeiro de 2019 e Março de 2022. A análise estatística foi realizada em Microsoft Excel®.

Resultados e conclusões: Foram revistos 506 processos clínicos dos doentes com infeção por VIH que iniciaram seguimento em consulta de Infeciologia, dos quais 206 naïves. Destes, 133 (65%) eram homens, idade mediana 39 anos [18-77] sendo 100 (49%) naturais de Portugal, 65 (32%) de África subsariana e 36 (17%) do Brasil. A via de transmissão mais frequente foi a sexual (84%; n = 173), maioritariamente heterossexual (55%). Verificaram-se 0,97% (n = 2) através de toxifilia endovenosa.

Do ponto de vista virológico identificaram-se 197 (96%) casos de infeção por VIH-1 e 9 (4%) por VIH-2. Os subtipos mais frequentes foram: B (81), G (28), C (22), F (16) e CRF02_AG (11). Foram identificadas mutações de resistência primária em 21 (10%) doentes, dos quais 10 (48%) com nacionalidade portuguesa. A mutação de resistência mais frequente foi a K103N (48%). A maioria (67%) dos doentes tinham uma única mutação e 2 apresentaram mutações conferindo resistências a mais do que uma classe.

Em relação ao estágio imunológico, a mediana de LT CD4+ ao diagnóstico foi de 325/mm³ [3-1164]. A maioria teve diagnóstico tardio (53% com LT CD4+ ≤350/mm³). Destacar que 142 (69%) se encontravam em estadio A, 24 (12%) em estadio B e 40 (19%) em estadio C. Do total, 9 (4%) foram diagnosticados em contexto de infeção aguda. A doença definidora de SIDA mais frequente foi a Pneumocistose. Encontram-se sob TARV 195 doentes, 87% sob regime de comprimido único.

É importante ter em conta a possibilidade de resistências primárias quando se inicia um esquema terapêutico, mesmo em doentes sem experiência prévia, sendo a percentagem de mutações semelhante a estudos nacionais. Grande parte dos doentes continua a ser diagnosticado numa fase avançada da infeção, pelo que o rastreio tem uma importância fundamental em todos os doentes.

PO 10

VIH E BICITOPENIA: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO

Sara Magalhães¹; Agnieszka Czajkowska¹;

Maria Carlos¹; Madalena Vicente¹;

Ana Catarina Rodrigues¹

¹H Curry Cabral Lisboa

Palavras-chave: Vírus da imunodeficiência humana (VIH); Bicitopenia; Diagnóstico

Introdução: A maioria dos casos de infeção por VIH apresenta uma evolução silenciosa até ao desenvolvimento de imunossupressão grave, dificultando o diagnóstico caso não exista um elevado grau de suspeição clínica. As alterações hematológicas são frequentes e de natureza multifatorial, estando associadas a fases avançadas do VIH, carga viral elevada, uso de antirretrovirais, infeções oportunistas crónicas e condições infiltrativas.

Descrição do caso: Mulher de 56 anos com antecedentes de hipertensão arterial, dislipidemia, diabetes mellitus tipo 2 não insulino-dependente e anemia medicada pelo médico assistente com sulfato ferroso, ácido fólico e vitamina B12. Recorre ao Serviço de Urgência por astenia, tonturas e náuseas com 2 meses de evolução e de agravamento progressivo, sem perdas hemáticas perceptíveis. Ao exame objetivo, mucosas ligeiramente descoradas. Analiticamente, apresentava anemia normocítica/normocrómica (hemoglobina 9,3 g/dL) e leucopenia (leucócitos $2,59 \times 10^9/L$) com neutropenia absoluta. Rastreio SARS-CoV-2 positivo, tendo sido considerada infeção ligeira. Decidido internamento para investigação da bicitopenia. Do estudo realizado a destacar percentagem de reticulócitos normal, ferrope-
nia (37 ug/dL) com saturação da transferrina diminuída (15,6%) e ferritina aumentada (880,2 ng/mL), sem défices de ácido fólico ou vitamina B12, e esfregaço de sangue periférico sem alterações. Realizou TC toraco-abdomino-pélvica com identificação de nódulo

pulmonar de 6 mm, sem sinais de agressividade, com indicação para reavaliação dentro de 6-12 meses e múltiplas adenopatias axilares bilaterais. Para melhor caracterização do quadro pedidos estudos endoscópicos e serologias com diagnóstico de infeção VIH-1, com carga viral 4270000 cópias/mL, CD4+ 108,58 Cells/u, subtipo C, sem resistência aos antirretrovirais e HLA B 5701 negativo, iniciando bictegravir, emtricitabina e tenofovir. Foram ainda excluídas outras infeções virais (hepatites A, B e C, CMV e EBV), infeção por *Toxoplasma gondii*, *Leishmania*, malária ou sífilis. Assumiu-se assim bicitopenia em provável contexto de supressão medular causada pela infeção VIH-1. Na alta referenciada para consulta externa de Doenças Infeciosas e Medicina Interna.

Conclusão: Pretende-se ilustrar uma forma de apresentação menos frequente do VIH, chamando à atenção para a multiplicidade de sintomas inespecíficos através dos quais está infeção se pode manifestar e a importância do diagnóstico precoce mesmo em situações onde a suspeição clínica é baixa.

PO 11

SÍNDROME DE SWEET

– EFEITO ADVERSO DE TARV

Mariana Ribas Laranjeira¹; Sofia Nunes¹;

Luís Malheiro¹; Cristovão Figueiredo¹; Tiago Teixeira¹

¹Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho

Introdução: Para além das múltiplas interações medicamentosas associadas ao tratamento antirretrovírico (TARc), também a ocorrência de reações adversas constitui um motivo de preocupação entre os infecciológicos pela possibilidade de frequentemente comprometer a adesão à terapêutica.

No caso da associação bictegravir + emtricitabina + tenofovir (TAF/FTC/BIC), as reações adversas mais comuns incluem distúrbios gastrointestinais (náuseas, vômitos, dor abdominal), alterações neurológicas (cefaleia,

tonturas e alterações do ciclo sono-vigília) e sintomas constitucionais (astenia), com uma incidência aproximada de 6%. Menos frequentemente, menos de 2% dos doentes reportam alterações cutâneas (rash) e modificações comportamentais (depressão, ideação suicida).

Descrição do caso: Homem de 54 anos. Antecedentes pessoais de infeção VIH-1 (diagnóstico de Maio/2022), infeção crónica por VHB, sífilis latente, síndrome depressivo. Iniciou TARc com TAF/FTC/Bic - mantendo-se sem sintomas na primeira semana, período após o qual iniciou clínica de tosse produtiva, dispneia de esforço, anorexia e hipersudorese nocturna com aparecimento concomitante de lesões maculares nos membros superiores, com sensação de ardor, tendo estas progredido para lesões vesiculares confluentes, dolorosas, com afetação das palmas das mãos. Decidido internamento para estudo etiológico e tratamento sintomático.

Durante o internamento foram excluídas as possíveis etiologias infecciosas de eritema multiforme, designadamente HSV1 e 2 e *Mycoplasma pneumoniae*, iniciado tratamento sintomático com antihistamínico e solicitada colaboração de Imunoalergologia e Dermatologia: - Imunoalergologia excluiu hipersensibilidade a beta-lactâmicos (pela pertinência de tratamento de sífilis latente); - Dermatologia efetuou biópsia das lesões, sugeriu suspensão de TARc, e instituiu corticoterapia sistémica.

Com a instituição de corticoterapia o doente apresentou melhoria sintomática, tendo tido alta ao fim de 5 dias, com reavaliação precoce em consulta externa.

Excluídas outras etiologias, uma das hipóteses diagnósticas seria a ocorrência de eritema multiforme como manifestação cutânea associada ao TARc. Contudo, os resultados anatomo-patológicos da biópsia não corroboraram esta possibilidade, sugerindo tratar-se de dermatose de padrão neutrofilico - Síndrome de Sweet - em contexto de provável síndrome de reconstituição imunológica (SIRI).

raram esta possibilidade, sugerindo tratar-se de dermatose de padrão neutrofilico - Síndrome de Sweet - em contexto de provável síndrome de reconstituição imunológica (SIRI).

Conclusão: A multiplicidade de diagnósticos diferenciais de SIRI deve incluir, além da ocorrência de infeções oportunistas/pré-existentes, a exclusão de toxicidade farmacológica assim como a não aderência ao regime terapêutico prescrito.

PO 12

AVALIAÇÃO DO PERFIL DE RESISTÊNCIA AOS ANTIRETROVIRAIS EM DOENTES COM INFEÇÃO VIH-2

Júlia Henriques¹; Maria de Fátima Gonçalves¹; Inês Costa¹; Sandra Fernandes¹; Isabel Diogo¹; Joaquim Cabanas¹; Perpétua Gomes¹

¹*Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital Egas Moniz*

Introdução: A abordagem terapêutica dos doentes com infeção VIH-2 difere da utilizada para os doentes com infeção por VIH-1, estando dependente do momento da infeção, da virémia plasmática e da contagem de linfócitos CD4+. Não existem antiretrovirais específicos para o VIH-2 e os esquemas terapêuticos atualmente recomendados são idênticos aos fármacos usados para tratar o VIH-1, havendo, no entanto, um número muito inferior de opções terapêuticas para estes doentes por apresentarem resistência natural a alguns antirretrovirais utilizados no tratamento da infeção VIH-1.

Objetivo: Avaliar a experiência do Centro Hospitalar na realização dos testes de resistência (TR) aos inibidores nucleósidos da transcriptase reversa (INTR), inibidores da protease (IP) e inibidores da integrase (II) para o VIH-2, no período de 1 de janeiro de 2017 a 31 de dezembro de 2021.

Material e métodos: Amostras de plasma em tubo de EDTA/K3. O ARN viral foi extraído no equipamento automático EMAG®. Foi utiliza-

do um método da amplificação baseado em reacções de RT-PCR e Nested-PCR de acordo com um protocolo desenvolvido “in house” para identificação de resistências do VIH-2 aos antiretrovirais. Os produtos amplificados foram purificados utilizando uma enzima comercial e sequenciados pelo método de Sanger. As mutações descritas foram identificadas e interpretadas de acordo com o algoritmo HIV-2 EU.

Os dados em análise foram retirados do software laboratorial Clinidata XXI®.

Resultados: Foram efectuados 365 testes de resistência; 263 testes aos INTR/IP e 102 testes aos inibidores da integrase. Das amostras processadas para TR aos INTR/IP 24% (n = 63) não amplificaram e 28% (n = 73) foram considerados positivos. Relativamente ao TR aos inibidores da integrase 31% (n = 32) das amostras não amplificaram e 17% (n = 17) apresentaram mutações de resistência a estes fármacos.

As mutações mais frequentemente encontradas foram: M184V (27%), V111I (19%) e K65R (17%) para os INTR; I54M e L90M (24%) e I50V (19%) na região da protease; N155H e T97A (27%) e E92Q na região da integrase.

Conclusão: Os testes de resistência são uma ferramenta útil para avaliação da resistência transmitida de VIH-2 em doentes naive e para avaliação de falência farmacológica precoce em doentes tratados. As mutações de resistência mais frequentemente identificadas conferem resistência aos fármacos utilizados como primeira linha no tratamento da infeção por VIH.

Palavras-chave: VIH-2, resistência, mutações

PO 13

INÍCIO RÁPIDO DA TERAPÊUTICA ANTIRRETROVÍRICA: O QUE MUDOU ENTRE 2016 E 2021? – DADOS DE VIDA REAL

Sara Rebelo Casanova¹; João Borralho¹; Carolina Fernandes²; Joana Vasconcelos¹; João Alves¹; Susana Peres¹; Ana Cláudia Miranda¹; Teresa Baptista¹; Kamal Mansinho¹

¹Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital Egas Moniz; ²Centro Hospitalar de Leiria / Hospital de Santo André

Introdução: Em 2015, numa era de terapêutica antirretrovírica (TARV) bem tolerada e de elevada efectividade, a Organização Mundial da Saúde recomendou o início do tratamento a todos os doentes com diagnóstico de infeção por VIH, independentemente do seu estado imunitário. Estudos recentes demonstraram benefícios no início precoce de TARV, resultando no mais rápido controlo virológico e redução da transmissibilidade, sendo questionável ainda o impacto no ganho de adesão e risco de emergência de resistências. Em Portugal, os dados referentes ao ano de 2015, reportavam um tempo médio, entre a 1ª consulta e o início de TARV, de 76 dias, valor que diminuiu para 68 dias em 2017.

Métodos: Estudo observacional retrospectivo de coorte, que incluiu as pessoas diagnosticadas com infeção por VIH e referenciadas à consulta de Infecçologia de um centro hospitalar terciário, no período de 6 anos (2016-2021).

Resultados: A análise incluiu 616 doentes com diagnóstico “de novo” de infeção por VIH entre 2016 e 2021, que iniciaram terapêutica ARV através da consulta ou internamento. Reportada uma idade média de 41 ± 13 [21;88] anos e predomínio do sexo masculino (77,6%; n = 478). A maioria de nacionalidades portuguesa (43,5%), brasileira (25,2%), e 23,7% provenientes de países africanos de língua oficial portuguesa. Foram referenciados predominantemente através de: estruturas de rastreio comunitário (36,2%), do serviço de

urgência (13,0%) ou dos cuidados de saúde primários (12,7%). Nos biénios 2016-2017, 2018-2019 e 2020-2021 foram respectivamente avaliados 210, 209 e 197 novos diagnósticos de infeção por VIH. A demora entre a primeira consulta e o início terapêutico, em meses, foi respectivamente $3,5 \pm 6,9$ [0,03;57,1]; $2,2 \pm 4,1$ [0,03;27,9]; $1,1 \pm 1,4$ [0,03;12,6]. O tempo até à indetectabilidade da viremia VIH foi de 7,2; 4,4 e 3,3 meses. A taxa de abandono da consulta foi de 20,0%; 15,8% e 3,6%.

Conclusão: Desde 2017, as orietações clínicas nacionais recomedam o início precoce de TARV. Na avaliação de doentes com diagnóstico de infeção por VIH entre 2016-2021 e apesar de se verificar uma demora superior entre a primeira consulta e o início terapêutico em 2016 e 2017, quando comparado com os dados nacionais, foi notória a redução deste tempo ao longo dos anos. Objetivou-se ainda menor demora até ao controlo virológico e menor taxa de abandono. Os anos da pandemia (2020-2021) não impactaram negativamente o tempo até ao início de TARV.

PO 14

RESISTÊNCIA AOS INIBIDORES DA INTEGRASE NO TRATAMENTO DA INFEÇÃO PELO VIH-1 ENTRE 5/2016 E 4/2022

Marcela Coiana¹; Nasselah Yunus Mussá¹; Luísa Sêco¹; Ana Bandeiras¹; Nadia Gomes¹; Natália Patrício¹; Guilhermina Marques¹

¹Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Palavras-chave: Resistência, Inibidores da Integrase, VIH-1.

Introdução: O vírus da imunodeficiência humana (VIH) continua a ser um grande problema de saúde pública mundial. Em 2007 foi aprovado o primeiro fármaco de uma nova classe de antirretrovíricos, a dos Inibidores de Integrase. Os diversos ensaios clínicos realizados e a experiência clínica adquirida

na utilização dos Inibidores da Integrase confirmaram as suas potencialidades, pelo que esta classe de fármacos constitui uma nova abordagem e assume grande importância no tratamento da infeção pelo VIH.

Objetivos: Avaliar a resistência aos Inibidores da Integrase (InSTIs) no tratamento dos doentes infetados por VIH-1.

Material e métodos: Foram incluídos neste estudo os pacientes infetados pelo VIH-1 estudados no hospital no período de 5/2016 a 4/2022. Os resultados do estudo genotípico do VIH-1 e resistência aos inibidores da integrase foram obtidos através da metodologia ViroSeq da Abbott (“HIV-1 Integrase Genotyping kit”- sequenciação Sanger da região pol que codifica a integrase). A análise do subtipo e mutações de resistência foi efetuada através da base de dados Stanford HIV Drug Resistance Database. Os dados dos pacientes e resultados dos testes de resistência foram obtidos a partir do sistema informático Clinidata XXI.

Resultados: Obtiveram-se 1507 amostras correspondentes a 1190 pacientes, dos quais 680 (57,2%) homens e 510 (42,8%) mulheres, com idades compreendidas entre os 3 e os 82 anos. Foram encontradas mutações em 94 amostras (6,2%), correspondendo a 77 doentes (6,4%), dos quais 43 (56%) são homens e 34 (44%) são mulheres. Dos 77 doentes, 25 (33,2%) apresentam mutações major, 43 (55,8%) apresentaram mutações acessórias e os restantes 9 doentes (11%) apresentaram ambas. Do total, 13 doentes (17%) são drug naïve e apresentaram mutações acessórias. 27% (n = 21) dos indivíduos estavam infetados por vírus do subtipo B, 27% (n = 21) pelo subtipo CRFO2- AG, 26% (n = 20) pelo subtipo G e os restantes 20% corresponde a outros subtipos. As mutações major encontradas com maior frequência foram as mutações N155H (30,4%) e R263K (13%) e as mutações

acessórias são a mutação E157Q (30,4%) e T97A (26,8%).

Conclusões: Neste estudo, 6,4% dos indivíduos apresentaram mutações associadas a resistência no gene da integrase com impacto na resposta à terapêutica com InSTIs. A prevalência de mutações N155H e T97A poderá estar relacionada com a utilização do raltegravir. As mutações encontradas são independentes do subtipo. A posterior caracterização dos regimes terapêuticos destes pacientes com mutações associadas a resistência aos InSTIs poderá explicar a prevalência das mutações encontradas.

PO 15

ANÁLISE INTEGRADA AOS 5 ANOS DE SEGUIMENTO DE B/F/TAF EM ADULTOS NAÍVE COM VIH

Maria Pinto da Silva¹; Paul e. Sax²; Jose Arribas³; Chloe Orkin⁴; Adriano Lazzarin⁵; Anton Pozniak⁶; Franco Maggiolo⁷; Hans-Jürgen Stellbrink⁸; Yazdan Yazdanpanah⁹; Rima Acosta¹⁰; Hailin Huang¹⁰; Jared Baeten¹⁰; Jason Hindman¹⁰; Hal Martin¹⁰; David Wohl¹¹

¹Gilead Sciences Lda., Portugal; ²Brigham and Women's Hospital, Boston, MA, US; ³Hospital Universitario La Paz, Madrid, Spain; ⁴Queen Mary University of London, London; ⁵San Raffaele Hospital Milan, Milan, Italy; ⁶Chelsea and Westminster Hospital, London, UK; ⁷Azienda Ospedaliera Papa Giovanni XXIII, Bergamo, Italy; ⁸ICH Study Center, Hamburg, Germany; ⁹Hôpital Bichat Claude Bernard, Paris, France; ¹⁰Gilead Sciences Inc, Foster City, CA, US; ¹¹UNC School of Medicine, Chapel Hill, NC, US

Introdução: Bictegravir/emtricitabina/tenofovir alafenamida (B/F/TAF) é um regime de comprimido único recomendado pelas guidelines para pessoas com VIH-1 (PVIH). Os resultados do endpoint primário à semana (S) 48 e secundários às 96S e 144S da fase oculta de dois estudos estabeleceram a não inferioridade de B/F/TAF vs. dolutegravir/abacavir/lamivudina (DTG/ABC/3TC) e DTG+F/TAF em PVIH sem tratamento prévio. Apre-

sentamos os resultados agrupados da fase de extensão aberta de 96S (OLE) nos participantes inicialmente aleatorizados para B/F/TAF com um seguimento total de 240S.

Métodos: Conduzimos dois estudos aleatorizados, em dupla ocultação, de fase 3 em PVIH naïve: Estudo 1489 (B/F/TAF vs DTG/ABC/3TC) e Estudo 1490 (B/F/TAF vs DTG+F/TAF). A fase aberta iniciou-se depois de todos os participantes completarem a S144, após a qual todos receberam B/F/TAF. Os participantes originalmente aleatorizados para B/F/TAF que entraram na OLE foram agrupados no grupo B/F/TAF. A análise à S240 avaliou a eficácia pela proporção de ARN VIH-1 <50 c/ml através de análises missing=excluded (M=E) e missing=failure; a segurança foi avaliada pelos acontecimentos adversos (AAs) e resultados laboratoriais.

Resultados: 634 participantes originalmente aleatorizados/tratados com B/F/TAF (506 [80%] tratados em OLE), 89% homens, 33% afrodescendentes, idade mediana 32 anos (18-71). À S240, 98,6% (426/432) dos participantes B/F/TAF mantiveram ARN VIH-1 <50 c/ml (M=E) com um aumento médio de CD4 de +338 células/μl desde a baseline. Não houve emergência de resistências nos participantes em B/F/TAF. No grupo B/F/TAF, até à S240, 28% (178/634) tiveram um AA relacionado com a terapêutica, 1% (9/634) foram de Grau 3 ou 4. AAs levaram à descontinuação da terapêutica em <1,6% (n = 10/634) dos participantes. Não houve descontinuações devido a AAs renais. As alterações lipídicas à S240 foram semelhantes à S192, com alteração mínima no CT:HDL. A alteração de peso mediana (IIQ) desde a baseline até a S240 foi de +6,1kg (2,0; 11,7), com +3kg (0,3; 5,8) a ocorrer durante o primeiro ano.

Conclusões: Ao longo de 5 anos de seguimento, B/F/TAF manteve elevadas taxas de supressão virológica sem emergência de

resistências e raras descontinuações da terapêutica devido a AAs. Estes resultados demonstram a durabilidade e perfil de segurança de B/F/TAF em PVVH.

Palavras-chave: BICTEGRAVIR, EFICÁCIA, DURABILIDADE

PO 16

RESULTADOS À SEMANA 48 DE B/F/TAF VS DTG+F/TDF EM ADULTOS NAÏVE COINFEETADOS POR VIH/VHB (ALLIANCE)

Filipa Palha¹; Anchalee Avihingsanon²; Hongzhou Lu³; Chee Loon Leong⁴; Chien-Ching Hung⁵; Ellen Koenig⁶; Sasisopin Kiertiburanakul⁷; Man-Po Lee⁸; Khuanchai Supparatpinyo⁹; Fujie Zhang¹⁰; Sophia Rahman¹¹; Michelle D'Antoni Brogan¹¹; Hongyuan Wang¹¹; Jason Hindman¹¹; Hal Martin¹¹; Jared Baeten¹¹
¹Gilead Sciences Lda., Portugal; ²HIV-NAT, Thai Red Cross AIDS Research Centre, Thailand; ³Shanghai Public Health Clinical Center, China; ⁴Department of Medicine, Kuala Lumpur General Hospital Malaysia; ⁵National Taiwan University Hospital, Taiwan; ⁶Instituto Dominicano de Estudio Virologicos – IDEV, Dominican Republic; ⁷Ramathibodi Hospital, Thailand; ⁸Queen Elizabeth Hospital, Hong Kong; ⁹Chiang Mai University, Thailand; ¹⁰Treatment of China AIDS, China; ¹¹Gilead Sciences Inc., Foster City, CA, US

Introdução: A evolução clínica da infeção por VHB em adultos coinfectados por VIH é marcada pela progressão acelerada da doença. Um regime antirretrovírico com tenofovir é recomendado na maioria das pessoas mas não há estudos aleatorizados de TDF vs TAF em adultos naíve coinfectados por VIH-1/VHB. Reportamos os resultados do endpoint primário de um estudo de fase 3 de Bictegrovir/Emtricitabina/Tenofovir alafenamida (B/F/TAF) vs Dolutegravir + Emtricitabina/Tenofovir Disoproxil Fumarato (DTG+F/TDF) à S48 em participantes que iniciaram tratamento para ambos os vírus.

Métodos: Adultos com coinfeção VIH-1/VHB foram aleatorizados 1:1 para iniciar o tratamento em ocultação com B/F/TAF ou DTG+F/

TDF (com placebo). Os endpoints primários foram a proporção de participantes com ARN VIH-1 <50 cópias/ml (FDA Snapshot) e ADN VHB plasmático <29 UI/ml (M=F) à S48. A não inferioridade foi avaliada com IC de 95% (margem de 12%). Os endpoints secundários incluíram alteração da contagem inicial de CD4, proporção com perda/seroconversão de AgHBs e AgHBe e normalização da ALT (critérios AASLD).

Resultados: 243 adultos de 11 países da Ásia, Europa, América do Norte e América Latina foram aleatorizados e tratados (121 B/F/TAF, 122 DTG+F/TDF). Características na baseline: idade mediana 32 anos, 4,5% mulheres, 88% asiáticos, 30% ARN VIH-1 >100.000 c/ml, 40% CD4 <200 células/μl, mediana ADN HBV 8,1 log₁₀ UI/ml, 78% AgHBe+. À S48, B/F/TAF foi não-inferior a DTG+F/TDF em alcançar ARN VIH-1 <50 cópias/ml (95% vs 91%, diferença de 4,1%; IC de 95% -2,5% a 10,8%, p=0,21), com aumento médio de CD4 +200 e +175 células/μl, respetivamente. B/F/TAF foi superior a DTG+F/TDF na obtenção de ADN VHB <29 UI/ml (63% vs 43%, diferença 16,6%; 95% IC 5,9% a 27,3%, p=0,0023). Os participantes tratados com B/F/TAF vs DTG+F/TDF demonstraram uma perda de AgHBs numericamente superior (13%, 6%, p=0,059), perda de AgHBe (26%, 14%, p=0,055), seroconversão de AgHBe (23%, 11%, p=0,031) e normalização de ALT (73%, 55%, p=0,066). AAs mais frequentes foram infeção do trato respiratório superior (17%, 11%), COVID-19 (13%, 11%), pirexia (9%, 12%), aumento de ALT (7%, 11%) e nasofaringite (11%, 4%). Elevações de ALT em ≥2 visitas consecutivas pós-baseline ocorreram em 11 participantes (7 B/F/TAF, 4 DTG+F/TDF) e resolveram.

Conclusão: Os adultos com coinfeção por VIH-1/VHB que iniciaram terapêutica com B/F/TAF ou DTG+F/TDF demonstraram elevada supressão de VIH-1 à S48, com B/F/TAF

a demonstrar uma supressão de ADN de VHB superior e significativamente maior seroconversão de AgHBe. Os dados de segurança foram semelhantes entre os grupos.

Palavras-chave: BICTEGRAVIR, EFICÁCIA, DURABILIDADE

PO 17

DOIS CASOS DE RESISTÊNCIA TRANSMITIDA A INIBIDORES DA INTEGRASE DE VIH-1

João Caria¹; Diana Póvoas¹; Maria José Manata¹; Fernando Maltez¹

¹H Curry Cabral Lisboa

Introdução: Após a introdução de raltegravir (RAL) como opção terapêutica em 2007, os inibidores da integrase (II) de VIH-1, têm vindo a ser crescentemente utilizados pela sua excelente eficácia, segurança e tolerabilidade. Apesar de até agora serem raros os casos documentados de resistência transmitida aos II, a generalização da utilização destes fármacos obriga a uma vigilância dessa ocorrência.

Caso clínico: Os autores apresentam dois casos clínicos.

Caso 1: Mulher angolana de 34 anos, a viver em Portugal desde 2016, com diagnóstico de infeção por VIH-1 em dezembro de 2020, no segundo trimestre de gravidez, por provável transmissão sexual, assintomática. Estadiamento basal com contagem de linfócitos TCD4+ (CLTCD4+) de 150/ μ l (15%) e carga vírica (CV) de VIH-1 de 134000 cópias/ml. Não terá iniciado terapêutica antirretrovírica (TARV), além de zidovudina intraparto em março de 2021. Inicia seguimento em abril de 2021, com CLTCD4+ de 342/ μ l (18%) e CV de VIH-1 de 286.000 cópias/ μ l; HLA-B* 5701 negativo, teste de resistência (TR) a documentar a mutação G163R no gene da integrase, a condicionar baixo nível de resistência a raltegravir (RAL) e a cabotegravir. Adicionalmente, apresentava mutação E138A no gene da transcriptase reversa. Iniciou TARV com

dolutegravir (DTG)/abacavir/lamivudina, com supressão vírica após quatro semanas de terapia. Após 14 meses de terapêutica mantém supressão vírica e recuperação imunológica satisfatória.

Caso 2: Homem de 40 anos, português, com infeção por VIH-1 diagnosticada em agosto de 2020, durante estudo de quadro de diarreia crónica, por provável transmissão sexual, tratando-se de homem que tem sexo com homens. Estadiamento inicial com CLTCD4+ de 1170/ μ l, (23%) CV VIH-1 de 35.200 cópias/ml. TR basal a documentar a mutação T97A no gene da integrase, condicionando possível resistência de baixo grau a RAL e elvitegravir. Adicionalmente, verificaram-se as mutações I54V, L90M, L33F, Q58E no gene da protease e M411L, L20W, T215S no gene da transcriptase reversa. Iniciou TARV com DTG e darunavir/colbicitato/tenofovir/emtricitabina, com supressão vírica às quatro semanas de TARV, que mantém desde então.

Conclusão: Apesar da boa evolução clínica e laboratorial em ambos os casos com a substituição de TARV, o surgimento de casos de resistência primária a II em indivíduos com seguimento em Portugal, pode obrigar a alteração de procedimentos na avaliação inicial da infeção por VIH, nomeadamente no que diz respeito à realização de TR para II.

PO 18

LITERACIA EM VIH DA POPULAÇÃO INFETADA A INICIAR/MUDAR DE TERAPÊUTICA ANTIRRETROVIRAL EM PORTUGAL

Liliana Pedro¹; Alexandra Zagalo²; Raquel Tavares³; Patrícia Pacheco⁴; Joaquim Oliveira⁵; Inês Vaz Pinto⁶; Rosário Serrão⁷; Sandra Tavares⁸; Paula Brito⁹; Fernando Maltez¹⁰; Isabel Neves¹¹; Alexandre Carvalho¹²; Eugénio Teófilo¹³; Joana Almeida¹⁴; Inês Lains¹⁴

¹Centro Hospitalar Universitário do Algarve, Portimão;

²Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria; ³Hospital Beatriz Ângelo; ⁴Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca; ⁵Centro Hospitalar e

Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra; ⁶HPP Hospital de Cascais; ⁷Centro Hospitalar de S. João, EPE; ⁸Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE / Hospital de Vila Real; ⁹Hospital Garcia de Orta, EPE; ¹⁰CHULC/Hospital Curry Cabral;

¹¹Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE / Hospital Pedro Hispano; ¹²Hospital de Braga; ¹³Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central, Hospital dos Capuchos; ¹⁴MSD Portugal. Paço de Arcos, Portugal

Introdução: A infeção por VIH tornou-se uma doença crónica controlável devido ao desenvolvimento da terapêutica antirretroviral (TARV), recomendada para todas as pessoas que vivem com VIH (PVV). A adesão ao tratamento e os resultados clínicos estão cada vez mais associados à literacia em VIH. O conhecimento acerca da doença e do tratamento ajuda a capacitar as PVV para um papel ativo na gestão da doença e pode levar a uma melhoria da sua qualidade de vida.

Objetivos: Analisar a literacia em VIH em doentes infetados por VIH-1 a iniciar ou em mudança de TARV em Portugal.

Material e métodos: Estudo observacional, transversal, realizado entre dez2019-jun2021 em 15 centros portugueses em adultos infetados com VIH-1 com e sem experiência terapêutica prévia. Os dados sobre a literacia em VIH foram recolhidos a partir de questionários auto-reportados.

Resultados e conclusões: Foram incluídos 237 doentes, dos quais 171 em mudança de TARV e 66 naïve (idade média: 48,1 vs 38,1 anos; sexo masculino: 63,2% vs 84,8%; duração média da infeção: 146,0 vs 7,4 meses; grupo de transmissão, homens que fazem sexo com homens: 19,3% vs 54,5%; carga viral <100.000 cópias/mL: 96,8% vs 50,0%; todos $p < 0,005$). Relativamente ao nível de escolaridade, 58,4% dos doentes com experiência terapêutica prévia tinham o ensino secundário ou superior, em comparação com 72,4% do grupo de naïve. No geral, 92,9% sabiam que um vírus causa a infeção e 91,6% reconheceram que a infeção por VIH é uma doença crónica que pode causar SIDA se não for tratada. No que concerne às vias de transmissão, do total dos participantes, 96,2% indicaram contato sexual, 88,2% a partilha de seringas e instrumentos não esterilizados e 77,2% também indicaram o contato com utensílios contaminados como navalhas, escovas de dentes ou tesouras. Apenas 2,1% e 0,4% do total indicaram como vias de transmissão a partilha de comida/bebida e o aperto de mãos, respetivamente. No total, 92,4% indicaram que o tratamento permite o controlo da infeção e 38,4% afirmaram que a infeção não se transmite para outras pessoas quando em tratamento. Adicionalmente, 38,8% dos participantes afirma que o tratamento permite às mulheres engravidarem com segurança. Este estudo sugere que a literacia em VIH é elevada entre PVV em Portugal, sem diferenças significativas entre as pessoas a iniciar ou em mudança de TARV, apesar das diferenças nas características potencialmente relacionadas com a literacia (por exemplo, idade e carga viral).

PO 19

PREVALÊNCIA DE MUTAÇÕES DE RESISTÊNCIA AOS ANTIRRETROVÍRICOS DO VIH1 EM DOENTES NAÏVE

Olga Costa¹; Luis Santos¹; Gouveia Pereira¹; Alicia Rodrigues¹; Isabel Dias¹; Kelly Pereira¹; Sara Gomes¹; Rita Côrte-Real¹

¹Hospital de São José

Palavras chave: VIH, resistências, subtipos

Introdução: Nos últimos anos tem se verificado um enorme avanço na terapêutica dos doentes VIH/Sida, com a utilização de fármacos com baixa toxicidade, supressão virológica duradoura e elevada barreira genética. O aparecimento de resistências primárias vem comprometer o tratamento inicial dos doentes e opções terapêuticas futuras. A prevalência de resistências primárias é variável nas diferentes regiões geográficas, o seu estudo permite criar novas guidelines e identificar as cadeias de transmissão.

Objetivo: Estudar o perfil de resistências aos inibidores da protease (IP) e transcriptase reversa (ITR) do VIH1 e subtipos predominantes em doentes naïve seguidos nas consultas externas e unidades clínicas de um centro hospitalar.

Material e métodos: Foi efetuado um estudo retrospectivo, no período compreendido entre janeiro de 2021 e julho de 2022 com 303 doentes naïve, 228 homens e 75 mulheres, idade média 40 anos e média de carga viral 532625 cópias/mL(177 – 7x10⁶). Foram estudadas as mutações, resistências associadas a fármacos e subtipos em cada doente. Foi utilizado um teste genotípico de sequenciação (método de Sanger) que permite detetar mutações nas regiões da transcriptase reversa e da protease. Os resultados foram interpretados de acordo com a base de dados “Stanford HIV Drug Resistance DataBase”(<http://hivdb.stanford.edu>). As mutações foram definidas de acordo com a lista da OMS

“Drug Resistance Mutations for Surveillance of Transmitted HIV1 Drug- Resistance “.

Resultados: Foi encontrada uma prevalência de 11,9% de doentes naïve com mutações que conferem resistências aos antirretrovíricos. Para cada classe: ITRNN-6,6%; ITRN-3,9%; IP- 3,6%. Em cada classe as mutações mais frequentes foram: ITRNN -K103N, K101E, ITRN-M41L, M184V, L210W, IP- L90M, I54V, M46I/L. Verificou-se uma elevada prevalência de resistências ao efavirenze e nevirapina. Na população estudada os subtipos mais frequentes foram: B (41%); CRF02_AG (16%); G (11%); C (11%) e A (9%).

Conclusões: Verificou-se um aumento na prevalência de resistências primárias aos antirretrovíricos de 10,4% para 11,9% quando comparada com um estudo nosso efetuado em 2017. Os ITRNN foram a classe onde se verificou mais resistências (6,6%) também evidenciado no estudo anterior. A alteração na distribuição dos subtipos verificada em relação ao estudo de 2020, com um aumento do subtipo A (1% para 9%) e uma diminuição do subtipo G (17% para 11%) pode estar relacionada com as características da população migrante em Portugal.

PO 20

TREATMENT PATTERNS AMID PEOPLE LIVING WITH HIV (PLWH) STARTING/ SWITCHING ANTIRETROVIRAL THERAPY (ART) IN PORTUGAL

Liliana Pedro¹; Alexandra Zagalo²; Raquel Tavares³; Patrícia Pacheco⁴; Joaquim Oliveira⁵; Inês Vaz Pinto⁶; Rosário Serrão⁷; Sandra Tavares⁸; Paula Brito⁹; Fernando Maltez¹⁰; Isabel Neves¹¹; Alexandre Carvalho¹²; Eugénio Teófilo¹³; Joana Almeida¹⁴; Inês Lains¹⁴

¹Centro Hospitalar Universitário do Algarve, Portimão;

²Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria; ³Hospital Beatriz Ângelo; ⁴Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca; ⁵Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE / Hospital Geral; ⁶HPP Hospital de Cascais; ⁷Centro Hospitalar de S. João, EPE; ⁸Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE / Hospital de Vila Real; ⁹Hospital Garcia de Orta, EPE; ¹⁰CHULC/Hospital Curry Cabral; ¹¹Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE / Hospital Pedro Hispano; ¹²Hospital de Braga; ¹³Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central, Hospital dos Capuchos; ¹⁴MSD Portugal. Paço de Arcos. Portugal

Background: Despite the best endeavors to improve HIV treatment, first-line therapies may not be suitable for every patient and there is an increasing need for personalized regimens. In Portugal, there's a lack of updated real-life evidence about treatment strategies used for ART-naïve and ART-experienced PLWH.

Objectives: To describe ART (regimen, therapeutic class for triple therapy) prescribed in PLWH initiating or switching ART. Demographic data, anthropometric and clinical characteristics, comorbidities and concomitant treatments are also described and stratified by participants' age.

Materials and methods: Non-interventional, cross-sectional, multicenter study conducted between 12/2019-10/2021 in 15 centers. The study population included ART-experienced and ART-naïve adult PLWH.

Results and conclusions: 237 patients were

included, 171 of which were ART-experienced. The mean age of enrolled PLWH was 45.3 years; ART-experienced PLWH were older (mean: 48.1 years) than naïve (mean: 38.1 years) ($p < 0.001$). Most PLWH were male (69.2%), 63.2% in the ART-experienced group versus 84.8% in the naïve group ($p = 0.002$). Significant differences ($p < 0.001$) were observed between groups regarding ART regimen, 32.7% of ART-experienced PLWH were on dual therapy versus 6.1% of ART-naïve PLWH and triple therapy regimens were more prominent in naïve (93.9%) versus ART-experienced PLWH (66.7%). Concerning HIV-1 characteristics, results from the comparison between groups demonstrated relevant differences in all aspects (HIV infection duration, mode of transmission, stage of disease, CD4+ T lymphocytes counts, viral load and time since HIV diagnosis and ART initiation) except for co-infection rate at inclusion (hepatitis B, hepatitis C). A total of 62% has been diagnosed with any non-AIDS-related comorbidity, 68.4% ART-experienced PLWH and 45.5% on naïve ($p < 0.001$). Most relevant comorbidities were hypercholesterolemia (21.9%), arterial hypertension (17.3%), chronic anxiety and depression (6.8%). Comparison between ART-experienced PLWH and naïve showed differences regarding hypercholesterolemia (27.4% versus 7.5%, respectively, $p = 0.028$). A total of 46% of patients were on non-ART concomitant medication. In conclusion, the profile of naïve PLWH differed from ART-experienced PLWH regarding demographic and clinical characteristics. ART triple therapeutic regimens were the most common, but for ART-experienced patients, a process of switching to dual regimens was observed.

Keywords: antiretroviral therapy, treatment patterns, real-world evidence

PO 21

RESULTADOS DO CARISEL: ESTUDO DE FASE 3B SOBRE A IMPLEMENTAÇÃO DE CAB+RPV LA NA EUROPA

Inês Augusto¹; Celia Jonsson-Oldenbüttel²; Jade Ghosn³; Marc Van Der Valk⁴; Eric Florence⁵; Francisco Vera⁶; Mounir Ait-Khaled⁷; Gilda Bontempo⁸; Supriya Iyer⁹; Rebecca Demoor¹⁰; Martin Gill¹¹; Martin Gill¹²; Jean Van Wyk¹

¹ViiV Healthcare Medical Department; ²MUC Research GmbH, München, Germany; ³Université de Paris, INSERM UMR 1137 IAME, Paris, France; ⁴Service de Maladies Infectieuses et Tropicales, AP-HP, Hôpital Bichat-Claude Bernard, Paris, France; ⁵Amsterdam UMC, Amsterdam, The Netherlands; ⁶Instituut voor Tropische Geneeskunde, Antwerp, Belgium; ⁷Hospital General Universitario de Santa Lucía, Murcia, Spain; ⁸ViiV Healthcare, Research Triangle Park, NC, United States; ⁹GSK, Bangalore, India; ¹⁰GSK, Collegeville, PA, United States; ¹¹ViiV Healthcare, Brentford, United Kingdom; ¹²Maggie Czarnogorski

Cabotegravir + rilpivirina de longa duração de ação (CAB+RPV LA) administrado de 2/2 meses (Q2M) é um regime recomendado pelas Guidelines Europeias e Americanas para pessoas que vivem com VIH (PVIH) com supressão virológica sem resistência conhecida a CAB/RPV. CARISEL é o primeiro estudo no qual todos os participantes mudaram de terapêutica oral diária para CAB+RPV LA Q2M. Reportam-se os principais endpoints de segurança e efetividade ao mês 12.

Este estudo de braço único recrutou PVIH com supressão virológica para receberem CAB+RPV LA Q2M. Foram preferencialmente selecionados centros sem experiência previa com CAB+RPV LA. Os endpoints de efetividade foram a proporção de participantes com ARN VIH-1 ≥ 50 cópias/mL e < 50 cópias/mL ao mês 12 (Algoritmo FDA Snapshot, população exposta com intenção de tratar). Também foram reportados os resultados de segurança. 13 dos 18 centros (72%) não tinham experiência prévia na administração de CAB+RPV

LA. Foram incluídos 430 participantes; 25% mulheres (sexo à nascença), 18% de raça negra, com idade média de 44 anos (30% > 50 anos). Ao mês 12, 87% ($n = 373/430$) dos participantes mantiveram ARN VIH-1 < 50 cópias/mL, e a proporção de participantes com ARN VIH-1 ≥ 50 cópias/mL foi 0,7% ($n = 3/430$). Um participante teve falência virológica confirmada ($n = 1/430$; 0,23%), tendo sido detetadas as mutações de resistência à RPV E138A+M230L mas não mutações de resistência aos INIs na amostra do mês 10 aquando da suspeita de falência virológica; a mutação à RPV E138A estava presente à baseline (avaliação retrospectiva no DNA pro-viral das células mononucleares do sangue periférico da amostra do dia 1). A maioria dos acontecimentos adversos (AAs) e AAs associados ao tratamento foram de grau 1 ou 2 (86% e 94%, respetivamente). As reações no local de injeção (RLIs) foram reportadas em 86% dos participantes; 98% foram de gravidade ligeira a moderada. A duração mediana das RLIs foi de 3 dias, com $> 80\%$ a resolverem-se em 7 dias. Poucos participantes (6%) descontinuaram devido a RLIs (Tabela). CAB+RPV LA Q2M foi bem tolerado e demonstrou elevada efetividade na manutenção da supressão virológica com baixa incidência de falências virológicas, em diversos cenários de diferentes centros Europeus.

PO 22

FOSTEMSAVIR EM ADULTOS INFETADOS POR VIH-1 COM ELEVADA EXPERIÊNCIA TERAPÊUTICA: BRIGHTE À SEMANA 240

Ana Tavares¹; Judith Aberg²; Bronagh Shepherd³; Marcia Wang⁴; Jose v. Madruga⁵; Fernando Mendo Urbina⁶; Christine Katlama⁷; Shannon Schrader⁸; Joseph j. Eron⁹; Shiven Chabria¹⁰; Andrew Clark¹¹; Amy Pierce¹²; Max Lataillade¹⁰; Peter Ackerman¹⁰

¹*Viiv Healthcare Medical Department*; ²*Icahn School of Medicine at Mount Sinai, New York*; ³*GSK, Brentford*; ⁴*GSK, Upper Providence, PA*; ⁵*CRT-DST/AIDS SP, São Paulo*; ⁶*Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, Lima*; ⁷*AP-HP, Hôpital Pitié-Salpêtrière, Service de Maladies Infectieuses et Tropicales, INSERM-Sorbonne Universités, Paris*; ⁸*Schrader Clinic, Houston, TX*; ⁹*University of North Carolina at Chapel Hill School of Medicine, Chapel Hill, NC*; ¹⁰*Viiv Healthcare, Branford, CT*; ¹¹*Viiv Healthcare, Brentford*; ¹²*Viiv Healthcare, Durham, NC*

No estudo de fase 3 BRIGHTe, fostemsavir + terapêutica de base otimizada (TBO) demonstrou supressão virológica duradoura ao longo de 96 semanas em adultos infetados por VIH-1 com elevada experiência terapêutica (HTE). A análise interina da Semana 240 (S240) teve como objetivo avaliar a eficácia e segurança de fostemsavir + TBO para além da Semana 96 nos participantes que permaneceram em estudo.

Na Coorte Aleatorizada (CA), participantes com 1 ou 2 fármacos totalmente ativos receberam fostemsavir 600 mg duas vezes/dia ou placebo durante 8 dias, seguindo-se fostemsavir em regime aberto + TBO. Na Coorte Não-Aleatorizada (CNA), participantes sem qualquer fármaco aprovado totalmente ativo receberam fostemsavir 600 mg duas vezes/dia + TBO. As avaliações à S240 incluíram resultados virológicos, (Análises Snapshot [expostos com intenção-de-tratar] e observada), contagem de células CD4+ e segurança.

Dos 371 participantes incluídos, 49% (133/272) na CA e 23% (23/99) na CNA per-

maneceram em estudo até à S240. Na CA, as taxas de resposta virológica permaneceram geralmente consistentes até à S240 (Figura). Taxas inferiores de supressão virológica (análise Snapshot) a partir da S192 foram parcialmente confundidas por ausência de dados devido à COVID-19. Pela análise observada, a contagem média (DP) de células CD4+ aumentou de forma consistente ao longo do tempo, com aumento de 296 (228) células/mm³ desde a baseline (n = 272) até à S240 (n = 139); a média da razão CD4+/CD8+ aumentou de 0,20 para 0,60. Na CA, 78% (73/94) dos participantes com contagem CD4+ à baseline <200 células/mm³ tiveram um aumento para ≥200 células/mm³. Consistente com resultados anteriores em ambas as coortes, os acontecimentos adversos (AAs) relacionados com o tratamento mais frequentes foram náusea (35/371, 9%) e diarreia (18/371, 5%). Foram reportados AAs relacionados com fármacos de grau 2 a 4 em 24% (88/371) dos participantes; 8% (30/371) reportaram AAs que levaram à descontinuação. Das mortes reportadas (Coorte Aleatorizada: 15/272, 6%; Coorte Não-Aleatorizada: 20/99, 20%), nenhuma foi por COVID-19. Participantes HTE tratados com regimes otimizados baseados em fostemsavir durante ~5 anos demonstraram respostas virológicas duradouras, aumentos clinicamente significativos na contagem de células CD4+, e perfil de segurança favorável. Apesar do impacto da COVID-19 nas taxas de resposta virológica pela análise Snapshot, as taxas globais pela análise observada permaneceram elevadas (≥80%).

PO 23

REGIME DE COMPRIMIDO ÚNICO COM TENOFOVIR ALAFENAMIDA, EMTRICITABINA E BICTEGRAVIR NUM DOENTE COM INFEÇÃO VIH-1 EM HEMODIÁLISE

Luís Manuel Moura¹; Frederico c. Duarte¹;

Maria João Gonçalves¹; Clara Batista¹;

Ricardo Correia de Abreu¹; Isabel Neves¹

¹Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE / Hospital Pedro Hispano

Introdução: A gestão do doente com infeção pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH) com várias comorbilidades, polifarmácia e doença renal crónica sob hemodiálise é complexa. Neste cenário, a terapêutica antirretrovírica (TARV), com as potenciais toxicidades, é um desafio delicado. Apresentamos o caso de um doente com infeção VIH-1, sob programa regular de hemodiálise desde há vários anos, com exposição prévia a múltiplos regimes antirretrovíricos e atualmente em regime de comprimido único com tenofovir alafenamida (TAF), emtricitabina (FTC) e bicitegravir (BIC).

Descrição do caso: Homem de 34 anos, natural do Brasil, diagnosticado com infeção VIH-1 (risco sexual) em 2010, em Portugal. Ao estadiamento inicial com carga vírica (CV) VIH-1 44600cps/mL e 386 TCD4+/mL, função renal e hepática normais. Regressou ao Brasil nesse ano e voltou para Portugal em 2015. Nesta altura, com história de consumo de suplementos proteicos, bebidas alcoólicas e drogas ilícitas. Analiticamente com 37 TCD4+/mL, CV VIH-1 197490cps/mL, creatinina 2,1mg/dL, macroalbuminúria (3085mg/24h) e proteinúria (5450mg/24h). O teste de resistências ao VIH não revelou mutações. O doente iniciou abacavir, lamivudina e rilpivirina e profilaxia com cotrimoxazol. Após um ano de TARV, obteve supressão vírica e uma subida de TCD4+ para 200/mcL. Manteve consumo pesado de suplementos proteicos, creatina e hormonas para hiper-

trofia muscular. Devido ao surgimento de sintomas urémicos e uma descida da clearance de creatinina até 17,9mL/min, iniciou hemodiálise. Alterada TARV para raltegravir e etravirina, com evolução clínica favorável, supressão vírica e TCD4+ oscilando entre 180 e 250/mcL. Manteve hemodiálise e foi proposto para transplante renal.

Durante 4 anos, o doente relatava falhas ocasionais devido à necessidade de toma bidiária da medicação, mantendo supressão vírica, mas com subida discreta de TCD4+. Em janeiro de 2021, atendendo ao cumprimento irregular, foi alterada a TARV para regime de comprimido único com TAF/FTC/BIC nos dias de hemodiálise, com o objetivo de evitar esquecimentos no domicílio. Desde então com adesão otimizada, supressão vírica e sem evidência de toxicidades.

Conclusão: Neste cenário complexo, num doente com história de cumprimento errático da medicação, um regime de comprimido único com TAF/FTC/BIC, 3 dias por semana após as sessões de hemodiálise, provou ser eficaz, seguro e bem tolerado, minimizando as falhas na adesão e permitindo manter supressão vírica sustentada.

PO 24

MUDANÇA PARA DTG/3TC EM PVVIH =50 ANOS COM SUPRESSÃO VIROLÓGICA: RESULTADOS COMBINADOS TANGO E SALSA

Patricia Parada¹; Sharon Walmsley²; Don E. Smith³; Miguel Górgolas⁴; Pedro E. Cahn⁵; Thomas Lutz⁶; Karine Lacombe⁷; Princy N. Kumar⁸; Brian Wynne⁹; Richard Grove¹⁰; Gilda Bontempo⁹; Riya Moodley¹¹; Frank Spinelli⁹; Bryn Jones¹¹; Chinyere Okoli¹¹; Mounir Ait-Khaled¹¹

¹ViiV Healthcare Medical Department; ²University Health Network, Toronto, ON; ³Albion Centre, Sydney; ⁴Fundación Jiménez Díaz, Universidad Autónoma de Madrid; ⁵Fundación Huésped, Buenos Aires; ⁶Infektiologikum, Frankfurt; ⁷Hôpital Saint-Antoine, Paris; ⁸Georgetown University Medical Center, Washington DC; ⁹ViiV Healthcare, Durham, NC; ¹⁰GSK, Brentford; ¹¹ViiV Healthcare, Brentford

Introdução: Uma vez que a população de adultos a envelhecer com infecção VIH está rapidamente a aumentar, as preocupações com a gestão de comorbilidades e a polifarmácia relacionadas com a idade, mantendo a supressão virológica, reforçam a importância de incluir esta população em ensaios clínicos. Dolutegravir/Lamivudina (DTG/3TC) é um regime de 2 fármacos recomendado nas Guidelines internacionais que demonstrou elevada eficácia e barreira a resistência

Objetivos: São apresentados os dados combinados de eficácia e segurança dos estudos TANGO e SALSA, em participantes com idade ≥ 50 anos

Material e métodos: Foram combinados os resultados da semana 48 dos estudos de fase 3 TANGO e SALSA, que avaliaram a mudança para DTG/3TC vs a continuação do regime ARV atual (CAR). A proporção de participantes com ARN VIH-1 ≥ 50 e < 50 c/mL (Snapshot, ITT-E) e o perfil de segurança foram analisados conforme a idade. A alteração média ajustada na contagem das células CD4+ desde a baseline foi avaliada através de modelos

mistos de medidas repetidas.

Resultados e conclusões: Dos 1234 participantes, 29% tinha ≥ 50 anos (9% mulheres; 3% ≥ 65 anos). À baseline, participantes com ≥ 50 vs < 50 anos tomavam mais medicação concomitante (mediana [intervalo]: 2,0 [0-20] vs 1,0 [0-16], respetivamente) e tinham mais comorbilidades (86% vs 71%); as restantes características à baseline eram semelhantes. Das PVVIH com idade ≥ 50 anos, 1 (0,6%) participante a fazer DTG/3TC e 3 (1,6%) participantes com CAR apresentaram ARN VIH-1 ≥ 50 c/mL; as proporções de participantes com ARN VIH-1 < 50 c/mL foram elevadas, consistentes com a eficácia global (Tabela).

A contagem de linfócitos CD4+ aumentou nos participantes com DTG/3TC em ambos os grupos etários. Nenhum participante no grupo DTG/3TC apresentou falência virológica confirmada (FVC); 1 participante no grupo CAR apresentou FVC (sem mutações de resistência). A incidência de AAs, AAs que levaram a descontinuação e AAs graves no braço DTG/3TC foi semelhante em ambos os grupos etários. Embora participantes com ≥ 50 anos tomassem mais medicação concomitante e tivessem maior prevalência de comorbilidades, a mudança para DTG/3TC manteve a supressão virológica, e demonstrou eficácia robusta, elevada barreira à resistência e bom perfil de segurança e tolerabilidade.

PO 25

EVOLUÇÃO IMUNOVIROLÓGICA E METABÓLICA EM DOENTES INFETADOS POR VIH-1 SOB REGIMES COM DORAVIRINA NUM SERVIÇO DE DOENÇAS INFECCIOSAS

Ana Catarina Rodrigues Gonçalves¹;
Gonçalo Cristóvão¹; Vasco Almeida¹; Claudina Cruz¹;
Helder Pinheiro¹; Freddy Ramirez¹; Diana Seixas¹;
Maria José Manata¹; Fernando Maltez¹

¹CHULC/Hospital Curry Cabral

Introdução: Doravirina (DOR) é um inibidor não nucleosídeo da transcriptase reversa (NNITR) que tem demonstrado elevada eficácia, tolerabilidade e segurança, constituindo uma adequada alternativa terapêutica na infeção por vírus da imunodeficiência humana tipo 1 (VIH-1), nomeadamente em doentes com alteração do perfil metabólico.

Objetivo: Avaliar a resposta imunoviológica e metabólica seis meses após início de DOR em doentes experimentados.

Material e métodos: Foram analisados os processos clínicos eletrónicos de 3541 doentes seguidos na consulta externa de Doenças Infecciosas com infeção por VIH-I e selecionados os doentes experimentados, atualmente com regime terapêutico contendo DOR. Foram excluídos doentes naïve, doentes experimentados cujo estadiamento imunoviológico ou perfil metabólico prévio é desconhecido ou doentes que abandonaram o seguimento.

Resultados: Foram incluídos no estudo vinte e dois doentes experimentados com idade mediana de 55 anos, maioritariamente do género masculino (53%). Relativamente a comorbilidades apresentadas: 50% (n = 11) com história médica de dislipidemia medicada, um doente obeso e um doente com Diabetes mellitus tipo 2. Relativamente ao perfil lipídico, imediatamente antes da mudança de terapêutica, a média de triglicéridos era de 140mg/dL, o colesterol total 201mg/dL, o colesterol LDL 125mg/dl e o colesterol HDL

49mg/dL. Relativamente ao estadiamento imunoviológico, a média de linfócitos T CD4+ (LTCD4+) prévia à alteração era de 676 células/UL, com carga vírica indetetável (CV) em 86% (n = 19) dos doentes. Após seis meses de regime com DOR, a média de triglicéridos foi de 118mg/dL, colesterol total 176mg/dL, colesterol LDL 122mg/dL e colesterol HDL 43,5mg/dL. Relativamente à média de LTCD4+, esta foi de 796 células/UL com CV indetetável em 90% (n = 20). Aos seis meses, foi alterada novamente a terapêutica antirretrovírica, por gravidez (1) e por ausência de supressão virológica (1). Não se notificaram alterações valorizáveis no peso destes doentes nem efeitos adversos.

Conclusões: A doravirina é reconhecida pelo perfil favorável de eficácia e segurança, com bom desempenho tanto metabólico como de tolerabilidade. Estes dados são suportados pela boa resposta imunoviológica e metabólica desta população, avaliada aos seis meses de utilização do fármaco. Como limitação, salienta-se o reduzido tamanho da amostra e período de seguimento curto.

PO 26

EFICACIA DO PROTOCOLO DE SEGUIMENTO DE ENFERMAGEM NO HDDI

Zélia Sobral¹; Beatriz Sá Miranda¹;
Elisabete Pereira¹; Bárbara Cardoso¹;
Cláudia Ferreira¹

¹Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Introdução: A adesão à terapêutica anti-retroviral (TARV) é reconhecida como um dos factores modificáveis mais relevantes para o sucesso do tratamento das pessoas com VIH/SIDA. Esta problemática assume real importância pois a fraca adesão à TARV pode constituir um problema clínico, económico e de deterioração do estado de saúde com implicações na saúde pública. A base do trabalho de Enfermagem perante uma doen-

ça crónica, como é hoje considerado o VIH, é garantir a ligação aos cuidados, a adesão ao regime do plano terapêutico, assim como promover a vinculação e retenção nos cuidados de saúde das pessoas com VIH/SIDA. A consulta de Enfermagem de Imunodepressão, foca-se no conhecimento sobre a infecção, na prevenção, na importância do cumprimento terapêutico e manutenção de um estilo de vida saudável recorrendo a várias dinâmicas incluindo instrumentos de avaliação da adesão terapêutica.

Objectivo: avaliar a eficácia do protocolo de seguimento de enfermagem no HDDI

Material e métodos: estudo observacional, transversal aplicado a todos os utentes activos, inscritos na consulta de Imunodepressão á data de 30 Agosto 2022 há mais de 12 meses. Foi utilizado como método de avaliação de adesão terapêutica a Escala Simplificada para detecção de Problemas de Adesão terapêutica (ESPA).

Resultados: Neste estudo foi utilizada uma amostra de 3511 utentes correspondendo ao número de utentes activos inscritos na consulta de Imunodepressão á data de 30 Agosto 2022 há mais de 12 meses. Estamos perante uma amostra com 65.2% do sexo masculino, 34.8 % do sexo feminino, na sua maioria de raça caucasiana. A média de idade é de 48.3, sendo que o utente mais novo tem 18 anos e o mais velho 90 anos de idade. Face a esta amostra, importa referir que 1030 dos utentes foram sinalizados como em risco potencial de não adesão, o que corresponde a cerca de 25% do total. Destes utentes 37.2 % apresentam um ESPA com valor inferior a 5. Ao analisarmos os dados com a amostra em estudo, obtemos uma adesão à TARV de 94.5%, ou seja utentes que apresentam um valor de ESPA com valor de 5 ou 6.

Conclusões: A consulta de enfermagem de imunodepressão é um momento privilegiado

para compreender, identificar e agir sobre os factores que interferem com a adesão à terapêutica. A retenção nos cuidados de saúde e a melhoria da qualidade são as major guidelines no tratamento das pessoas com VIH/SIDA pelo que se torna essencial a implementação de estratégias universais nas consultas de Enfermagem com vista a promoção e educação para a saúde (foco no factores de risco modificáveis), adesão ao regime terapêutico (foco no plano), encaminhamento e referência extra especialidades.

Palavras-chave: VIH/SIDA; Adesão terapêutica; Enfermagem; Educação para a Saúde

PO 27

AVALIAÇÃO DE UM NOVO ENSAIO DE NGS PARA GENOTIPAGEM DO HIV-1 POR COMPARAÇÃO COM O MÉTODO DE SANGER

João Pereira-Vaz¹; Patrícia Martinho¹; Anália Carmo²; Raquel Costa¹; Lurdes Correia¹; Teresa Fidalgo¹; Fernando Rodrigues²; Vítor Duque²
¹Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE / Hospital Pediátrico de Coimbra; ²Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra

Introdução: A utilização dos métodos de sequenciação de nova geração (NGS) para a genotipagem do HIV-1 tem várias vantagens potenciais relativamente ao método de Sanger (SS), entre as quais a capacidade de detectar variantes minoritárias (<10-20%) resistentes aos antirretrovirais (ARV). No entanto, esta alta sensibilidade aumenta a probabilidade de detecção de mutações geradas por erros nas reacções de PCR e por mecanismos de hipermutação G-A mediados por desaminases de citidina da família APOBEC.

Objectivos: Avaliar o desempenho de um novo ensaio de NGS para o HIV-1 por comparação com a SS e analisar os perfis de mutações detectados por NGS usando diferentes limites de detecção (LDs).

Material e métodos: O gene pol de 18 isola-

dos do HIV-1, foi sequenciado por SS-ViroSeq e através do ensaio Ion AmpliSeq HIV usando o sistema de sequenciação Ion GeneStudio S5 (Thermo Fisher Scientific). As leituras em formato FASTQ foram analisadas e alinhadas para a obtenção das sequências consenso correspondentes em formato FASTA, com diferentes LDs (10%, 5%, 2% e 1%), usando a aplicação HyDRA Web. A detecção das mutações associadas com a resistência aos ARV (RAMs) e de hipermutações APOBEC foi efectuada através da base de dados baseada na web HIVdb. Para a comparação entre metodologias foram usadas as sequências obtidas por NGS usando um LD de 10%.

Resultados e conclusões: Em média, foi observada uma concordância total entre as duas metodologias de 98,74% ao nível das sequências de aminoácidos (AAs). Considerando como concordantes posições onde foram detectadas misturas de AAs e nas quais foi detectado pelo menos um AA concordante, a média observada foi de 99,85%, não tendo sido observadas discordâncias na detecção de RAMs. Foram detectadas RAMs major em 3 (16,7%), 6 (33,3%), 7 (38,9%) e 11 (61,1%) das sequências analisadas com LDs de 10%, 5%, 2% e 1%, respectivamente. Igualmente, verificou-se uma detecção crescente de prováveis hipermutações APOBEC, variando de não detectadas (LD 10%) a detectadas em 17 (94,4%) das sequências analisadas com um LD de 1%. Em conclusão, o ensaio Ion AmpliSeq HIV mostrou ser uma boa alternativa à SS, apresentando vantagens como a automatização e a alta sensibilidade. Contudo, o significado clínico desta alta sensibilidade é questionável, já que a detecção de substituições de AAs com evidências de actividade APOBEC poderá corresponder a vírus não funcionais. Assim, os resultados sugerem não ser recomendável o uso de LD < 5% no diagnóstico clínico.

PO 28

CARACTERIZAÇÃO DE UMA COORTE DE DOENTES COM INFEÇÃO POR VIH SOB TERAPÊUTICA ANTIRRETROVÍRICA COM DORAVIRINA

Gonçalo Cristóvão*¹; Ana Gonçalves*¹; Hélder Pinheiro¹; Freddy Ramirez²; Diana Seixas¹; Maria José Manata¹; Fernando Maltez¹

¹CHULC/Hospital Curry Cabral

Introdução: A doravirina (DOR) é um inibidor não-nucleosídeo da transcriptase reversa aprovado para o tratamento de vírus da imunodeficiência humana tipo 1 (VIH-1), em regime de comprimido único formulado com tenofovir disoproxil fumarato e lamivudina ou individualmente em esquema de combinação com outros fármacos, tanto em doentes naïve como experimentados.

Objetivo: Caracterização dos doentes com infeção por VIH-1 e medicados com DOR num Serviço de Doenças Infeciosas.

Métodos: Análise retrospectiva do processo clínico de doentes com infeção por VIH que iniciaram tratamento com DOR, após a sua aprovação em 2019.

Resultados: Foram identificados 25 doentes em tratamento com DOR, 96% (n = 24) dos quais por motivo de alteração do regime terapêutico. Destes, 54,2% são do sexo masculino, com uma mediana de idade de 56,5 (44-70) anos. Trata-se de uma população que vive com infeção por VIH-1 em média há 20 anos: 20,8% (n = 5) homens que têm sexo com homens, 37,5% (n = 9) heterossexuais, 4,2% (n = 1) utilizadores de drogas endovenosas e 33,3% (n = 8) com via de transmissão desconhecida. A simplificação do regime terapêutico foi a causa da alteração na maioria dos doentes (87,5%, n = 21). Trata-se de uma população com multi-morbilidade, sendo as patologias mais frequentes, dislipidemia (45,8%), hipertensão arterial (37,5%) e doença psiquiátrica (20,8%). No momento da mu-

dança, os doentes apresentavam uma média de linfócitos T CD4+ 676 células/μL; e carga vírica indetetável em 79,2% (n = 19). A DOR foi combinada em 75% dos casos com fármacos inibidores nucleosídeos da transcriptase reversa. Após 24 semanas de tratamento, dois doentes tinham carga viral detetável, tendo sido descontinuada, ao fim seis meses, num deles.

Conclusão: Numa altura em que a esperança média de vida das pessoas que vive com VIH se equipara à da população geral, a toxicidade cumulativa da terapêutica antirretrovírica, as comorbilidades e polifarmácia são preocupações constantes no seu acompanhamento. A DOR, pela sua eficácia, segurança e perfil metabólico e de interações favorável, é um fármaco com utilização recente, mas parece uma opção particularmente útil neste grupo de doentes. A sua utilização poderá ser otimizada com a disponibilização em regime de comprimido único.

*co-autores

PO 29

CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO COM INFECÇÃO POR VIH-2 NUM HOSPITAL CENTRAL EM PORTUGAL

Tomás Robalo Nunes¹; João Lourinho¹; Maria João Miguel¹; Helena Pires¹; Francisco Vale¹; Liliana Alves¹; André Gomes¹; Ana Catarina Guerra¹; Rita Magano¹; Susana Boavida¹; Cláudia Franco¹; Luís Duque¹; Paula Brito¹; Margarida Coelho¹; Henrique Santos¹; Maria João Aleixo¹; Júlio Botas¹; Nuno Marques¹

¹Hospital Garcia de Orta, EPE

Introdução: O Vírus da Imunodeficiência Humana 2 (VIH-2) tem menor prevalência global em comparação com o VIH-1, sendo endémico nalguns países de África Ocidental. Portugal, pelas suas relações históricas com esta região, é o país europeu com maior prevalência de VIH-2.

O VIH-2 apresenta menor taxa de transmis-

são sexual, fase assintomática mais longa e menor risco de progressão para Síndrome da Imunodeficiência Humana (SIDA).

Objectivos: - Caracterizar demograficamente a população seguida em consulta com infecção por VIH-2; - Descrever prováveis vias de transmissão, estadio de infecção à data de diagnóstico e tempo de evolução para SIDA, além de co-infecções e esquemas terapêuticos utilizados.

Material e métodos: Análise descritiva retrospectiva dos registos clínicos dos utentes com infecção por VIH-2 que apresentaram pelo menos um episódio de internamento ou consulta entre 2008-2022 no Serviço de Infeciologia.

Resultados: Foram registados os processos de 96 utentes infectados por VIH-2. O sexo feminino foi o mais representado (n = 53). A maioria é originária do continente africano, sendo Guiné-Bissau e Cabo-Verde, com 34 e 21 utentes respectivamente, os países mais representados; apenas 30 são portugueses. A via de transmissão provável preferencial foi a heterossexual (81).

De estadio ao diagnóstico, 15 apresentavam linfócitos TCD4+ <200 e 27 doenças definidoras de SIDA. Mais de 50% dos utentes (56) encontravam-se em estadio A.

Do total, 20 perderam seguimento (por abandono ou transferência para outra instituição) e 14 faleceram. Destes, o tempo médio entre diagnóstico de infecção e morte foi de 9.9 anos (máximo 18, com um falecimento no próprio internamento em que foi diagnosticado).

Dos restantes 62, o tempo médio de seguimento actual é de 14 anos (máximo 30 anos), sendo que 6 se encontram sem terapêutica antirretroviral (TARV), mantendo cargas virais indetectáveis, com valores médios de Linfócitos TCD4+ 839 [494; 1296] e 7 se encontram com biterapia com inibidor da integrase e ini-

bidor nucleósido da transcriptase reversa.

Conclusões: Os dados apresentados demonstram que a infecção por VIH-2 não pode ser menosprezada, com relevantes taxas de apresentação ou evolução para estadios SIDA. O elo de Portugal com países de África ocidental deve manter em alerta os profissionais de saúde para o rastreio da infecção mesmo em indivíduos assintomáticos.

De forma característica, os utentes, mesmo sem TARV, apresentam-se com cargas virais indetectáveis e com níveis de LTCD4+ elevados.

PO 30

EXPERIÊNCIA EM CONTEXTO DE VIDA REAL DA UTILIZAÇÃO DE BIC/TAF/FTC NUM HOSPITAL PORTUGUÊS

Joana Martinez¹; Lorrane Viana¹; Gabrielanogueira²; António Maio¹; Ana Micaela Martins¹; Margarida Mouro¹; Cristina Soeiro¹; Liliana Maia¹; Jorge Velez¹; Filomena Freitas¹

¹Centro Hospitalar do Baixo Vouga / Hospital Infante D. Pedro, EPE; ²Universidade de Aveiro

A terapêutica antirretrovírica (TARV) combinada tem mostrado ser muito eficaz na gestão e controlo da infeção pelo VIH. Dada a cronicidade da doença, a otimização da TARV ao longo da vida, assume um papel fundamental na gestão clínica das pessoas que vivem com a infeção pelo VIH (PVV). A combinação bicegravir/tenofovir/emtricitabina (BIC/TAF/FTC) tem mostrado resultados favoráveis, tanto em estudos controlados, como de vida real mostrando elevada eficácia na supressão vírica e na tolerabilidade e adesão dos doentes, com ganhos de saúde claros nas PVV. O objetivo deste estudo é apresentar os dados do uso clínico em contexto de vida real do BIC/TAF/FTC. Este estudo é observacional e retrospectivo, incluindo todos os doentes seguidos neste hospital, infetados pelo VIH e que iniciaram tratamento com BIC/TAF/FTC. Analisou-se a eficácia, tolerância e segurança do tratamento.

Foram incluídas 100 PVV, 28% naïve e 72% experimentados, detalhes da amostra na Tabela 1 anexa. No grupo dos experimentados, o regime anterior mais frequente era ABC/3TC/DTG (16,67%), seguindo-se TAF/FTC/RPV (12,5%). O principal motivo de troca de TARV foi a simplificação da terapêutica, seguido das interações medicamentosas e da evicção de toxicidade futura.

Em relação à eficácia, a mediana de seguimento após início de TARV foi semelhante nos dois grupos, a rondar os 9 meses. Foram analisados os valores de ARN do VIH-1 ao longo do acompanhamento das PVV tendo havido um bom controlo virológico e uma diminuição progressiva do valor das cópias de ARN viral (ver detalhe na Tabela 1). A descontinuação da terapêutica não ocorreu em nenhum doente.

Em termos do perfil de segurança e tolerabilidade, não foram identificados eventos adversos graves, sendo reportados apenas 4% de eventos ligeiros. No grupo de doentes naïve, 2 PVV experienciaram náuseas e epigastralgias. No grupo de doentes experimentados 1 PVV experienciou aumento de peso e 1 disfunção sexual.

No contexto de vida real, BIC/TAF/FTC demonstrou altas taxas de supressão virológica, com boa tolerabilidade e segurança. Em nenhum caso foi necessária a descontinuação da TARV.

PO 31

DOLUTEGRAVIR/LAMIVUDINA EM PESSOAS QUE VIVEM COM VIH NAÍVES DE TRATAMENTO

João Paulo Caldas¹; João Matos²;
Inês Ludovico Caetano²; Ema Pos²;
Luis MP Ferreira²; Carmela Piñeiro¹; Cátia Caldas¹;
Jorge Soares¹; Rosário Serrão¹; Josefina Méndez²;
António Sarmiento¹; António Ludgero Vasconcelos²
¹Centro Hospitalar de S. João, EPE; ²Centro Hospitalar do Porto, EPE / Hospital Geral de Santo António

Introdução: Após o estudo GEMINI, a terapia dupla com dolutegravir e lamivudina (DTG/3TC) passou a ser recomendada nas diretrizes internacionais como tratamento de primeira linha para pessoas que vivem com o VIH (PVIH). Contudo, a transição dos esquemas triplos recomendados durante vários anos para a terapêutica dupla ainda causa insegurança e incerteza em alguns clínicos.

Objetivos: Analisar a eficácia e segurança da terapia dupla com DTG/3TC como primeiro tratamento em PVIH.

Materiais e métodos: Análise retrospectiva dos processos clínicos de PVIH sem experiência terapêutica prévia que iniciaram tratamento com DTG/3TC em dois hospitais terciários do Porto, Portugal, entre 1 de janeiro de 2017 e 31 de maio de 2022 e que foram seguidas por um período mínimo de seis meses. Os dados foram analisados usando o IBM® SPSS® versão 28.

Resultados e conclusões: A biterapia DTG/3TC foi iniciada em 66 PVIH: 86,4% (n = 57) eram do sexo masculino com uma média de idades de 39 anos, dos quais 19,7% (n = 13) apresentavam mais de 50 anos, e um peso basal médio de 70,8kg. O risco maioritário (65,2%) de aquisição da infeção era por homens que fazem sexo com homens. Coinfeção por vírus da hepatite C em 3% dos PVIH. Contagem inicial média de células CD4+ era 507 (mín. 102-máx. 1.470)/mm³ sendo que 4,5% apresentavam <200 células/mm³;

31,8% apresentavam uma carga viral inicial > 100.000 cópias/mL. Condição definidora de síndrome de imunodeficiência adquirida no início do estudo foi identificada em 3%. O tempo médio de tratamento foi de 29 meses. A supressão viral (RNA VIH-1 <50 cópias/mL) foi alcançada em 89,3% aos 3 meses, em 92,1% aos 6 meses e em 100% aos 12 e 24 meses. A contagem de células CD4+ aumentou significativamente aos 6 meses (média 735 células/mm³, p<0,001), persistindo aos 12 e 24 meses. Verificou-se um aumento estatisticamente significativo de peso (+3,5kg, p<0,001). Sessenta e duas pessoas (94%) mantiveram DTG/3TC, enquanto 3% (n = 2) abandonaram a terapia e 3% (n = 2) precisaram de trocar de esquema antiviral devido a efeitos laterais. Nesta população heterogênea, que incluía uma proporção significativa de PVIH com idade avançada e cargas virais elevadas, a terapia dupla com DTG/3TC foi eficaz na supressão virológica e recuperação imunológica sustentadas e seguras, associando-se a uma frequência baixa de descontinuação. Associou-se, contudo, a um aumento discreto mas significativo de peso durante o período de vigilância, em conformidade com a literatura internacional.

Palavras chave: infeção por VIH, biterapia, doentes naïve.

PO 32

DOLUTEGRAVIR+LAMIVUDINA EM ADULTOS NAIVE INFECTADOS POR VIH – UM ESTUDO MULTICÊNTRICO DE VIDA REAL

Sílvia Policarpo¹; Joana Vaz Cardoso²; Diana Seixas³; João Borralho⁴; Ruben Carvalho⁵; Lorrane Viana⁶; Luís Moura⁷; Sofia Nunes⁸; Cláudia Franco⁹; Rita Valadas¹⁰; Carmela Piñeiro¹; Josefina Méndez²; Fernando Maltez³; Kamal Mansinho⁴; Jorge Velez⁶; Frederico Duarte⁷; Daniel Coutinho⁸; Nuno Marques⁹; Inês Vaz Pinto¹⁰; Cristina Valente⁵

¹Centro Hospitalar de S. João, EPE; ²Centro Hospitalar do Porto, EPE / Hospital Geral de Santo António;

³Centro Hospital Lisboa Central - Hospital Curry

Cabral; ⁴Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital Egas Moniz; ⁵Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra;

⁶Centro Hospitalar do Baixo Vouga / Hospital Infante D. Pedro, EPE; ⁷Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE / Hospital Pedro Hispano; ⁸Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho; ⁹Hospital Garcia de Orta, EPE; ¹⁰HPP Hospital de Cascais

Introdução: A biterapia com Dolutegravir (DTG)+Lamivudina (3TC) é uma das estratégias terapêuticas de primeira linha no tratamento de doentes naïves infectados por VIH-1, tendo sido demonstrada a sua eficácia em ensaios clínicos.

Objectivos: Verificar a eficácia e segurança de DTG/3TC ou DTG+3TC na vida real, em doentes naïve infectados por VIH-1.

Material e métodos: Análise retrospectiva multicêntrica, de adultos com infecção VIH-1 naïve, que iniciaram esta combinação terapêutica desde a data da sua implementação em cada hospital até 31 de Agosto de 2022. Foram apenas incluídos os doentes que mantiveram seguimento sob terapêutica durante pelo menos 6 meses. Foi considerada falência virológica se ARN-VIH >50 cp/ml em duas determinações seriadas.

Resultados e conclusões: Foram incluídos 151 doentes de 10 centros hospitalares do país, sendo 122 (80,8%) do sexo masculino e a idade mediana de 38 anos (IQR 30-51,5). A

via de transmissão foi a sexual em 91% casos (54% HSH). 90 casos (59,6 %) eram de origem portuguesa, seguindo-se a origem brasileira com 29 casos (19,2%). Na avaliação basal, o valor mediano de ARN-VIH foi de 11 452 cp/ml (0-2.303.198) e o valor mediano de CD4+ foi de 439 cél (mm³) (102-1.689). O teste genotípico de resistências foi realizado em 70% doentes. Numa análise ITT, verificou-se que 105 (69,5%) doentes se encontravam com ARN-VIH <50 cp/ml às 4-6 semanas e 134 (88,7%) doentes estava em supressão virológica ao final de 6 meses. Verificou-se descontinuação do regime terapêutico em 1% dos casos e em apenas 2% foram reportados efeitos adversos durante o períodos de seguimento.

Estes dados de uma amostra multicêntrica portuguesa, demonstraram que, à semelhança dos ensaios clínicos e outros estudos de vida real, a biterapia com Dolutegravir (DTG)+Lamivudina (3TC) é uma estratégia terapêutica eficaz e com um bom perfil de segurança em doentes naïve com infeção VIH-1.

PO 33

PORFIRIA CUTANEA TARDA NO DOENTE COM HIV

Marianar!¹; Margarida Mota¹; Sofia Nunes¹; Tiago Teixeira¹; Sara Costa Correia¹; Diogo Teixeira¹
¹Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho

Introdução: As porfirias são distúrbios metabólicos raros que se caracterizam por alterações na biossíntese do complexo heme devido à diminuição ou ausência de atividade da enzima hepática descarboxilase do uroporfirinogénio (UROD). A porfiria cutânea tarda (PCT) afeta geralmente adultos com mais de 40 anos tendo como fatores desencadeantes o consumo excessivo de álcool, hemocromatose, hiperestrogenismo, insuficiência renal crónica, assim como a infeção pelo vírus da hepatite C (VHC) e da imunodeficiência humana (VIH). A associação do VIH com a PCT

foi primeiramente reconhecida em 1987, com casuística discrepante no que se refere ao timing da sua sintomatologia, podendo surgir quer na infeção de novo quer tardiamente no curso da doença, sugerindo associação com a presença de carga vírica detectável.

Descrição do caso: Homem de 46 anos. Com antecedentes pessoais de infeção por VIH-1, com várias doenças definidoras de SIDA (tuberculose ganglionar, toxoplasmose cerebral, meningite criptocócica) e incumprimento terapêutico, alcoolismo e tabagismo.

Em contexto de internamento para tratamento de revidiva de toxoplasmose cerebral, denotadas lesões cutâneas bolhosas no dorso das mãos associadamente a hirsutismo que motivaram o seu estudo etiológico. Revendo a história médica passada do doente, à data do diagnóstico da infeção por VIH (2010) já descritas lesões cutâneas (sem qualquer referência a outras características macroscópicas), submetidas a biópsia com histologia compatível com pitiríase liquenoide.

Para diagnóstico diferencial solicitou-se a colaboração de Dermatologia que efetuou biópsia lesional, sugerindo ainda a pesquisa de anticorpos anti-pele para exclusão de pêfnigo. Realizado ainda o doseamento de 17-OH-progesterona, por sugestão de endocrinologia, para estudo do hirsutismo. Pela macroscopia muito sugestiva de PCT, e sua associação com os antecedentes e hábitos do doente, procedeu-se também ao doseamento das porfirinas urinárias e protoporfiria eritrocitária.

Dos métodos complementares de diagnóstico realizados: anticorpos antipele negativos, 17-OH-progesterona normal, pesquisa de VHC negativa, porfirinas urinária 1642.00 µg/24h (para um limite superior do normal < 150.00), protoporfirina eritrocitária ligeiramente diminuída. Na biópsia - aspectos morfológicos compatíveis com lesões de porfíria/pseudoporfíria.

Os achados clínicos e analíticos reunidos sugerem fortemente o diagnóstico de PCT, recomendando-se o início de terapêutica com hidroxycloquina mas sobretudo o reforço à adesão a 100% ao tratamento antiretroviral.

Conclusão: A PCT é uma doença rara e, embora frequentemente associada ao VHC, manifesta-se também em doentes com infeção por VIH não controlada, sobretudo quando acompanhada de outros fatores de risco nomeadamente o alcoolismo e tabagismo.

PO 34

LINFOMA ORBITÁRIO NUM DOENTE COM INFEÇÃO VIH

Luís Manuel Moura¹; Frederico Duarte¹; Clara Batista¹; Isabel Neves¹; Ricardo Correia Abreu¹
¹Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE / Hospital Pedro Hispano

Introdução: Os doentes com infeção pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH) têm um risco acrescido de desenvolvimento de linfoma de Hodgkin (LH) e não-Hodgkin (LNH). A incidência destas neoplasias hematológicas tem vindo a diminuir desde o advento da terapêutica antiretroviral (TARV). No entanto, continuam a ser uma importante causa de morbimortalidade. Apresentamos um caso, com imagem, de um homem com infeção VIH-1 com o diagnóstico inaugural de LNH de grandes células B difuso intra-orbitário.

Descrição do caso: Homem de 25 anos, observado na consulta com queixas de dor ocular à direita e edema periorbitário, com 1 semana de evolução. Havia sido diagnosticado recentemente com infeção VIH-1, 12 TCD4+/mL à apresentação. Ao exame físico, estava apirético, apresentava hiperemia conjuntival e retração da pele circundante. A tomografia computadorizada (TC) cerebral e orbitária demonstrou sinais de celulite pré- e pós-septal e uma lesão intraorbitária com cerca de 2 centímetros. Foi iniciada empiricamente tera-

peutica antibiótica e TARV com abacavir, lamivudina e dolutegravir, com discreta melhoria clínica. Durante o internamento, foi realizada uma biópsia da lesão. O exame histológico revelou positividade para CD20 (negativo para CD3, CD15, CD30, CD99, CK AE1/AE3, desmina, sinaptofisina and cromogranina), tendo sido feito o diagnóstico de LNH de grandes células B difuso. O doente iniciou terapêutica citorredutora com corticoterapia em alta dose e completou posteriormente 6 ciclos de quimioterapia com Rituximab, Ciclofosfamida, Doxorubicina, Vincristina e Prednisolona, com boa resposta clínica, embora com episódios recorrentes de neutropenia.

Conclusão: Este caso demonstra a dificuldade no diagnóstico de uma doença grave, com uma apresentação anatómica rara. O envolvimento de uma equipa multidisciplinar permitiu o rápido diagnóstico e o início do tratamento adequado.

PO 35

DOENTE VIH+ EM CONTEXTO DE INTERNAMENTO

Ana Filipa Gramacho¹; Tatiana Sofia David Santos¹

¹Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Palavras-chave: VIH; Infecções; Internamento

Introdução: Uma das principais características do VIH é a imunossupressão da pessoa infetada, possibilitando o desenvolvimento de infeções oportunistas, as quais destacamos a Tuberculose, Hepatite C, Sífilis, Candidíase oral e esofágica e Pneumocistose. Porém, o aparecimento de sinais e sintomas sugestivos de uma infeção oportunista em alguns dos doentes internados, são a luz verde para o rastreio da infeção por VIH, porém podem ser sugestivos de má adesão terapêutica por parte do doente seropositivo.

Objetivos: Apresentar a visão de um profissional de saúde de um serviço de internamento de Doenças infecciosas acerca da presença

de infeções oportunistas em doentes VIH.

Materiais e métodos: Este resumo contou com a seleção de 15 artigos da base de dados PUBMED desde 2015, dentre os quais 5 foram excluídos, assim como dados estatísticos do Serviço de Doenças Infecciosas.

Resultados: O doente VIH positivo que necessita de internamento atualmente, em 45% dos casos está relacionado com abandono da terapêutica dirigida e em 15% por não terem conhecimento do diagnóstico. Na maioria dos casos, os doentes são transferidos para o serviço de doenças infecciosas para estudo por apresentarem queixas inespecíficas ou isoladas, indicadoras, muitas das vezes, de infeção oportunista, sendo as mais comuns a tuberculose e a pneumocistose. Assim, acaba por ser realizado despiste para infeção por VIH, surgindo, desta forma, os diagnósticos tardios, principalmente em indivíduos do sexo masculino em idades jovens (29-35 anos), aumentando assim, o número de internamentos. Por outro lado, também surgem casos em que o doente necessita de internamento por abandono da terapêutica dirigida e desenvolvimento de infeções oportunistas/comorbilidades/coinfecções, permitindo que a doença atinja o estadio SIDA.

Conclusão: As infeções oportunistas no doente seropositivo surgem devido à imunossupressão promovida pelo VIH, sendo que por vezes, em doentes em que não seja conhecida a serologia para VIH, a presença de sinais e sintomas de algumas das infeções oportunistas surgem como alerta para o despiste da mesma, aumentando o número de internamentos uma vez que os diagnósticos se tornam tardios, assim como o abandono da terapêutica por parte do doente com infeção por VIH também é uma das principais razões para a necessidade de internamento. Desta forma, consideramos merecedor de atenção o desenvolvimento de mais estratégias de

prevenção dirigidas à população mais afetada, assim como desenvolver estratégias de promoção do diagnóstico precoce e, por outro lado, consideramos merecedor de atenção o desenvolvimento de estratégias de adesão terapêutica no doente VIH positivo, por forma a diminuir as taxas de internamento e aumentar a qualidade de vida dos mesmos.

PO 36

DÉFICE COGNITIVO EM DOENTES INFETADOS PELO VIH

Joana Martinez¹; Lorrane Viana¹; António Maio¹; Ana Correia¹; Ana Micaela Martins¹; Margarida Mouro¹; Cristina Soeiro¹; Liliana Maia¹; Jorge Velez¹; Filomena Freitas¹

¹Centro Hospitalar do Baixo Vouga / Hospital Infante D. Pedro, EPE

Os avanços na terapêutica antirretrovírica têm levado a uma melhoria da qualidade de vida das pessoas que vivem com infeção por VIH (PVV). Apesar disso várias comorbilidades continuam a ter um peso relevante, como as alterações neurocognitivas, sendo importante o rastreio e identificação dessas alterações para uma gestão adequada dos doentes.

Neste estudo aplicou-se a escala Mini Mental State Examination (MMSE) a uma população de PVV com objetivo de identificar precocemente doentes com défice cognitivo. A MMSE foi aplicada a PVV acompanhadas em consulta externa de imunodeficiência. O défice cognitivo foi definido de acordo com a avaliação da própria escala e tendo em conta o nível de escolaridade.

Foi aplicada a MMSE a 346 PVV sob TARV (70% sexo masculino; mediana de idade de 58 anos). Destes 4% eram analfabetos, 76% tinham escolaridade de 1 a 11 anos e 20% >11 anos. As comorbilidades mais comuns foram a hipertensão arterial, a dislipidemia e a ansiedade/depressão. Não havia diagnóstico de demência no grupo testado. Foram identificadas 26 (7,5%) PVV com critérios de défice

cognitivo (média de anos de diagnóstico de 11,7; mediana de nadir de CD4+ de 168 cél/mL; 85% com carga vírica indetetável; 65% com linfócitos T CD4+ à realização do teste >500 cél/mL). Os doentes com défice cognitivo tinham piores avaliações nas habilidades construtivas (38,5% de acertos), na atenção e cálculo (39,2% de acertos).

O défice cognitivo associado ao VIH é de difícil deteção, sendo necessária uma vigilância adequada destes doentes. Mesmo sob terapêutica, estas alterações têm um grande impacto na qualidade de vida destes doentes. Neste estudo, a percentagem de défice cognitivo foi ligeiramente inferior à descrita em contextos de adequado acesso à terapêutica antirretroviral (10-15% vs. 7,5%) sugerindo uma baixa capacidade de deteção da MMSE nesta população. A aplicação de escalas mais dirigidas às necessidades e características desta população pode ter um papel relevante na identificação destes doentes e um impacto na gestão precoce destas comorbilidades. A International HIV Dementia Scale parece demonstrar resultados superiores na identificação de alterações cognitivas nas PVV comparativamente à MMSE e outras escalas de rastreio de défice cognitivo.

PO 37

AValiação DA PROGRESSÃO DO DÉFICE COGNITIVO EM PESSOAS QUE VIVEM COM O VIH

Joana Martinez¹; Lorrane Viana¹; António Maio¹; Ana Correia¹; Ana Micaela Martins¹; Margarida Mouro¹; Cristina Soeiro¹; Liliana Maia¹; Jorge Velez¹; Filomena Freitas¹

¹Centro Hospitalar do Baixo Vouga / Hospital Infante D. Pedro, EPE

A prevalência da demência nas pessoas que vivem com o VIH (PVV) tem vindo a diminuir com a generalização da terapêutica antirretrovírica. No entanto, as alterações neurocognitivas continuam a ter um grande impacto no

dia-a-dia destes doentes. O rastreio destes défices é essencial para a deteção precoce e consequente instituição de medidas adequadas para os mitigar.

Neste estudo aplicou-se a escala Mini Mental State Examination (MMSE) a PVV, com o objetivo de avaliar a presença de défice cognitivo e a sua progressão. Incluíram-se PVV seguidas em consulta, tendo sido aplicada a MMSE em dois momentos, com intervalo de aplicação de dois anos. Definiu-se défice cognitivo de acordo com as definições da própria escala e considerou-se uma diferença relevante entre aplicações se >2 pontos. Foram aplicados testes não paramétricos de Wilcoxon e de Sinais, pela não normalidade da amostra, e foi considerado um $\alpha=0,05$.

Foi aplicada a MMSE a 122 PVV sob TARV (73% sexo masculino; mediana de idade 63 anos). Destes 4% eram analfabetos, 80% tinham escolaridade entre 1-11 anos e 16% > 11 anos. Na primeira avaliação foram identificadas 3 (2%) PVV com critérios de défice cognitivo e na segunda avaliação 4 (3%) PVV, sendo que ocorreram mais falhas ao nível da evocação, atenção e cálculo e habilidade construtiva. A média de pontuação na 1ª aplicação foi 27,93 pontos (DP2,33; Min18 e Max30) e na 2ª aplicação de 27,32 pontos (DP2,49; Min18 e Max30), sendo que não existiu diferença estatisticamente significativa entre as duas aplicações ($p=0,00$).

Existiram 20 PVV com >2 pontos de diferença entre aplicações (média de anos entre o diagnóstico e 1ª aplicação: 9,7 anos; mediana de nadir linfócitos T CD4+ de 198 cél/mL; 90% com carga vírica indetetável na 1ª aplicação e 100% na 2ª aplicação; 50% com CD4+ >500 cél/mL na 1ª aplicação e 65% na segunda). Entre as duas aplicações houve 4 PVV que apresentaram intercorrências de relevo que impactaram a capacidade cognitiva. A menor percentagem de acertos ocorreu na secção

de habilidade construtiva (1ª aplicação: 65% de acertos; 2ª aplicação: 40%). A maior diferença entre aplicações foi também na secção de habilidade construtiva (1ª aplicação: 65% de acertos; 2ª aplicação: 40%), seguida da evocação (1ª aplicação: 85% de acertos; 2ª aplicação: 63%).

Apesar de não existir diferença estatística entre as duas aplicações, foi possível identificar alguns casos onde ocorreram intercorrências com impacto na capacidade cognitiva. A MMSE apresenta baixa sensibilidade e especificidade na identificação de défices cognitivos associados ao VIH, identificando apenas os casos mais graves. Esses dados estão em concordância com os resultados obtidos neste estudo. Outras escalas têm sido aplicadas, como a International HIV Dementia Scale, a CogState e a Montreal Cognitive Assessment, que parecem ser mais eficazes na deteção de alterações neurocognitivas associadas ao VIH, com particular destaque para a primeira.

PO 38

SARCOMA DE KAPOSI: DESAFIOS NO DIAGNÓSTICO

Catarina Rodrigues¹; Maria Alves¹; Rita Jesus¹; Evelise Ramos¹; Francesca Peruzzu¹; Diva Trigo¹; Patrícia Pacheco¹

¹Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

As doenças com envolvimento pulmonar são frequentes na população que vive com VIH, sendo causa de significativa morbilidade e mortalidade. Apesar da sua epidemiologia se ter alterado ao longo das últimas décadas, com a introdução de terapêutica antirretroviral (TARV) eficaz, as etiologias a considerar são diversas, podendo o diagnóstico ser desafiante, particularmente em situações de apresentação atípica.

Descreve-se o caso de uma mulher, de 71 anos, natural de Cabo Verde, com diagnóstico recente de infeção por VIH-1, em contexto de investigação de quadro consumptivo. Re-

feria perda ponderal, astenia e sensação febril vespertina, além de tosse seca e diarreia crônicas. Realizou TAC tórax, que mostrou nódulos pulmonares bilaterais. Submetida a broncofibroscopia (BFO), que excluiu alterações macroscópicas, com obtenção de amostras respiratórias para exame microbiológico: sem bacilos álcool-ácido resistentes e PCR M. tuberculosis negativa. Realizou colonoscopia, que excluiu alterações, e biópsia de lesão cutânea suspeita, que revelou tumor benigno cutâneo. Iniciou TARV, com resolução de diarreia e melhora das restantes queixas. Repetiu TAC tórax num mês, que evidenciou aumento dimensional e numérico das lesões nodulares, apesar da estabilidade clínica. Exames culturais de micobactérias nas amostras respiratórias negativos. Neste contexto, solicitada nova BFO, com pesquisa nas secreções brônquicas e lavado broncoalveolar de bactérias, fungos e micobactérias, não se obtendo isolamentos microbiológicos, e sem identificação de células neoplásicas. Decidida então a realização de toracoscopia para biópsia pulmonar dirigida. O exame anatomopatológico mostrou lesões multifocais de sarcoma de Kaposi, bem como granulomas epitelióides na periferia de pequenos vasos, sugestivos de vasculite granulomatosa não necrotizante. Atualmente, apresenta recuperação imunológica, mantendo-se assintomática. Em seguimento por Oncologia para início de quimioterapia e em avaliação complementar em consulta de Medicina Interna (Doenças Autoimunes). O sarcoma de Kaposi associado à infecção VIH apresenta atualmente uma menor incidência devendo, contudo, ser considerado em situações de imunodepressão grave, sempre que clinicamente relevante. O envolvimento visceral isolado como forma de apresentação inicial é incomum, associando-se a doença tardia. Acresce que, apresentações clínicas assintomáticas ou paucissintomáticas podem

ser encontradas, dificultando o diagnóstico na ausência de suspeição clínica.

PO 39

CRIOPTOCOCOSE – A RELEVÂNCIA DE UM DIAGNÓSTICO MICROBIOLÓGICO PRECOCE

Sara Ribas Moura¹; Ramona-Diana Bindean¹; Paula Pinto¹; Sónia Silva Faria¹; Isabel Padroso¹

¹Hospital Distrital de Santarém, EPE

Introdução: A infecção sistémica a *Cryptococcus*, uma levedura encapsulada, é maioritariamente causada por *C. neoformans* e *C. gattii*.

C. neoformans infeta principalmente doentes com imunodeficiência celular; é uma infecção oportunista que obriga a pesquisa de Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH). A incidência desta aumentou na epidemia do VIH, atualmente tem diminuído pela disponibilidade e eficácia dos antirretrovirais, mas ainda é responsável por 15% da mortalidade.

C. neoformans habita no solo com excrementos de aves. Após a sua inalação pode provocar pneumonia, meningite, lesões cutâneas e fungemia.

Apresentamos um caso de criptococose como manifestação inaugural e diagnóstica de Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA).

Descrição do caso: Mulher de 45 anos com queixas de cefaleia, sensação de lipotimia e suores noturnos; recorreu ao Serviço de Urgência por dor abdominal tipo cólica com diarreia e vômitos associados, refratária à medicação, e perda ponderal significativa.

Analicamente, anemia normocítica, linfopenia, ligeiro aumento das transaminases e agravamento gradual dos parâmetros inflamatórios.

Realizou TC abdomino-pélvica que relata adenomegalias retroperitoneais e derrame peritoneal.

Colheu hemoculturas por febre, que se manteve apesar de antibioterapia. A coloração de Gram revelou muitas formas leveduriformes encapsuladas.

O quadro clínico agravou com o surgimento de vesículas cutâneas ulceradas na face e um episódio de tontura, náusea e cervicalgia que motivou a realização de punção lombar, com saída de líquido cefalo-raquidiano (LCR) hipertenso, límpido e transparente. O exame citoquímico mostrou ser acelular, glicorráquia de 49mg/dL e proteinorráquia de 25mg/dL. Observou-se na coloração de Gram algumas leveduras encapsuladas, que se confirmaram com a tinta da China.

Na cultura do LCR e das hemoculturas identificou-se *Cryptococcus neoformans* sensível à anfotericina B.

A suspeita de criptococose disseminada foi corroborada pela histologia das biópsias do gânglio inguinal e cutânea. A serologia foi positiva para VIH 1 com contagem de linfócitos T CD4+ baixa.

A doente faleceu após duas semanas de terapêutica com anfotericina B e flucitosina.

Conclusão: A criptococose é potencialmente fatal sobretudo em imunodeprimidos. Neste caso, a microscopia foi essencial na deteção de formas sugestivas de *Cryptococcus*, permitindo a instituição da terapêutica adequada, enquanto não havia o diagnóstico definitivo pela cultura.

Palavras-chave: criptococose; VIH; microscopia.

PO 40

MIcobacterioses disseminadas sucessivas – um caso clínico

Rita Patrocínio de Jesus¹; Catarina Rodrigues¹; Diva Trigo¹; Joana Filipe Silva¹; Bárbara Flor de Lima¹; Patrícia Pacheco¹

¹Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

Introdução: Existem poucos casos reportados na literatura de ocorrência de micobacterioses não-tuberculosas (MNT) e tuberculose (TB) sucessivas ou em simultâneo, sendo estes sobretudo em contexto de infeção pulmonar.

Descrição do caso: Homem, 37 anos, natural de Portugal com antecedentes de infeção crónica por VIH-1 em estágio SIDA, conhecida há 13 anos, em abandono terapêutico há 6 anos. Internado no serviço de Infeciologia por pneumocistose pulmonar e micobacteriose disseminada por *Mycobacterium genavense*, com envolvimento hepático e ganglionar infra-diafragmático (diagnóstico por PCR em biópsia ganglionar, sem isolamento cultural). Iniciou rifabutina (Rb), etambutol e azitromicina (Azt), corticoterapia adjuvante e ABC/3TC/DTG (à data com linfócitos T CD4+ 30 cél/uL e carga viral de VIH-1 1.200.000 cópias/mL). Verificou-se melhoria clínica, analítica e imagiológica inicial (Figura 1) e supressão virológica. Aos 12 meses de tratamento, o doente iniciou quadro de anorexia, perda ponderal e mal estar geral. Analiticamente apresentava agravamento hepático (Figura 1) e a TAC abdominal revelou aumento dimensional das adenomegalias abdominais e hepatoesplenomegalia. Por suspeita de falência terapêutica (ou re-exposição, dado contacto com aves no domicílio), foi alterado esquema terapêutico para Rb, Azt, levofloxacina e ampicilina, que cumpriu durante 6 semanas, no entanto verificou-se progressão imagiológica. A biópsia de linfadenomegalia abdominal revelou linfadenite granulomatosa não caseosa no exame anatomopatológico com isolamento de *Mycobacterium tuberculosis complex* sensível a antibióticos de primeira linha. Assumindo-se, assim, o diagnóstico de TB disseminada subsequente a MNT prévia, iniciou esquema com Rb, isoniazida, pirazinamida, etambutol e moxifloxacina (esta última suspensa após conhecimento de TSA), e posterior esquema de manutenção com isoniazida e Rb. Verificou-se melhoria clínica, analítica e imagiológica, tendo completado 12 meses de tratamento (Figura 1).

Conclusão: O diagnóstico e monitorização de

resposta ao tratamento de MNT continua a ser desafiante. Este caso alerta para que, na ausência de resposta a tratamento antibacilar, se deva considerar no diagnóstico diferencial, além da falência terapêutica, a existência de outra micobacteriose concomitante, sendo a realização de biópsia de extrema importância. O surgimento de TB neste caso específico, num doente que se encontrava sob tratamento com dois a três fármacos eficazes para a mesma, levanta a hipótese de absorção intestinal limitada por envolvimento mesentérico ou interação farmacológica com a corticoterapia adjuvante.

PO 41

ESTUDO DE AVALIAÇÃO DO RISCO DE DOENÇA CARDIOVASCULAR EM DOENTES VIH-1 EM PORTUGAL

Isabel Casella¹; Filipa Palha²; Maria Caixas Lima¹; Fausto Roxo³; Sandra António³; Carmela Piñeiro⁴; Jorge Soares⁴; Raquel Pinho⁵; Liliana Pedro⁵; Joaquim Oliveira⁶; Flávia Cunha⁶; Rui Pereira⁷; Paula Proença⁷; José Manuel Ferreira⁷; Ana Pimenta Castro⁷; Cláudia Delgado²

¹Centro Hospitalar de Setúbal, EPE / Hospital de São Bernardo; ²Gilead Sciences Lda., Portugal; ³Hospital Distrital de Santarém, EPE; ⁴Centro Hospitalar de S. João, EPE; ⁵Centro Hospitalar do Algarve/ Hospital de Portimão; ⁶Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra; ⁷Centro Hospitalar do Algarve, EPE / Hospital de Faro

Introdução: Com o tratamento mais eficaz e difundido do vírus da imunodeficiência humana (VIH), a morbidade e mortalidade por eventos não relacionados à SIDA ultrapassaram as de eventos relacionados. A doença cardiovascular (DCV) emergiu como uma importante causa de morte em pessoas a viver com VIH (PVIH). A infeção por HIV está associada a um risco aumentado de doença arterial coronariana, insuficiência cardíaca, acidente vascular cerebral isquémico e doença arterial de extremidades inferiores, além do explicado pelos fatores de risco ateroscleróticos tradicionais.

Objetivo: O objetivo deste estudo é caracterizar o risco de mortalidade por DCV em pessoas adultas com VIH-1 em Portugal Continental.

Métodos: Trata-se de um estudo observacional multicêntrico, transversal, de PVIH-1, com idade entre 40 e 70 anos, que compareceram a uma consulta de rotina em um dos sete centros hospitalares entre setembro de 2019 e março de 2020. Dados clínicos e laboratoriais foram recolhidos retrospectivamente para determinar o risco a 10 anos de mortalidade por DCV. O principal resultado é a percentagem de PVIH em cada categoria de risco definida nas diretrizes de 2019 da Sociedade Europeia de Cardiologia/Sociedade Europeia de Aterosclerose para o manejo das dislipidemias.

Resultados e conclusões: No total, foram incluídas 566 PVIH-1, das quais 69,6% são do sexo masculino. A idade média da população do estudo é de $51,6 \pm 7,4$ anos, e 56,4% dos doentes têm ³ 50 anos. O tempo médio de diagnóstico VIH é de 13,6 anos (intervalo interquartil, 8,0 a 19,6). A carga vírica foi indetectável (<50 cópias/ml) em 533/563 (94,7%) doentes. Os fatores de risco para DCV foram comuns: 50,2% fumadores atuais; 49,0% com excesso de peso ou obesidade; 47,2% hipercolesterolemia; 35,2% obesidade abdominal; 27,6% hipertensão; 9,0% diabetes. A DCV estabelecida estava presente em 81 (14,3%) doentes. O risco de DCV foi distribuído da seguinte forma: 151 doentes na categoria de risco muito alto (26,7%), 126 na categoria de alto risco (22,3%), 208 na categoria de risco moderado (36,7%) e 81 na categoria de baixo risco (14,3%). Entre os doentes ³50 anos, o risco de DCV foi alto ou muito alto em 226 (70,8%).

Neste estudo observacional multicêntrico único de PVIH-1 em Portugal, com idades compreendidas entre os 40 e os 70 anos, o risco

de DCV foi elevado ou muito elevado em 49%. Este resultado destaca a importância de avaliar e abordar rotineiramente o risco de DCV em PVHIV.

PO 42

HISTOPLASMOSE DISSEMINADA – UM DIAGNÓSTICO RARO EM DOENTE VIH-1

Débora Armelino Alves¹; Flávia Cunha¹;
Pedro Alves Silva¹; João Trepa¹; Vitor Duque¹
¹Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra /
Hospitais da Universidade de Coimbra

Introdução: O *Histoplasma capsulatum* é o agente etiológico da histoplasmose, apresentando características epidemiológicas diferentes nos continentes endêmicos (americano e africano). Recentemente têm sido descritos casos de histoplasmose em regiões não endêmicas como a Europa. A migração das populações tem contribuído para alterar o padrão epidemiológico. Este trabalho tem como objetivo descrever um caso clínico raro sobre Histoplasmose disseminada.

Descrição: Homem, 30 anos, residente em Leiria, natural da Colômbia. Empregado num café. Antecedentes de tuberculose pulmonar tratada em 2019 e epilepsia não medicada. Transferido do Serviço de Urgência (SU) da área de residência ao qual recorreu por quadro com um mês de evolução de febre vespertina, perda ponderal (10Kg), hipersudorese, com diarreia. Referia também tosse seca, cansaço fácil e dispneia, odinofagia, sem náuseas ou vômitos. Tinha sido observado 15 dias antes pelas mesmas queixas, com diagnóstico de infeção por *Salmonella* foi medicado com melhoria transitória das queixas. À admissão no SU, apresentava febre, hipotensão, pancitopenia, lesão renal aguda AKIN 3 com acidose metabólica compensada, quadro de citocolestase importante com elevação de parâmetros inflamatórios. Rx do Tórax com infiltrado intersticial bibasal, ecografia abdo-

minimal sem alterações.

Evoluiu para sépsis com disfunção cardiovascular, renal e hematológica em doente com diagnóstico inaugural de infeção por VIH-1. RNA-VIH >10.000.000 cópias/mL; Linfócitos CD4+ 32/mm³ (10,4%). Foi transferido para o SU do nosso hospital para observação e orientação por Infeciologia. Ao exame, apresentava-se consciente e colaborante, hemodinamicamente estável, euvolémico, apirético, sem alterações à auscultação cardio-pulmonar, com duas adenopatias não dolorosas na região cervical posterior à direita e um discreto exantema papular disperso na face, não pruriginoso. Posteriormente foi diagnosticado com histoplasmose (agente observado em esfregaço sangue periférico e comprovado por isolamento cultural no lavado broncoalveolar), pneumonia por *Pneumocystis jirovecii* e presunção de herpes labial e candidíase, iniciou terapêutica dirigida e TARV. À data de alta encontrava-se assintomático, com recuperação de contagem de CD4+ 32»161 células/mm³ (10,4»25,3%), CV VIH indetetável e normalização da função renal e hepática.

Conclusão: De acordo com o sistema de vigilância epidemiológica da infeção VIH/SIDA foram registados 8 casos de histoplasmose em doentes VIH entre 1983 e 2015. Não sendo a histoplasmose uma doença de declaração obrigatória em Portugal, os casos existentes resultam de diagnósticos em internamentos hospitalares. Maior consciencialização sobre fatores de risco da doença melhorarão o diagnóstico e tratamento oportunos e impedirão a progressão e disseminação desta doença.

Palavras: Histoplasmose disseminada, Infeção VIH-1, Imigrantes

PO 43

COINFEÇÃO POR VHB/VIH EM PORTUGAL: DADOS DE UMA COORTE NACIONAL

João Matos¹; Inês Ludovico Caetano¹; Isabel Duarte²; Vanda Castro³; Débora Alves⁴; Lorrane Viana⁵; Sílvia Policarpo⁶; Liliana Pedro⁷; Josefina Méndez¹; Margarida França¹; Kamal Mansinho²; Inês Vaz Pinto³; Jorge Velez⁵; Carmela Piñeiro⁶; Raquel Pinho⁷; Cristina Valente⁴
¹Centro Hospitalar do Porto, EPE / Hospital Geral de Santo António; ²Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital Egas Moniz; ³HPP Hospital de Cascais; ⁴Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra; ⁵Centro Hospitalar do Baixo Vouga / Hospital Infante D. Pedro, EPE; ⁶Centro Hospitalar de S. João, EPE; ⁷CH UNIV ALGARVE - PORTIMAO

Introdução: O vírus da imunodeficiência humana (VIH) e vírus da hepatite B (VHB) partilham vias de transmissão pelo que podem ser agentes de coinfeção, sendo assim importante identifica-la para melhorar os cuidados prestados. Contudo, existem poucos estudos em Portugal a explorar dados clínicos relativos a pessoas que vivem com coinfeção VHB/VIH (PVVHB/VIH).

Objetivos: Caracterização a evolução clínica e analítica de PVVHB/VIH numa coorte nacional.

Material e métodos: Análise retrospectiva de processos clínicos de PVVHB/VIH seguidos em sete hospitais portugueses. Os dados foram analisados usando o IBM® SPSS® versão 28.

Resultados e conclusões: Foram identificadas 168 PVVHB/VIH: maioria (75%) eram do sexo masculino; idade mediana 51 (min. 22-máx. 84) anos; 49% adquiriram a infeção em Portugal. A via de aquisição mais comum foi a sexual (52%). A coinfeção por vírus da hepatite C foi de 16% e a coinfeção vírus da hepatite D foi de 14%. Relativamente à infeção pelo VHB, verificou-se seroconversão de AgHBs (positivo em 90% vs 84% atual, $p=0,180$) e de AgHBe (positivo em 39% vs 27% atual, $p=0,012$) desde o diagnóstico. Em 87% dos

doentes a carga viral foi menor que 10 UI/L para VHB. Atualmente, 90% das PVVHB/VIH encontravam-se suprimidas para infeção pelo VIH. Tempo mediano de terapêutica da coinfeção foi de oito (máx. 28) anos, sendo que 49% iniciaram tratamento após diagnóstico. Para tratamento da infeção pelo VHB, 52% estavam sob tenofovir alafenamida e 39% com tenofovir disoproxil fumarato e como terceiro agente mais utilizado é o inibidor da integrase em 73% dos casos. A fibrose hepática manteve-se estável durante o seguimento. A mortalidade foi de 6% na coorte. Apesar de se tratar de uma pequena amostra podemos verificar que a maior parte das PVVHB/VIH encontram-se controladas a nível imunológico e virulógico. Será interessante manter o acompanhamento desta coorte para estudar a sua evolução.

Palavras-chave: infeção por VIH, infeção por VHB, coinfeção VHB/VIH

PO 44

TOXOPLASMOSE CEREBRAL – ANÁLISE DE 10 ANOS DE UM SERVIÇO DE DOENÇAS INFECIOSAS (2013-2022)

Ana Rita Ambrósio¹; Salomão Fernandes¹; Inês Leitão¹; Raquel Tavares¹; Paulo Rodrigues¹
¹Hospital Beatriz Ângelo

Introdução: A toxoplasmose cerebral (TC) é causada pelo parasita *Toxoplasma gondii*, um protozoário intracelular. Constitui a infeção oportunista do sistema nervoso central mais comum nos doentes com síndrome de imunodeficiência adquirida (SIDA), sobretudo quando a contagem de linfócitos T CD4+ <100 céls/μL.

Objetivos: Caracterizar os doentes internados por TC durante dez anos num Serviço de Doenças Infeciosas de um hospital distrital.

Material e métodos: Estudo retrospectivo, análise dos processos dos doentes admitidos no serviço de Doenças Infeciosas com o diagnóstico de TC desde Janeiro de 2013

a Outubro de 2022. Para cada um, registaram-se dados demográficos, infecção por VIH, antecedentes pessoais relevantes, clínica de apresentação, diagnóstico, tratamento, duração e desfecho do internamento. Efetuou-se a análise descritiva das variáveis através do programa SPSS.

Resultados e conclusões: Analisaram-se 23 doentes, média etária 45 anos, maioria (60,9%) mulheres. 100% com infecção por VIH, dos quais um doente com VIH2. Do total, 39,1% correspondiam a diagnóstico inaugural. A contagem de linfócitos T CD4+ média foi de 74 céls/ μ L. Apenas 42,9% dos doentes com infecção VIH conhecida cumpriam terapêutica antirretroviral (14,3% sob profilaxia de toxoplasmose). Dos doentes analisados, 13% apresentavam história de alcoolismo crónico, 8,7% de hepatite C crónica, 17,4% hipertensão arterial e 4,3% com acidente vascular cerebral prévio.

As manifestações clínicas mais descritas foram alteração do estado de consciência (47,8%), desorientação (43,5%), cefaleia (34,8%), febre (30,4%), convulsão (26,1%) e hemiparesia (21,7%). Todos os doentes tinham IgM sérico negativo e 69,6% IgG positivo. A pesquisa DNA Toxoplasma no líquido cefalorraquidiano (LCR) foi realizada em 69,6% dos doentes e desses foi positivo em 62,5%. A maioria dos doentes (69,6%) foi tratada com pirimetamina+sulfadiazina. A média de internamento foi de 19 dias e todos os doentes apresentaram resposta terapêutica favorável, não se tendo verificado óbitos.

A TC é uma infecção grave, que deve ser recordada em qualquer idade e mesmo em doentes sem diagnóstico prévio de infecção por VIH. É importante o seu diagnóstico para atuação atempada de forma a obter um melhor prognóstico. Depreende-se ainda com este estudo um número crescente de internamentos por TC comparativamente a anos prévios, prova-

velmente em relação com o subdiagnóstico e perda de seguimento pelas contingências pandémicas.

PO 45

ÉCTIMA POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS PRODUTOR DE LEUCOCIDINA PANTON-VALENTINE EM DOENTE COM INFEÇÃO VIH

Inês Ludovico Caetano¹; João Matos¹;

Ana Maria Lé¹; Isabel Furtado¹;

António Ludgero Vasconcelos¹

¹Centro Hospitalar do Porto, EPE / Hospital Geral de Santo António

Palavras-chave: Éctima; *Staphylococcus aureus*; leucocidina Panton-Valentine.

Introdução: O éctima é uma infecção cutânea ulcerativa incomum, consistindo numa forma mais profunda de impétigo, que se estende até à derme. O microrganismo mais frequente é o *Streptococcus pyogenes*, contudo o *S. aureus* é também um agente possível. A leucocidina Panton-Valentine (PVL), uma exotoxina causadora de citólise de neutrófilos, constitui um fator de virulência de algumas estirpes de *S. aureus* e está associada ao desenvolvimento de infeções da pele e tecidos moles recorrentes, por vezes com necrose. Os fatores de risco para esta patologia incluem lesão cutânea prévia, imunodepressão e higiene deficitária.

Descrição do caso: Homem de 49 anos, sem-abrigo. Contexto de consumo de drogas endovenosas e infecção por VIH-1 com abandono terapêutico, atualmente sem supressão virológica e com CD4+ 111/mm³ (16%). Recorreu ao Serviço de Urgência por quadro recorrente de lesões cutâneas nodulares com ulceração e crosta central dispersos pelo corpo com 4 meses de evolução, apresentando nova lesão localizada na região malar esquerda, a qual iniciou como pequena pápula e foi expandindo, com dor e rubor associados. À observação, nódulo eritematovioláceo, quente, infiltrado,

inicialmente com área de necrose e posteriormente ulcerado centralmente, com exsudação e friável ao toque, com 3cm de maior eixo, localizado na região malar esquerda (figura 1). Verificavam-se ainda manchas e placas acastanhadas dispersas, sugestivas de lesões residuais. Tomografia computadorizada a revelar lesão abcedada na região citada associada a celulite da face e região cervical anterior esquerda. Realizada biópsia cutânea com histologia a objetivar ulceração cutânea associada a inflamação neutrofílica até à derme reticular profunda e adjacente no bordo da úlcera com alterações hiperplásicas da epiderme suprajacente e isolamento microbiológico de *S. aureus* meticilinosensível com pesquisa de PVL positiva. Cumpriu antibioterapia empírica com piperacilina/tazobactam, posteriormente dirigida para cotrimoxazol conforme antibiograma até perfazer 14 dias, verificando-se boa evolução com cicatrização das lesões.

Conclusão: Relata-se um caso de éctima complicado com celulite causado por *S. aureus* produtor de PVL, devendo a recorrência das lesões e a presença de necrose fazer-nos suspeitar desta etiologia. De realçar ainda que o diagnóstico diferencial de lesões cutâneas na infeção por VIH com imunodepressão grave é complexo, variando desde infeções oportunistas até neoplasia, sendo a realização de biópsia cutânea essencial na sua abordagem.

PO 47

UMA DOENTE, DOIS VÍRUS E DUAS INFEÇÕES OPORTUNISTAS DO SNC

Inês Moreira Sousa¹; Fatima Gonçalves¹; Maria Cunha¹; Andreia Lopes²; Inês Pintado Maury¹; Tiago Marques¹; Alvaro Ayres Pereira¹

¹Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria; ²Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE / Hospital de São Teotónio, EPE

A infeção por VIH/SIDA está associada a um estado de imunossupressão com risco de diversas infeções oportunistas, entre elas a

Criptococose e infeção por *Mycobacterium avium complex* (MAC). Na Criptococose a infeção primária é pulmonar, manifestando-se nos imunossuprimidos com uma reactivação com meningoencefalite; é mais frequentemente causada pelo *C. neoformans*, estimando-se que seja responsável por cerca de 15% das mortes relacionadas com a infeção por VIH/SIDA.

Nos doentes com VIH as principais manifestações de MAC são a doença disseminada e linfadenite focal. A depleção imunitária com linfócitos T (LT) CD4<50 cell/uL é o principal fator de risco, assim como RNA-VIH >1000 cps/mL ou a presença de infeções oportunistas prévias ou concomitantes.

Apresenta-se o caso de uma mulher de 33 anos, natural da Guiné-Bissau, com antecedentes de infeção por VIH-1 (CDC C3) com mau controlo imuno-virologico (LTCD4+ 60 células/uL, RNA-VIH 39500 cps/mL) sob TARV (TDF/TFC e RAL) com má adesão. Antecedentes de tuberculose miliar (2018). Internamento no contexto de meningite e infeção SARS-CoV-2 ligeira concomitante. Relativamente à criptococose cerebral apresentava criptocomas e HIC (com necessidade de várias punções lombares (PL) evacuadoras por agravamento clínico com subsequente melhoria), Ag criptocócico no LCR positivo com título de 1/2560 e isolamento *Cryptococcus gattii*. Apesar de terapêutica prolongada sem franca melhoria imagiológica e descida do título Ag muito paulatina.

Verificou-se durante o internamento prolongado agravamento do estado de consciência e febre de novo obtendo-se isolamento em hemoculturas de *Mycobacterium spp.*, assumida eventual reativação da tuberculose, com início de HRZE. Após identificação de espécie de *Mycobacterium avium complex*, alterada terapêutica para amicacina, levofloxacina, azitromicina, clofazimida e etambutol, verifi-

cando-se franca melhoria do status neurológico (GCS 8 para 15), pelo que se assumiu MAC disseminada com envolvimento do SNC (apesar de LCR cultural para micobactérias negativo).

Verificou-se quadro de peritonite recorrente com pneumoperitoneu com evolução desfavorável por choque séptico refratário, acabando por vir a falecer.

Este caso clínico retrata a presença de duas infeções oportunistas do SNC concomitantes (meningite criptocócica e MAC) menos comuns. Estes agentes, ainda que menos frequentemente observados - meningite por *Cryptococcus gatti* (agente endémico das regiões tropicais e subtropicais bem como Austrália) e MAC - devem ainda assim ser equacionados no contexto de infeção oportunista em doentes com estadió SIDA.

Neste caso, a presença de infeção SARS-CoV-2 leva-nos a questionar o seu papel como eventual trigger, relativamente à depleção de LTCD4 e LTCD8, no reativar destas doenças.

PO 48

UM CASO RARO DE INFEÇÃO ASSOCIADA AO HERPES VÍRUS HUMANO 8 EM DOENTE COM VIH

Maria Miguel¹; João Lourinho¹; Helena Pires¹; Tomás Robalo Nunes¹; Liliana Alves¹; André Gomes¹; Virgínia Moneti¹; Rita Magano¹; Susana Boavida¹; Cláudia Franco¹; Nuno Marques¹

¹Hospital Garcia de Orta, EPE

Introdução: A infeção por VIH predispõe ao desenvolvimento de certas doenças neoplásicas, incluindo linfomas. Os linfomas relacionados com o VIH podem ser divididos em três tipos: Linfoma sistémico não-Hodgkin, linfoma primário do SNC e Linfoma primário dos derrames. Este último é associado à infeção pelo herpes vírus humano 8, podendo apresentar uma variante sólida.

Caso clínico: Doente com 57 anos, natural de

Cabo Verde, em Portugal há 14 anos. Sem antecedentes pessoais de relevo.

Recorreu ao serviço de urgência por quadro de febre com 3 dias de evolução (temp. 38.8°C), dor na fossa ilíaca direita e hematocúezias. Referia perda ponderal de 5Kg em 2 meses. À admissão com desconforto à palpação abdominal, analiticamente anemia e trombocitopenia, com monocitose.

Na avaliação inicial diagnóstico inaugural de infeção por VIH-1 e 2, com LT CD4+ de 63 cels/uL (2.1%) e CV VIH-1 de 512348 cp/mL e CV VIH-2 de 179 cp/mL.

Realizou TC de corpo com hepato-esplenomegalia, formações nodulares hepáticas e múltiplas adenopatias dispersas. Colocadas as hipóteses diagnósticas de doença linfoproliferativa Vs tuberculose. Por observação de bacilos ácido álcool resistentes no exame direto do lavado bronco-alveolar (LBA) iniciou HRZE, tendo repetido exame de imagem com 1 mês de terapêutica que não mostrou melhoria das lesões nodulares.

Para investigação etiológica foram realizadas, para além de broncofibroscopia, biópsias hepáticas, mielograma com biópsia óssea, biópsia de adenopatias cervicais e exames endoscópicos com biópsias. Destes, PCR e cultura foram negativos para *M. tuberculosis* em todos os produtos, com PCR positiva para *M. xenopi* em LBA, para a qual iniciou tratamento. Iniciou também TARV durante o internamento.

Através da biópsia gástrica foi feito o diagnóstico de variante sólida do linfoma primário dos derrames (linfoma de alto grau). Após estadiamento iniciou corticoterapia, tendo evoluído com agravamento clínico e laboratorial, com múltiplas intercorrências infecciosas, pelo que não iniciou quimioterapia. Acabou por falecer por quadro de insuficiência cardíaca secundária a endocardite por *S. aureus*, bem como provável progressão do linfoma

primário sem terapêutica dirigida.

Discussão: A variante sólida do linfoma primário dos derrames é uma entidade rara que se pode desenvolver em doentes com infeção por VIH. Tendo em conta a sua baixa prevalência, o diagnóstico é desafiante. Apesar de ser um linfoma localizado, o prognóstico é reservado, mesmo com tratamento dirigido.

PO 49

A VERDADE VEM SEMPRE AO DE CIMA

João Vieira Afonso¹; Joana Castro Vieira¹;
Rafael Oliveira¹; Ana Cristina Teotónio¹;
Ana Filipa Rodrigues¹

¹Centro Hospitalar do Oeste Norte, EPE / Hospital
Distrital das Caldas da Rainha

Introdução: Apesar da eficácia amplamente conhecida da terapêutica antirretroviral, as doenças oportunistas ainda são uma realidade.

Caso clínico: Homem, 58 anos, recorreu ao serviço de Urgência por quadro com 1 mês de evolução de cefaleias holocraneanas que o impediam de adormecer, episódios de confusão e irritabilidade. Referia perda de 13kg em 2 meses e episódio de hematoquezias. Como antecedentes pessoais mencionou Diabetes Mellitus tipo 2 e status enfarte agudo do miocárdio. Ao exame objetivo, hemodinamicamente estável, destacando-se apenas alteração da marcha. Analiticamente sem alterações relevantes. AngioTCCE revelou lesão ocupante de espaço quística-necrótica frontal direita com efeito massa, edema e desvio de estruturas para a esquerda. A RM descreveu imagens com captação periférica em anel, discutindo-se com Neurocirurgia que apoiou a hipótese de metástases cerebrais. Iniciou Dexametasona e procedeu-se a estudo etiológico: TC Tóraco-abdómino-pélvico (sem identificação de neoplasia primária), ecografia tiroide (sem alterações), marcadores tumorais (negativos), colonoscopia (sem alterações). Endoscopia digestiva alta revelou candidíase esofágica, iniciando Fluconazol. Pedida serologia HIV

que foi positiva. Quando confrontado com os resultados, o doente admitiu conhecimento da infeção, mas havia abandonado seguimento e terapêutica antirretroviral há 10 anos, noutra centro hospitalar. Das restantes serologias, destacou-se a positividade para Toxoplasma. Realizada punção lombar, com proteinorraquia, mas exame cultural negativo, assim como a pesquisa de restantes agentes oportunistas. Carga viral >180000 cópias e 25 CD4+/uL. Discutido o caso, admitiu-se SIDA e Toxoplasmose cerebral presuntiva, iniciando terapêutica dirigida.

Durante o internamento, iniciou quadro de novo com febre, hipotensão, taquicardia, dor pleurítica e insuficiência respiratória. Radiografia de tórax evidenciou hipodensidade basal direita, com PCR e procalcitonina elevadas. Assumiu-se Sepsis com ponto de partida pulmonar, com hemoculturas positivas a *E. coli*, iniciando antibioterapia de amplo espectro. Apesar das medidas instituídas o doente entrou em paragem cardiorrespiratória não reversível, acabando por falecer.

Conclusão: Este caso é ilustrativo da existência de doenças oportunistas, sendo que as infeções do sistema nervoso central apresentam-se como um difícil diagnóstico diferencial. A adesão terapêutica e ao seguimento destes doentes são fundamentais para o seu prognóstico.

Palavras chave: HIV, Toxoplasmose, Oportunistas

PO 50

PORQUE UM MAL NUNCA VEM SÓ...

João Vieira Afonso¹; Joana Castro Vieira¹;
Rafael Oliveira¹; Ana Cristina Teotónio¹;
Ana Filipa Rodrigues¹

¹Centro Hospitalar do Oeste Norte, EPE / Hospital
Distrital das Caldas da Rainha

Introdução: O Síndrome de imunodeficiência adquirida(SIDA) define-se como CD4 <200/uL ou pela presença de várias doenças definindo-

ras de doença.

Caso clínico: Homem, 56 anos, com antecedentes de infecção HIV(sem seguimento nem terapêutica instituída) e hábitos toxicofílicos, recorreu ao serviço de urgência por dispneia e febre com início no próprio dia.

Apresentava-se taquicárdico, com insuficiência respiratória tipo 1, sarcopénico, com lesões esbranquiçadas em língua, palato e orofaringe e lesões papulosas em fase cicatricial no dorso. Sem adenomegalias. A destacar neurologicamente o discurso lentificado. Auscultação pulmonar com crepítantes dispersos. Analiticamente leucócitos 4500uL (linfócitos 600uL) e PCR 7.9mg/dL. TC tórax com opacidades em vidro despolido. Iniciou amoxicilina/ácido-clvulânico+Azitromicina empiricamente. Realizou TCCE com “áreas hipodensas de topografia gângliocapsular bilateral, com efeito massa à esquerda” e RM que demonstrou as mesmas lesões, com sinais de leucoencefalopatia multifocal progressiva(LEMP).

Realizaram-se: hemocultura, punção lombar e cultura de secreção brônquica, positivas para *Cryptococcus Neoformans*. O lavado broncoalveolar foi positivo para *Pneumocystis Jirovecci* e *E.Coli* multirresistente. Assumiu-se SIDA com Criptococose disseminada, Pneumocistose, LEMP e Candidíase oral. Iniciou antifúngicos, cotrimoxazol e antibioterapia de amplo espectro dirigida a *Ecoli*. Face à melhoria do quadro respiratório, optou-se pela manutenção de terapêutica.

Apresentava 1 CD4+/uL e carga viral >100000 cópias. Foi discutido em equipa, protelando-se a introdução de antirretrovirais, dado o risco de síndrome de reconstituição imunitária.

Ao 35º dia de internamento, apresentou episódio agudo de vômitos, tonturas, cefaleias, com agravamento de estado de consciência, hemiparesia direita e afasia mista. TCCE

mostrou hiperdensidade gângliocapsular esquerda com extravasamento intraventricular ipsilateral e hidrocefalia. Transferido para Neurocirurgia de hospital de referência, mas apesar das medidas instituídas acabou por falecer.

Conclusão: A criptococose tem, apesar de tudo, uma taxa de mortalidade associada elevada.

As infeções oportunistas nem sempre surgem isoladamente, ocorrendo em muitos casos simultaneamente, condicionando um prognóstico reservado.

Palavras chave: HIV, Criptocose, pneumocistose, LEMP, candidíase oral

PO 51

CHOQUE SÉPTICO NO DOENTE IMUNODEPRIMIDO– A DIFICULDADE NO DIAGNÓSTICO A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Diogo Costa Oliveira¹; Daniela Bento¹; Catarina Carvalho¹; João Carvalho¹; Anabela Santos¹; Francisco Esteves¹

¹Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE / Hospital de Vila Real

Palavras-chave: Sépsis, Imunocomprometido, Vírus Imunodeficiência Humana, Proteínas fase aguda

Introdução: A sépsis é uma resposta sistémica do hospedeiro à infeção. Em doentes imunodeprimidos, as alterações clínicas e laboratoriais podem não ser nem sensíveis nem específicas, assim como os agentes etiológicos, focos primários de infeção e evolução clínica podem ser distintos.

Objetivo: Estudo de caso clínico e reflexão sobre clínica de sépsis em doente imunocomprometido

Descrição do caso: Sexo feminino, 59 anos, fumadora ativa. Recorreu ao serviço de urgência por tosse mucopurulenta e dispneia com 1 semana de evolução e de agravamento progressivo. Objetivamente encefalopática,

hipotensa com taquicardia sinusal, polipneica com auscultação rude, roncos dispersos e sinais de má perfusão periférica.

Analicamente, acidose mista com pH 7,17, pCO₂ 66 mmHg, HCO₃⁻ 24 mEq/L, BE-4,4 mEq/L e lactato 2,3mg/dL; 9180/uL leucócitos e proteína C reativa baixa 5,4 mg/dL (N < 0,5), lesão renal aguda AKIN 3, LDH 4210 U/L, CK 1528 U/L, AST e ALT elevadas (4946 e 3670 U/L respetivamente), hiperbilirrubinemia 4.10mg/dL (Bilirrubina direta 3.60) e coagulopatia (INR 4.0). TC-Tórax evidenciava espessamento difuso das paredes brônquicas, com secreções endobronquiais, micronodularidade centrolobular dispersas pelo pulmão direito e discretos focos de opacidade em vidro despolido no lobo superior direito.

Admitida no Serviço de Medicina Intensiva (SMI) por choque séptico de etiologia a esclarecer, iniciou antibioterapia na presunção de uma infeção respiratória. Evolui com necessidade de ventilação mecânica invasiva, suporte aminérgico e técnica de substituição da função renal. Apresentou antigenúria para *Streptococcus pneumoniae*, e isolou-se esse agente nas secreções brônquicas, com hemoculturas estéreis. Em duas amostras de secreções brônquicas foi também isolada *Candida Glabrata* - a doente apresentava candidíase orofaríngea, evidente na intubação orotraqueal mas sem reserva fisiológica para realização de endoscopia digestiva alta pela doença crítica. Foram excluídas outras patologias (autoimunes, zoonoses) e no estudo de serologias víricas, verificou-se uma infeção inaugural por VIH-1, estágio C3. Foram excluídas outras infeções oportunistas.

A doente cumpriu 10 dias Ceftriaxone e 14 dias Anidulofungina, com evolução favorável e alta do SMI ao 21º dia. Iniciou as profilaxias precocemente e a terapêutica antiretroviral ao 17º dia de internamento.

Conclusão: Pretende-se lembrara evolução

clínica díspar da sépsis no doente imuno-deprimido, onde os marcadores de resposta inflamatória pouco alterados podem obscurecer o diagnóstico diferencial. É necessário um elevado índice de suspeita para o diagnóstico da infeção VIH na ausência de doenças definidoras de SIDA evidentes, sendo necessário sistematicamente excluir a mesma, visto que altera a marcha diagnóstica e a abordagem terapêutica.

PO 52

DUAS PANDEMIAS EM PARALELO

Ana Isabel Duarte¹; João Alves¹; Susana Peres¹; Ana Claudia Miranda¹; Teresa Baptista¹; Isabel Antunes¹; Fernando Borges¹; Jaime Nina¹; Kamal Mansinho¹

¹Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital Egas Moniz

Introdução: A infeção por vírus da imunodeficiência humana (VIH) é, desde há décadas, um problema de saúde pública global. A COVID-19, doença infecciosa emergente, impactou drasticamente a comunidade e economias mundiais em 2020, tendo sido colocada a hipótese inicial de que doentes VIH poderiam evoluir com doença mais grave por SARS-CoV-2.

Objetivos: Descrição clínica da COVID-19 em doentes VIH e análise do possível efeito protetor da vacina contra SARS-CoV-2 nestes doentes.

Material e métodos: Estudo retrospectivo, observacional, avaliando 3904 utentes observados em consulta hospitalar de Infeciologia entre março 2020 e março 2022. Identificados 877 utentes (22,5%) com diagnóstico molecular de infeção por SARS-CoV-2 nesse período, dos quais se selecionaram, por método de aleatorização, 202 indivíduos para caracterização demográfica, clínica e vacinal. Dados obtidos por entrevistas telefónicas e consulta de registos clínicos. Tratamento estatístico feito através de SPSS statistics.

Resultados e conclusões: Caracterizados 202 indivíduos coinfectados com VIH e SARS-CoV-2. Maioritariamente homens (71%); VIH tipo 1 (94%); idade mediana de 48 anos (mín. 19 – máx. 82); 55% com, pelo menos, um fator de risco de gravidade; maioria (75%) encontrava-se em estágio A (classificação do CDC); mediana de TCD4=732 céls/ μ l ao diagnóstico de COVID-19; 3.7% com TCD4 <200 céls/ μ l e 84% com ARN-VIH <20 cópias/ml. A maioria teve apenas sintomas ligeiros (80%) e alguns tiveram curso assintomático (13%). Doença moderada (2.5%), grave (1.5%) e crítica (2.5%) foram incomuns. Os sintomas mais comuns foram mialgias, cansaço, cefaleia, tosse e febre. Quinze doentes foram hospitalizados, com insuficiência respiratória observada em catorze doentes. Quanto à cobertura vacinal, 26% apresentavam esquema completo e 29% não tinham qualquer vacina no momento da infeção. Não se verificou correlação estatisticamente significativa entre a gravidade da doença por SARS-CoV-2 e o estado vacinal prévio dos doentes ($\chi^2 = 0,659$; $p < 0,05$).

Nesta amostra de doentes com VIH, maioritariamente sob tratamento antirretroviral, a infeção por SARS-CoV-2 apresentou um curso ligeiro. Grande parte dos doentes (74%) contraiu COVID-19 antes de ter completado o esquema vacinal recomendado, não parecendo que esse facto se tenha correlacionado com um maior risco de doença mais grave. O controlo da doença viral crónica e a estabilidade imunológica parecem ser determinantes para um melhor prognóstico evolutivo da infeção por SARS-CoV-2.

PO 53

CO-INFEÇÃO VIH – COVID19: A REALIDADE DE UMA ENFERMARIA DE INFECCIOLOGIA

MARTA VIEIRA¹; Tomás Nunes¹; Helena Pires¹; Maria Miguel¹; João Lourinho¹; Paula Brito¹; André Gomes¹; Luís Duque¹; Cláudia Franco¹; Liliانا Alves¹; Rita Magano¹; Nuno Marques¹
¹Hospital Garcia de Orta, EPE

A infeção pelo severe acute respiratory distress syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) tem a mesma incidência na população geral que nas pessoas que vivem com o vírus da imunodeficiência humana (PVVIH), mas poderá existir risco acrescido de infeção grave e mortalidade. Pretende-se, assim, caracterizar os doentes com infeção VIH e SARS-CoV-2 internados numa enfermaria de Infeciologia durante a pandemia.

Para realização deste estudo retrospectivo, foi disponibilizada pelo departamento estatístico hospitalar a listagem dos doentes internados na Infeciologia em 2020-2021 com infeção SARS-CoV-2 e VIH (codificação ICD-10) e procedeu-se à consulta dos respectivos processos informáticos para colheita de dados com análise posterior no programa Excel.

Dos 824 internamentos, 30,9% foram por infeção SARS-CoV-2 ($n = 255$), dos quais 3,5% ($n = 9$) corresponderam a PVVIH. A média de idades dos doentes foi de 59,7 anos (± 9), 66,7% eram do sexo masculino ($n = 6$) e 77,8% de raça caucasiana ($n = 7$). Como principais comorbilidades destaca-se a hipertensão arterial ($n = 5 / 55,6\%$), a dislipidemia ($n = 4 / 44,4\%$), a doença renal crónica ($n = 3 / 33,3\%$) e o alcoolismo ($n = 3 / 33,3\%$). Apenas um doente não cumpria terapêutica antirretroviral, sendo o único com carga viral (CV) detectável, e a maioria tinha CD4+ >200 células/uL ($n = 6 / 66,6\%$). A pneumonia por SARS-CoV-2 foi o motivo de internamento em todos, excepto num caso de tromboembolismo pulmonar, única infeção ligeira. A maior

parte teve infecção grave (n = 7 / 77,8%) com necessidade de O2 por máscara ou ventilação não invasiva e 1 doente (11,1%) apresentou infecção crítica com realização de oxigenoterapia de alto fluxo. Nos diagnósticos secundários, a referir a lesão renal aguda (n = 3 / 33,3%), a sobreinfecção respiratória bacteriana provável (n = 2 / 22,2%) e uma pneumocistose presumida (n = 1 / 11,1%). 77,8% (n = 7) evoluíram favoravelmente, mas 22,2% faleceram (n = 2), ambos não vacinados e com CV indetectável, mas um com 85 CD4+. Este valor é semelhante à mortalidade por infecção SARS-CoV-2 em não-VIH - 23,9% (n = 59).

A população internada com VIH e SARS-CoV-2 tem elevado número de comorbilidades, nomeadamente cardiovasculares, tal como descrito da literatura, condicionando evolução para infecção grave. Contagens de CD4+ mais baixas constituem também um factor de risco, pela maior probabilidade de co-infecções. A gravidade da infecção SARS-CoV-2 em doentes não internados e a influência da vacina no seu outcome deverá ser alvo de estudos futuros.

PO 54

PRIMOINFECÇÃO VIH EM TEMPO DE PANDEMIA

Tiago Afonso Alexandre¹; Liliana Pedro¹;
Alexandra Ávila¹; José Maia Sousa¹; Domitília Faria¹;
Luisa Arez¹

¹Centro Hospitalar Universitário do Algarve - Unidade de Portimão

Introdução e objetivos: A pandemia SARS Cov 2 teve um claro impacto na prestação de cuidados de saúde, sobretudo na primeira vaga pandémica em que muitos dos serviços ambulatoriais encerraram e os Serviços de Urgência estavam condicionados pela afluência de doentes com infecção SARS Cov 2. A infecção aguda pelo VIH decorre com um quadro clínico e analítico inespecífico, comum a mu-

tas viroses, incluindo a infecção SARS Cov 2. É imperativa a alta suspeição clínica para o diagnóstico precoce e instituição terapêutica atempada no sentido de reduzir as consequências e a transmissão do VIH. Os autores apresentam um caso clínico que vem salientar a imperatividade de, mesmo em situações de excepção como a recente pandemia, manter a alta suspeição clínica para o diagnóstico precoce e instituição terapêutica atempada no sentido de reduzir as consequências e a transmissão do VIH.

Caso clínico: Homem, 42 anos, casado. Sem antecedentes pessoais ou familiares relevantes, sem medicação habitual. Apresenta-se no Serviço de Urgência, em Abril 2020, com queixas de mau estar, mialgias, febre, anosmia e ageusia. À admissão sem alterações ao exame objetivo. Nos exames realizados destaca-se Leucócitos 2700 103 /uL, neutrófilos 1200 103 /uL, linfócitos 1100 10 3 /uL, plaquetas 78000 103 /uL e PCR 5.6 mg/dL, Ferritina 875.9 ng/mL, AST 286 U/L, ALT 142 U/L e LDH 1073 U/L. Radiograma de torax sem alterações. Colheu zaragatoa para PCR SARS Cov 2 e ficou internado, em isolamento, por suspeita COVID, aguardando resultado da PCR convencional. Foi pedido rastreio serológico de outras causas virais de bicitopenia nomeadamente VIH. Após ser informado do resultado de serologia positiva a VIH1 o doente confirmou exposição sexual de risco recente. Nunca tinha sido testado para VIH. A PCR SARS-CoV2 foi negativa, tendo-se confirmado o diagnóstico de infecção aguda por VIH1. Iniciou TARV com BIC/TAF/FTC no dia seguinte, segundo estratégia de test and treat, com CD4 344; CV VIH1 >10,000,000 cópias, tendo tido alta para seguimento em consulta com boa adesão e virémia indetectável.

Conclusão: O diagnóstico diferencial das infeções agudas virais nunca deve esquecer a inclusão da primoinfecção VIH, mesmo em

contextos clínicos e epidemiológicos que nos podem sugerir outros agentes etiológicos. Neste caso e tendo em conta a dificuldade de acesso a cuidados de saúde causados pela pandemia, o diagnóstico imediato, início rápido de tratamento e ligação à consulta específica foi uma oportunidade que não se perdeu.

PO 55

8 ANOS DE SESSÕES DE RASTREIO DA LIGA PORTUGUESA CONTRA A SIDA NA UNIDADE MÓVEL DE RASTREIOS "SAÚDE + PERTO"

Maria Eugénia Saraiva¹; Sofia Melo Refoios¹; Gonçalo Bento¹; Filomena Pereira²

¹Liga Portuguesa Contra a SIDA; ²Instituto de Higiene e Medicina Tropical

Introdução: A Liga Portuguesa Contra a SIDA, fundada em 1990, é a instituição mais antiga do país com intervenção na promoção de apoios às Pessoas que Vivem com VIH (PVIH), Tuberculose, Hepatites Virais e outras Infeções Sexualmente Transmissíveis (IST). Um dos projetos da LPCS é a Unidade Móvel de Rastreios (UMR) "Saúde + Perto", que percorre as zonas de Lisboa, Loures e Odivelas. Em funcionamento desde 2013, este projeto foi pioneiro na realização de testes às IST em Portugal.

Objetivos: O projeto tem como objetivo geral: promover, ativamente, o acesso à prevenção, a realização do rastreio das infeções por VIH, VHB, VHC e Sífilis e outras IST e a adequada referenciação, nas populações-chave (Homens que têm Sexo com Homens, trabalhadores do sexo, pessoas em situação de sem-abrigo, imigrantes e utilizadores de substâncias psicoativas. Contribui para promoção de Literacia em Saúde, para aconselhamento e referenciação para PrEP e PPE e para prevenção de comportamentos de risco, distribuindo materiais informativos e preventivos.

Material e métodos: Em contexto outreach e de proximidade, a equipa da UMR é composta por: Mediador – Realiza acolhimento e age como facilitador da intervenção, pois conhece

contextos, características e necessidades das populações-chave; acompanha as pessoas às consultas; Médica – Assegura qualidade dos serviços clínicos e prescreve medicação. Psicóloga - Disponibiliza informação pré-teste e aconselhamento pós-teste, promove comportamentos sexuais seguros, efetua follow-up com reforço da importância da adesão terapêutica, promove rastreio de contactos (notificação anónima), identifica utentes elegíveis para PrEP e PPE. Técnico de Saúde – Efetua a recolha de amostras biológicas

Resultados e conclusão: Entre 1/10/2014 a 10/05/2022, 8.796 pessoas realizaram sessão de rastreio na UMR: 5.025 (57,1%) homens, 3.754 (42,7%) mulheres e 17 (0,2%) transgéneros, com idade média de 40,9 anos (DP=16,0). Um total de 37.112 testes foram realizados a um conjunto de 11 IST, com os seguintes resultados:

Quadro 1 - Sessões de rastreio, testes reativos e referenciações, por tipo de população Considerando o total de testes e resultados reativos/positivos podemos dizer que:

- 1 em cada 31,5 utentes apresentou resultado reativo VIH;
- 1 em cada 4,9 homens teve resultado reativo/positivo para, pelo menos, 1 IST;
- 1 em cada 2,6 mulheres teve resultado reativo/positivo para, pelo menos, 1 IST;
- 13,9% das PVIH, apresentam co-infeção com o VHC, 6,6% com Sífilis, 2,6% com VHB e outras IST, confirmando sinergia entre VIH e outras IST;
- Populações-chave apresentam mais resultados/positivos em todas as IST, exceto HPV.

PO 56

RASTREIO DA INFEÇÃO POR VIH, OUTRAS IST'S E LIGAÇÃO AOS CUIDADOS DE SAÚDE NA PENÍNSULA DE SETÚBAL

Ana Santos Correia¹; Miguel Rocha¹;
Virginia Moneti¹; Fátima Gomes¹; Isabel Casella¹;
Mariana Vicente¹; Telma Martins¹;
João Santa Maria¹; Diogo Ladeira¹; Adriana Reis¹;
José Zegre¹; Nancy Monteiro¹; Edna Tavares¹;
Inês Correia¹

¹GAT - Grupo de Ativistas em Tratamentos

Introdução: Setúbal registou em 2020 a terceira maior taxa de casos reportados de VIH e SIDA, totais e acumulados, no país. A resposta de base comunitária para rastreio e ligação aos cuidados de saúde na Península de Setúbal, iniciou-se em 2014, com uma unidade móvel. Atualmente inclui mais dois centros de saúde sexual (Setúbal e Almada) e uma segunda unidade móvel. As unidades realizam rastreios rápidos para as infeções por VIH, hepatite B e C, e sífilis, distribuem material de prevenção, e referenciam os utentes para o Serviço Nacional de Saúde (SNS) para fins de diagnóstico, profilaxia ou tratamento. Para além destas atividades, nos centros fixos, realizam-se consultas de serviço social, enfermagem e medicina (nomeadamente IST, e consultas hospitalares descentralizadas de PrEP, IST e tratamento de hepatites virais).

Objetivos: Descrever a atividade de rastreio para as infeções por VIH, VHC, VHB e sífilis em grupos prioritários e acesso à prevenção e ligação aos cuidados de saúde em quatro locais de intervenção comunitária na península de Setúbal.

Material e métodos: Análise quantitativa e descritiva dos dados de atividade de quatro locais de rastreio de base comunitário entre setembro de 2021 e agosto de 2022

Resultados e conclusões: Foram realizadas 16 593 sessões de rastreio (14 746 em unidades móveis e 1847 em centros fixos) das quais 332 testes foram reativos (71 para VIH,

138 para VHB, 74 para VHC e 49 para sífilis). Realizaram-se, no total, 193 acompanhamentos a primeiras consultas e consultas de seguimento hospitalar. Foram ligadas 159 pessoas aos cuidados de saúde.

Foram distribuídos 519 937 preservativos externos, 15 519 preservativos internos e 125 902 unidades de gel lubrificante, 2499 kits (seringa e base). Realizaram-se 420 encaminhamentos sociais e de saúde, 590 atendimentos sociais, 905 consultas médicas (523 descentralizadas) e 577 de enfermagem.

A intervenção contribui para a prestação de cuidados de saúde adaptados, removendo barreiras à prevenção, promovendo o diagnóstico e ligação aos cuidados de saúde de pessoas a viverem e/ou com risco acrescido para estas infeções. A articulação entre trabalho comunitário, instituições locais e serviços do SNS é fundamental para melhorar o acesso à saúde das pessoas em maior risco.

Palavras chave: VIH, Rastreio, Proximidade

PO 57

UM ANO DE EXPERIÊNCIA DA PRIMEIRA CONSULTA DESCENTRALIZADA DE PREP EM PORTUGAL NO CIRSS DE ALMADA

Danielalages¹; Joelsy Pacheco²; Inês Correia²;
Cátia Pires²; Fátima Gomes²; Mariana Vicente²;
Bruno Pinto²; Joeli Souza²; Ana Paula Brito¹;
Alexandre Tomás³; Rita Cunha⁴; Nuno Marques¹
¹Hospital Garcia de Orta, EPE; ²GAT; ³ACeS Almada-Seixal; ⁴Câmara municipal Almada

A consulta descentralizada de PrEP no CIRSS Almada resulta de uma parceria entre o Hospital Garcia de Orta, a Câmara Municipal de Almada, a organização não governamental GAT (grupo de ativistas em tratamentos) e o Agrupamento Centros Saúde Almada –Seixal integrada na iniciativa “Almada – Município sem SIDA” e tem como um dos objetivos aproximar a população em risco de aquisição da infeção por VIH dos cuidados de saúde, de modo a conseguir uma maior resposta na sua prevenção.

No seguimento de 1 ano de consulta foram avaliados os seguintes dados (15 setembro 2021 a 30 setembro 2022):

Foram realizadas 737 consultas, 262 primeiras e 475 subsequentes. Das primeiras consultas, 115 foram realizadas ainda durante o ano de 2021, tendo as restantes 147 sido realizadas em 2022. Das consultas subsequentes, 105 consultas foram realizadas em 2021 e 370 em 2022. A estes dados temos de acrescentar o facto de que, dado o ataque informático de que o HGO sofreu, não foi possível a realização da consulta nos meses de maio a julho 2022.

Atualmente são seguidos de forma regular 108 utentes, a maioria do sexo masculino (104; 96,3%) e MSM (94; 87%), com uma média de idade de 33 [19-57]. Do total de utentes, 41 (37,9%) são de nacionalidade portuguesa, com igual número de utentes de nacionalidade brasileira e os restantes 26 são das mais variadas origens.

À data da primeira consulta, 25 (23,1%) reportaram utilização prévia de PrEP, sendo que 3 em modo selvagem. Houve menção a realização prévia de esquemas de PPE em 16 (14,8%) casos. Existiu reporte de diagnóstico prévio de pelo menos uma infeção sexualmente transmissível (IST) em 71 (65,7%) casos. Na avaliação basal foram ainda diagnosticados dois casos de primoinfeção em doentes não submetidos a PrEP.

Avaliando fatores de risco específicos com indicação para início de PrEP, 10 (9,3%) utentes foram referenciados por terem parceiro com infeção por VIH, 7 (6,5%) eram trabalhadores sexuais, e 9 (8,3%) tinham práticas de chemsex. Analisando a prescrição adotada, 96 (88,9%) fazem toma diária, sendo este o regime terapêutico preferencial pela simplicidade da toma, por ser o esquema mais permissivo e pela maioria dos utentes terem contactos não planeados. Ocorreram efeitos secundários

em 18 (18,8%) casos, maioritariamente com queixas gastrointestinais (15; 83,3%).

Durante o período de seguimento não foram diagnosticados casos de seropositividade para VIH, VHB e VHC em doentes sob PrEP.

Este projeto de parceira contribui para a prestação de cuidados de saúde em proximidade, contribuindo para a remoção de barreiras que possam inviabilizar a prevenção, diagnóstico e adesão ao tratamento de pessoas com risco acrescido para VIH e outras ISTs.

PO 58

RESPOSTA HUMORAL APÓS COVID-19 NUMA COORTE DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Joana Oliveira Silva¹; Alexandre Afonso¹; Teresa Reis¹; Cristiana Lopes¹; Vânia Pacheco¹; Tiago Rodrigues¹; Gonçalo Rodrigues¹; Carla Leitão¹; Ricardo Batista-Silva¹; Lucília Araújo¹; Fernando Rodrigues¹; Isabel Antunes¹

¹Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra

Palavras-chave: SARS-CoV-2, COVID-19, IgG anti-nucleocapside, análise de sobrevivência.

Introdução: Através da análise de anticorpos específicos contra o vírus SARS-CoV-2 podemos avaliar a resposta imune pós-covid, ao longo do tempo.

Objetivos: Analisar a cinética de anticorpos (Ac) IgG contra a proteína do nucleocapside SARS-CoV-2 (NP) após infeção COVID-19.

Material e métodos: Entre abril de 2020 e maio de 2022, num centro hospitalar, foram feitas colheitas de sangue seriadas aos profissionais de saúde (PS) infetados por SARS-CoV-2. Dosearam-se os Ac IgG anti-NP até perda de reatividade, utilizando SARS-CoV-2 IgG II assay (Abbott), por metodologia CMIA no equipamento Alinity i. Consideraram-se negativos títulos inferiores a 0.7 index (Bryan et al., 2020). A informação sobre sintomas obteve-se por consulta de processos clínicos. Fez-se a análise das curvas de Kaplan-Meier para o

tempo até perda de reatividade e compararam-se as curvas com o teste de Log-rank. Utilizou-se a regressão de Cox para estimar os Hazard Ratio (HR) ajustados. Fixou-se a significância em 0.05.

Resultados: Participaram 1064 PS, 78% do sexo feminino com média de idades de 43 anos (DP 11). Obteve-se informação clínica de 247 participantes. Destes, 90% não referiram critérios de gravidade e 53.4% referiu 1 a 5 sintomas.

Ao fim de 266 dias, metade dos PS apresentaram títulos negativos. A duração da resposta humoral foi superior nos homens (Mediana (Md) 309 vs. 255 dias, $p=0.021$) e nos que referiram critérios de gravidade (Md 393 vs. 237 dias, $p=0.012$). Nos assintomáticos observou-se uma resposta humoral mais curta (Md 208 dias) do que nos sintomáticos (1 a 5 sintomas (Md 237 dias) e mais de 5 sintomas (Md 303 dias), $P=0.01$).

Ajustando para as outras variáveis, verificou-se que cerca de o dobro das mulheres perdeu a reatividade comparando com os homens (HR 1.77 IC 95% [1.09,2.90]). O aumento de um ano de idade associou-se a uma diminuição de 2% do risco de perder reatividade (HR 0.98 IC95% [0.97,1]). Comparando com os assintomáticos, os que reportaram 1 a 5 sintomas ou mais apresentaram aproximadamente metade do risco de perder títulos reativos (HR 0.55 IC95% [0.3,1.0] e HR 0.43 IC95% [0.23,0.8], respetivamente). Aqueles que mencionaram pelo menos 1 critério de gravidade, mostraram menor risco de perder a resposta humoral (HR 0.77 IC95% [0.53,1.12]).

Conclusão: Os Ac anti-Np após doença diminuem mais rapidamente nas mulheres, nos mais jovens e nos assintomáticos. Estes dados contribuem para melhor compreender a resposta imune após COVID-19.

PO 59

PANDEMIA COVID-19-NOVOS CAMINHOS NA PREVENÇÃO DE DOENÇA GRAVE EM DOENTES IMUNODEPRIMIDOS

Sara Pocinho¹; João Alves¹; João Rijo¹; Susana Peres¹; Ana Cláudia Miranda¹; Teresa Baptista¹; Celina Afonso²; André Weigert³; Maria Augusta Gaspar³; Gabriela Rodrigues²; Isabel Madruga¹; Cândida Fonseca²; Kama Mansinho¹
¹Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital Egas Moniz; ²Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital de S. Francisco Xavier; ³Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital de Santa Cruz

Introdução: A introdução da vacinação e evolução de variantes de SARS-CoV-2 teve impacto importante na morbidade e mortalidade associada à COVID-19. Ainda assim, a população de doentes imunodeprimidos continua a ser vulnerável a doença grave.

Objetivos: (1) Avaliar a experiência clínica de utilização de antivirais para prevenir a evolução de COVID-19 para doença grave. (2) Avaliar o circuito de acesso ao medicamento, desde o diagnóstico de COVID-19.

Material e métodos: Estudo retrospectivo, observacional da coorte de doentes com infeção por SARS-CoV-2 não grave a quem foi cedida medicação antivírica para prevenir progressão de doença, num hospital da área metropolitana de Lisboa. Período do estudo: dezembro de 2021 a setembro de 2022.

Resultados e conclusões: Cedida medicação a 39 doentes (19 género feminino e 20 género masculino), com média de idades 67 anos. Oito doentes estavam assintomáticos, 24 com doença ligeira e 7 com doença moderada. A maioria (82%) tinha esquema vacinal primário completo, destes apenas um apresentava anticorpo anti-Spike positivo. A maioria estava sob imunossupressão iatrogénica grave ($n = 33$): neoplasia ativa sob tratamento ($n = 16$), doença auto-imune sob imunomoduladores ($n = 9$) e transplante renal ($n = 8$).

Do total, n = 25 fez a medicação em internamento e n = 14 em ambulatório (n = 11 adquirida no SU e n = 3 na consulta). Dos que obtiveram o tratamento em ambulatório: n = 8 foram encaminhados pela plataforma nacional telefónica de saúde e n = 6 pelo médico assistente.

Onze doentes fizeram Remdesivir (3 dias), 10 Molnupiravir, 9 Casirivimab+Imdevimab, 6 Nirmatrelvir/ritonavir e 3 Tixagevimab+Cilgavimab. A escolha do antivírico foi condicionada pela circulação de diferentes variantes do vírus e potenciais interações medicamentosas. Apenas foram relatados efeitos secundários a Nirmatrelvir/ritonavir (n = 2) (náuseas). Duração dos sintomas no início do tratamento (dias): D1 (n = 17), D2 (n = 5), D3 (n = 10), D4 (n = 5), D5 (n = 1) e D6 (n = 1). Seis doentes evoluíram para doença grave com resolução posterior e três doentes faleceram devido a progressão de doença oncológica.

A introdução atempada de terapêutica antiviral, em particular no ambulatório, constitui um desafio, sendo fundamental que clínicos e doentes de risco, tenham conhecimento desta intervenção. Nesta coorte a maioria dos doentes fez Molnupiravir por menor potencial de interações medicamentosas com a terapêutica imunossupressora em curso.

Palavras-chave: Covid-19, antivirais, imunodeprimidos.

PO 60

EFEITO DA VACINAÇÃO DAS CRIANÇAS NA TRANSMISSÃO DE COVID-19 NO QUINTO PICO PANDÉMICO EM PORTUGAL

Joana Oliveira¹; Cristina Luxo¹; Ana Miguel Matos¹

¹Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra

Introdução: O primeiro caso de COVID-19 em Portugal foi reportado a 2 de março de 2020. Desde então Portugal atravessou cinco picos pandémicos: abril de 2020, novembro de 2020, janeiro de 2021, julho de 2021 e

janeiro de 2022, respetivamente. O maior número de casos foi registado durante o quinto pico. Numa tentativa de controlar a pandemia, adultos e crianças foram massivamente testados e campanhas de vacinação iniciaram-se em dezembro de 2020, com as crianças a serem vacinadas a partir de setembro de 2021. O último relatório disponível reporta uma taxa de vacinação de 45% para crianças dos 5 aos 11 anos e de 98% para crianças dos 12 aos 17 anos.

Objetivos: Analisar a incidência de COVID-19 nas crianças durante os cinco picos pandémicos e a sua variação em função das campanhas de vacinação. Avaliar o papel das crianças na transmissão de SARS-CoV-2 ao longo da pandemia.

Material e métodos: Para o presente estudo, foram selecionados 42 636 resultados de testes RT-PCR realizados num laboratório da região centro de Portugal durante os cinco picos pandémicos (6317 destes resultados correspondem a crianças com idades inferiores a 18 anos). A análise estatística foi efetuada recorrendo ao teste qui-quadrado.

Resultados e conclusões: As crianças representaram 1% do total de casos de COVID-19 durante o primeiro pico e 29% no quinto pico ($P < 0.00001$). Entre as crianças, observou-se um aumento da incidência de infeções do primeiro (5%) para o quinto pico (31%) ($P < 0.00001$). Foi apenas no quinto pico que a percentagem de casos positivos em crianças (31%) superou a observada na população em geral (25%) ($P < 0.00001$). Apesar do elevado número de casos de COVID-19 entre adultos durante o quinto pico, a maior frequência de infeção nas crianças durante este período pode ser resultado da sua vacinação mais tardia. Estes dados apontam para a importância deste grupo populacional na transmissão da infeção. Ainda no quinto pico, a maior incidência da infeção em crianças com idades

inferiores a 11 anos quando comparada com crianças mais velhas ($P < 0.05$), coincide com a menor taxa de vacinação naquela faixa etária, o que reforça a conclusão anterior. Dado o impacto da vacinação na transmissão e circulação do vírus, a contínua atualização dos programas de vacinação é crucial para promover a saúde pública e individual.

PO 61

ANTICORPOS ANTI SARS-COV-2 NO CORDÃO UMBILICAL E IMUNIZAÇÃO MATERNA – RESULTADOS PRELIMINARES

Joana Costa Branco¹; Madalena M. Fonseca¹; Maria Pulido Valente¹; Clara Picão¹; Inês Martins¹; Aida Rufino¹; Paula Costa¹; Aryse Martins Melo²; Raquel Guiomar³; José Gonçalves Marques¹

¹Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria; ²Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge; ³Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge

Palavras-chave: Infecção a SARS-CoV-2; Vacina anti-COVID19; Anticorpos anti-Spike

Introdução: A transferência transplacentar de anticorpos (Ac) varia com o título de Ac (TAc) da grávida e a idade gestacional (IG) do feto. Não está bem estabelecida a repercussão das imunizações, naturais ou por vacina, prévias à gravidez ou de acordo com o tempo de gestação, no TAc anti-SARS-CoV-2 transferido para o recém-nascido (RN).

Objetivos: Estabelecer a relação entre o estado vacinal e infecção prévia a SARS-CoV-2 na mãe e o TAc no sangue do cordão umbilical (SgU).

Material e métodos: A amostra é constituída pelos pares mãe/filho que aceitaram participar. No parto é colhido SgU para determinação quantitativa de Ac IgG anti-Spike(anti-S) e qualitativa de anti-Nucleocapside(anti-N) e aplicado um inquérito às mães (dados demográficos, infecção prévia a SARS-CoV-2, vacinação anti-COVID-19, tipo de vacina, data de administração).

Resultados e conclusões: A análise preliminar dos primeiros 104 resultados de serologias de SgU revelou que 62 (59,6%) tinham IgG anti-N e 103 (99%) anti-S. Em 82 (78,8%) houve informação de vacina [Comirnaty® em 58 (71%)], em 64 de infecção SARS-CoV-2 das quais 10 (15,6%) com reinfeção e 47 (73,4%) com infecção na gravidez. Nove tinham anti-N positivo sem relatarem infecção. A mediana de IG foi de 39 semanas (33 - 41). Na primeira análise comparamos títulos de anti-S por estado de imunização relativo às 20 semanas de gestação (SdG). Nas oito grávidas vacinadas ≥ 20 SdG (duas com infecção na gravidez > 20 SdG e cinco com 2 doses de vacina prévias), a mediana de anti-S foi 19397UA/mL (9975 - > 40000); nas 14 infetadas ≥ 20 semanas IG até às 4 semanas antes do parto, sem vacina durante a gravidez, a mediana anti-S foi 22586UA/mL (41,9 - > 40000); nas seis grávidas que se infetaram < 4 semanas antes do parto a mediana foi 3225 UA/mL ($< 7,8$ - 12718). Nas 30 grávidas imunizadas pelo menos duas vezes (vacina e/ou infecção) antes da gravidez, a mediana anti-S foi 7384UA/mL (229 - > 40000); nas 30 grávidas imunizadas pelo menos duas vezes (vacina e/ou infecção) na gravidez < 20 SdG, a mediana da anti-S foi 16882UA/mL (2901 - > 40000). Nas cinco grávidas apenas com uma imunização por infecção < 20 SdG (três antes da gravidez), a mediana de anti-S foi 884UA/mL (216,7 - 16930). Nas duas grávidas apenas com uma imunização por vacina < 20 SdG, a mediana de anti-S foi 8725UA/mL (3159 - 14292).

Os resultados preliminares revelam TAc mais elevados na infecção ou vacinação ≥ 20 SdG. Contudo, a presença de 2 imunizações < 20 SdG ainda se associa a um TAc elevado no SgU, o que pode sugerir a não necessidade de vacinação > 20 SdG para proteção do RN. A continuação do estudo poderá identificar preditores de baixo TAc no final da gestação.

PO 62

COINFEÇÃO SARS-COV-2 E INFLUENZA

Adriana Ribeiro¹; Lílina Maia¹; Filomena Freitas¹; Maria Aldina Líbano¹; Sandra Cabral¹

¹Centro Hospitalar do Baixo Vouga / Hospital Infante D. Pedro, EPE

Introdução: A pandemia de COVID-19 expôs as semelhanças entre as infeções por SARS-CoV-2 e por Influenza. Por outro lado, a atividade gripal no inverno parece favorecer a coinfeção do SARS-CoV-2 e do vírus Influenza podendo exacerbar a gravidade do quadro. Tendo em conta que a via de transmissão e a sintomatologia são idênticas, o grande desafio é distinguir tais patologias, tornando-se fundamental a utilização de métodos para diagnosticar a possível coinfeção.

Objetivos: Caracterizar os doentes com coinfeção por SARS-CoV-2 e Influenza e avaliar as manifestações clínicas dos mesmos num centro hospitalar entre dezembro de 2021 e junho de 2022.

Material e métodos: Estudo descritivo e retrospectivo, realizado num centro hospitalar em Portugal. A recolha de dados foi efetuada entre dezembro de 2021 e junho de 2022. Foram incluídos todos os doentes com um episódio de urgência ou de internamento com resultado laboratorial positivo ou detetado para SARS-CoV-2 e Influenza no mesmo dia. Os dados foram colhidos usando o SClínico® da instituição hospitalar e os dados da plataforma de vigilância epidemiológica HEPIC®.

Resultados: No período de dezembro de 2021 a junho de 2022 foram detetados 123 doentes com coinfeção por SARS-CoV-2 e Influenza. A maioria dos casos (72%) ocorreu em crianças com idade inferior a 18 anos. A mediana da idade foi de 10 anos.

Sintomas como febre e tosse estavam presentes em 76% dos casos, rinorreia em 22,7%, seguidos de cefaleia (21%), mialgias (18%), odinofagia (16,3%) e dispneia em 14,6%.

Observou-se que a coinfeção pelo subtipo A do vírus Influenza representou 96,7% dos casos identificados e apenas 3,3% do subtipo B. A maioria dos doentes (95%) teve alta do serviço de urgência no próprio dia e apenas 6 doentes necessitaram de internamento, 5 dos quais com idade superior a 80 anos, tendo ocorrido um óbito num doente com 92 anos.

Conclusões: A sintomatologia da coinfeção por SARS-CoV-2 e Influenza não diferiu de forma significativa na sua apresentação relativamente à infeção por SARS-CoV-2 ou Influenza isoladamente. Tendo em conta que a população infantil foi a mais afetada, não parece ter havido uma maior gravidade da condição clínica dos doentes.

Palavras-chave: SARS-CoV-2, Influenza; coinfeção.

PO 63

TUBERCULOSE PULMONAR EM IMUNOCOMPETENTE

Alice Monsanto¹; João Venda¹; Fabiana Pimentel¹; Léilita Santos¹; Rui Santos¹

¹Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra

Introdução: A tuberculose extrapulmonar, apesar de menos comum, constitui uma forma importante de infeção por *Mycobacterium tuberculosis*, sendo a apresentação ganglionar a mais frequente. Incidência particular em doentes com infeção HIV ativa e imigrantes de países endémicos (> 60-70 %), acompanhando-se de infeção pulmonar na maioria destes casos. Apresentação inicial mais frequente é adenopatia cervical, indolor e unilateral. Sintomas constitucionais ocorrem, mas são raros no imunocompetente. O diagnóstico definitivo é obtido por biópsia ganglionar.

Discussão do caso: Homem 56 anos, imunocompetente. Episódios de febre vespertina, de difícil cedência a antipiréticos, com 2 meses, acompanhados de suores noturnos, mio-arthralgias, mal-estar e surgimento de massa

na região cervical direita, com perda de peso não intencional de 10 kg em 6 meses. À observação adenopatia latero-cervical direita, duro-elástica, indolor. Analiticamente aumento de PCR. Ecografia cervical com coleção heterogênea, ovalar, não vascularizada, com formações ganglionares adjacentes. TC corpo e PET-TC mostrando múltiplas adenopatias supradiaphragmáticas bilaterais, algumas com necrose central. Identificado IGRA positivo. Biópsia aspirativa da adenopatia a confirmar diagnóstico de Tuberculose Ganglionar por exame direto microscópico, PCR e cultura da amostra. Exclusão de infecção pulmonar na ausência de sintomatologia, exames de imagem sem alterações e 3 baciloscopias seriadas da expectoração negativas. Exclusão também de infecção por HIV. Iniciou terapêutica recomendada, sem intercorrências e com boa resposta clínica.

Conclusão: A tuberculose extra-pulmonar apresenta um desafio diagnóstico pela diversidade de sinais e sintomas, sendo necessário uma elevada suspeição clínica. Num país em que a taxa de incidência de infecção por *Mycobacterium tuberculosis* se mantém elevada, deverá ser sempre considerada como hipótese diagnóstica. Em caso de adenopatia cervical ou supra-clavicular, a tuberculose ganglionar deve ser sempre suspeitada. Apesar de mais frequente em grupos de risco e de que nos imunocompetentes se apresenta geralmente com clínica frustrante, tal como este caso demonstra, é possível a sua ocorrência em doente sem infecção HIV concomitante, sem história epidemiológica de risco, apresentando-se com clínica que pode facilmente apontar inicialmente para provável quadro de origem neoplásica.

PO 64

ABCESSO ESPLÊNICO – UMA MANIFESTAÇÃO RARA DE TUBERCULOSE NO DOENTE IMUNOCOMPETENTE

Fátima Gonçalves¹; Maria Ribeiro Cunha¹;
Inês Moreira Sousa¹; Andreia Lopes¹;
Inês Pintado Maury¹; Tiago Marques¹;
Fábio Cota Medeiros¹; Álvaro Ayres Pereira¹

¹Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Palavras chave: abscesso esplênico; tuberculose disseminada; disseminação hematogénica; **Abstrat:** A presença de um abscesso esplênico é rara e tipicamente ocorre por fenómenos de embolização ou disseminação hematogénica. Apresentamos um caso de tuberculose disseminada (esplênica, pleural e peritoneal), cujo diagnóstico partiu da investigação de um abscesso esplênico.

Mulher de 27 anos, natural da Guiné, residente em Lisboa há 15 anos, saudável. Recorre ao serviço de urgência por dor abdominal e massa palpável no hipocôndrio esquerdo com um mês de evolução. Negava febre. Laboratorialmente com anemia microcítica hipocrômica, sem leucocitose, PCR 7,04 mg/dL e serologia VIH negativa. Realizou TC abdominopélvica que mostrava alterações imagiológicas compatíveis com abscesso esplênico (118x114x93mm), adenopatias com centro necrótico, derrame pleural e foco de consolidação na base pulmonar esquerda. Após pesquisa na expectoração de BAAR negativa, foi internada para estudo etiológico. Documentada febre e elevação dos parâmetros inflamatórios de novo, e iniciou antibioterapia com ceftriaxone e metronidazol. Obteve-se isolamento numa hemocultura de MSSA. Realizado ecocardiograma transesofágico que excluiu endocardite. Posteriormente realizada punção esplênica guiada por ecografia com pesquisa de BAAR, exame bacteriológico e deteção por sequenciação do gene 16s com resultados negativos. Como complicação desenvolveu

peritonite e ascite loculada. Do restante estudo destaca-se: pesquisa de parasitas nas fezes e serologias (Quisto Hidático, Salmonelas e Brucelose) todos negativos. Por má resposta à antibioterapia, repetiu punção do abscesso com PCR (polymerase chain reaction) positiva para pesquisa de *Mycobacterium tuberculosis* (MTB). Efetuou broncofibroscopia com identificação no lavado por técnicas de PCR de MTB, e iniciou HRZE com boa resposta. Posteriormente, com isolamento de MTB multissensível. Assumido então tratar-se de uma tuberculose disseminada com envolvimento esplênico, pleural e peritoneal.

A tuberculose com envolvimento esplênico em doentes imunocompetentes é rara, ainda mais com a formação de abscessos volumosos. Este caso retrata a dificuldade do diagnóstico de tuberculose numa manifestação pouco frequente, em que o fator epidemiológico nos indicava a suspeitar de outras doenças infecciosas. Ainda, para dificultar, quando inicialmente a hipótese de embolização séptica por MSSA seria a hipótese mais plausível, após integração da restante investigação, o diagnóstico final, terapêutica e prognóstico foram totalmente diferentes.

PO 65

MYCOBACTERIUM INTRACELLULARE EM DOENTE IDOSA

Helena Pires¹; Tomás Nunes¹; Maria João Miguel¹; João Lourinho¹; Susana Boavida¹; Ana Paula Brito¹; Nuno Marques¹

¹Hospital Garcia de Orta, EPE

As micobactérias não tuberculosas assumem um papel cada vez mais importante como agente etiológico de doença pulmonar e extrapulmonar, sobretudo em doentes imunossuprimidos.

Mulher, 91 anos, residente em lar, dependente. Avaliada no serviço de urgência em janeiro/2019 por quadro compatível com infeção respiratória e medicada em ambulatório com

dois ciclos de antibioterapia (amoxicilina/ácido clavulânico e levofloxacina) com agravamento respiratório. Por apresentar PCR para Influenza A positiva foi medicada durante cinco dias com oseltamivir. Da restante investigação apresentava TAC-Tórax com área de cavitação extensa no 1/3 superior do hemicampo pulmonar direito e consolidações bilaterais. Iniciada antibioterapia de forma empírica com amoxicilina/ácido clavulânico. Realizada broncofibroscopia para colheita de LBA e SB para estudo microbiológico com identificação molecular de *Mycobacterium intracellulare* por PCR em SB com teste molecular de resistências negativo, bem como isolamento cultural. A doente iniciou terapêutica antibacilar de primeira linha (HRZE) e claritromicina, mas acabou por evoluir desfavoravelmente vindo a falecer ao 45º dia de internamento. Foi excluída infeção por VIH, não existia terapêutica imunossupressora nem patologia pulmonar prévia.

Esta doente apresenta como principal fator de imunossupressão a idade avançada tornando-a mais suscetível a doença por micobactérias não tuberculosas bem como a extensão da mesma com envolvimento pulmonar grave.

PO 66

TUBERCULOSE DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL EM IMUNOCOMPETENTES – UMA REALIDADE ESQUECIDA?

Helena Pires¹; Maria João Miguel¹; Tomás Nunes¹; João Lourinho¹; Susana Boavida¹; Cláudia Franco¹; Ana Paula Brito¹; André Gomes¹; Luís Duque¹; Rita Magano¹; Nuno Marques¹

¹Hospital Garcia de Orta, EPE

A tuberculose (TB) do sistema nervoso central (SNC) é um desafio clínico, com elevada mortalidade e morbilidade. Apresentamos dois casos de TB do SNC em doentes imunocompetentes.

Mulher, 56 anos, admitida no serviço de ur-

gência (SU) por febre, visão turva confusão e rigidez da nuca; líquido límpido com hiperproteinorráquia (253mg/dL), hipoglicorráquia (16mg/dL) e pleocitose (233 células/μL, 79% mononucleadas). Iniciada antibioterapia empírica para meningite bacteriana aguda. Ao fim de dois dias com agravamento do estado consciência (GCS6) e evidência de hidrocefalia, necessidade de EOT e colocação de derivação ventricular externa. O conhecimento de ADA aumentada (24.6 U/L) no líquido e RM-CE com “processo inflamatório leptomenígeo extenso de predomínio basal e imagens isquêmicas associadas”, fez reformular o diagnóstico para meningite tuberculosa (confirmada - PCR M. tuberculosis líquido). Excluiu-se envolvimento ganglionar e pulmonar (TAC-TAP, PCR e cultural M. tuberculosis LBA). Manteve-se em GCS8, dependente de terceiros.

Homem, 62 anos, admitido no SU por febre, cefaleia, alteração do estado de consciência e rigidez da nuca; líquido com hiperproteinorráquia (255mg/dL), hipoglicorráquia (43 mg/dL) e pleocitose (321 células/μL, 84% mononucleadas). TAC-CE com “múltiplas lesões infra e supra tentoriais com captação de contraste em anel”. Admitida meningite bacteriana aguda e abscessos cerebrais, iniciou ceftriaxone, ampicilina e metronidazol. Da revisão do doente, RX-tórax com padrão miliar pelo que fez TAC-tórax – “extensa micronodularidade do parênquima pulmonar, lesões cavitadas e granulomas calcificados” (PCR M. tuberculosis líquido negativa, cultural não possível; Cultural SB positivo M. tuberculosis). Assumida TB disseminada com envolvimento do SNC, iniciou antibacilares de primeira linha. Ao 31º dia de antibacilares, constatada lesão intramedular D11 que foi removida em bloco. O doente evoluiu favoravelmente, mas mantendo paraparésia, incontinência fecal e urinária. Ambos os doentes tiveram serologias negativas para VIH e não estavam sob medicação

crônica imunossupressora.

A TB é uma das causas a excluir em infeção do SNC em doentes imunodeprimidos, menos óbvia em doentes imunocompetentes em países de menor endemicidade. Uma forte suspeita clínica e sustentação em exames complementares como ADA e radiológicos, permitem uma identificação precoce de etiologia tuberculosa em doentes imunocompetentes. Os dois casos demonstram a morbidade associada a TB do SNC.

PO 67

DESAFIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO DE M. GENAVENSE – CASO ILUSTRATIVO

Helena Pires¹; Maria João Miguel¹; Tomás Nunes¹; João Lourinho¹; Susana Boavida¹; Cláudia Franco¹; Liliana Alves¹; Rita Magano¹; André Gomes¹; Nuno Marques¹

¹Hospital Garcia de Orta, EPE

M. genavense é uma micobactéria de crescimento lento e de difícil diagnóstico. Doentes com infeção VIH-1 com contagem de células CD4+ < 100/μL estão suscetíveis a infeção disseminada por M. genavense.

Homem, 46 anos, natural e residente em Portugal, internado em agosto/2020 por quadro de seis meses de evolução de perda ponderal (26Kg), anorexia e sudorese noturna. Diagnosticada infeção por VIH-1, estadio CDC3 (CD4+ 3células/μL, 1.4%, CV VIH-1 230391 cópias/ml, Log 5.36) e pneumocistose, iniciou cotrimoxazol.

Por manter febre associada a adenopatias mediastínicas e celiomesentéricas, pancitopenia e hepatoesplenomegalia, e na suspeita de micobacteriose atípica, iniciou antibacilares de primeira linha e claritromicina para cobertura de M. avium complex (PCR e cultural micobactérias negativas em LBA e sangue medular). Em simultâneo iniciou terapêutica antiretroviral (DTG+FTC/TDF) dado o critério de sida.

Reinternado em novembro/2020 por persis-

tência de febre. Realizou biópsia aspirativa de gânglio mediastínico com imunofenotipagem revelando “70% de células com fenótipo compatível com metástases de carcinoma”. Suspendeu terapêutica antibacilar e iniciou investigação de neoplasia oculta que não se veio a confirmar.

Readmitido em fevereiro/2021 por apresentar PCR M. tuberculosis/MNT positiva em biópsia do gânglio mediastínico e PCR MNT positiva em biópsia duodenal (EDA realizada para investigação de neoplasia oculta). Foi identificada M. genavense (PCR sangue medular) e achados histológicos em biópsia óssea, gânglio mediastínico e duodeno compatíveis com micobacteriose atípica. O doente iniciou empiricamente antibacilares de primeira linha, levofloxacina e claritromicina. Em maio/2021 reinternado por persistência de febre e pancitopenia. Reajustada terapêutica para etambutol, claritromicina, rifabutina, moxifloxacina e ampicilina com melhoria clínica. O doente encontra-se atualmente em seguimento em consulta com 19 meses de terapêutica antibacilar e 22 meses de terapêutica antiretroviral com ganho ponderal, apirexia sustentada, normalização de hemograma e controlo infeção VIH-1 (CD4+ 76 cels/ μ L, 4%, CV VIH-1 ND).

Este caso ilustra a dificuldade no diagnóstico de infeções por M. genavense bem como a importância da persistência no seguimento destes doentes e no isolamento do microrganismo, dificultada neste doente pela má adesão a internamento. A escolha de terapêutica antibacilar é um desafio dada a não padronização de testes de sensibilidade para M. genavense.

PO 68

NEUROMIELITE ÓTICA APÓS INFEÇÃO SIMULTÂNEA POR M. TUBERCULOSIS E SARS-COV 2

Maria Alves¹; Evelise Ramos¹; Joana Batista¹; Francisco Gomes²; Patrícia Pacheco¹

¹Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca; ²Centro Hospitalar Barreiro/Montijo, EPE / Hospital Nossa Senhora do Rosário

Introdução: A Neuromielite Ótica (NMO) é uma astrocitopatia autoimune com desmielinização secundária, associada a anticorpos anti-aquaporina 4 (AQ4), que cursa com mielite transversa extensa, nevrite ótica e envolvimento da área postrema. A sua associação a infeção prévia é rara, sendo mais frequentemente implicados vírus como Varicela-Zoster e *Mycobacterium tuberculosis*.

A infeção por SARS-Cov-2 associa-se a manifestações e patologia neurológicas, considerando-se, pela ativação imune e reatividade cruzada, como potencial agente de NMO.

Caso clínico: Trata-se de um homem de 25 anos, português, fumador, internado por tuberculose (TB) pulmonar e concomitante infeção ligeira por SARS-CoV-2.

No primeiro dia de terapêutica antibacilar, iniciou queixas de vômitos, alodinia, parestesias e espasmos tónicos dos membros inferiores (MI), seguido de visão turva unilateral com agravamento progressivo. Ao oitavo dia, verificou-se retenção urinária com edema escrotal e dos MI, objetivando-se hidronefrose bilateral associada a exuberante dilatação vesical, resolvida após algaliação.

Foi observado por Neurologia, objetivando-se diminuição marcada da acuidade visual bilateralmente, reflexos osteotendinosos patológicos e ataxia agravada pelo encerramento ocular.

Avaliado líquido, identificando-se apenas hiperproteinorraquia, e excluindo-se envolvimento meníngeo por TB.

Prosseguiu-se com ressonância magnética

medular e crânio-encefálica, que mostrou, de C4 a T3: múltiplas lesões com hipersinal em T2, e tumefação associada, com extensão longitudinal a toda a medula, compatíveis com mielite extensa, e hipersinal em T2 e espessamento do quiasma, nervos e tratos ópticos, compatíveis com NMO.

Pela hipótese de doença desmielinizante, nomeadamente NMO, foi feita pesquisa de anticorpos anti-AQ4 e iniciada terapêutica dirigida com corticoterapia e plasmaferese, com melhoria parcial da acuidade visual e da ataxia, e recuperação do controlo esfíncteriano. A pesquisa de anticorpos anti-AQ4 teve resultado positivo, confirmando o diagnóstico. O doente teve alta com terapêutica antibacilar e corticoterapia, a aguardar início de rituximab, sem recidiva dos sintomas neurológicos.

Conclusão: A NMO é uma entidade rara, mas potencialmente desencadeada por infeção, pelo que quadros neurológicos parainfecciosos, seja por TB ou COVID-19 como neste caso, devem levantar esta suspeita, já que o diagnóstico e tratamento precoces melhoram significativamente o seu prognóstico.

PO 69

TUBERCULOSE MAMÁRIA: UM CASO CLÍNICO

Pedro Vazão Vasques¹; Maria Lima¹;
Maria Isabel Casella¹; Francisco Vale¹; Vítor Laerte¹;
Frederico Espírito Santo¹; Catarina Gonçalves¹;
Nuno Pinto Luís¹; Joana Sá¹; José Poças¹

¹Centro Hospitalar de Setúbal, EPE / Hospital de São Bernardo

Palavras-chave: tuberculose, refratária, VIH
Os autores apresentam o caso clínico de uma doente de 42 anos, com situação socioeconómica precária e passado de consumo de drogas ilícitas, antecedentes de infeção por VIH estágio C3 de Atlanta, diagnosticada em 2003, refratária à terapêutica e às consultas. Já tinha contraído diferentes infeções oportunistas, a destacar tuberculose pleural. Teve

também infeção por VHC G1b tratada, sem ter realizado análises para confirmação de cura, com avaliação basal de fibrose F3-F4 em elastografia.

A doente iniciou em Abril de 2022 quadro de distensão abdominal com 3 semanas de evolução, apresentando no exame objectivo ascite sob tensão e circulação venosa colateral abdominal (scores CHILD 10 e MELD 18). Por recidiva da ascite após paracentese evacuadora, internou-se a doente para estudo e estabilização clínica. Detetou-se reinfeção a VHC G3a no contexto de recaída de consumos EV, assumindo-se poder ter sido esta a causa do quadro de descompensação. A análise do líquido peritoneal permitiu excluir PBE e carcinomatose peritoneal. Apesar da melhoria clínica da ascite durante o internamento, a doente desenvolveu um quadro de febre, autolimitado, cuja investigação etiológica se revelou inconclusiva. Merece destaque a ausência de isolamento de agente em culturas de sangue periférico, urina, líquido peritoneal ou sangue medular, assim como a PCR para pesquisa de micobactérias no líquido peritoneal ter sido negativa. Um mês mais tarde (por ter exigido alta contra parecer médico) a doente regressou ao SU por agravamento da distensão abdominal, edemas dos membros inferiores de novo e aparecimento de massa de consistência pétreia na mama esquerda. A biópsia desta lesão não identificou neoplasia maligna mas veio a revelar granulomas epitelióides com necrose, compatíveis com etiologia micobacteriana. A PCR para pesquisa de micobactérias nesta amostra foi positiva para M. Tuberculosis. Realizou-se TC-Tórax, cujo resultado levantou a suspeita de tuberculose miliar. Perante estes achados, instituiu-se terapêutica com RZE/levofloxacina/linezolide (atendendo ao episódio anterior que foi tratada por um tempo inadequado), persistindo outros exames em curso (designadamente o

antibiograma) em doente que teve novamente alta contra parecer médico, mantendo seguimento em ambulatório.

A tuberculose mamária é uma manifestação rara de tuberculose extra-pulmonar mas importante de ser considerada como hipótese diagnóstica de massa mamária unilateral de consistência dura em doentes VIH positivos, afetando mais frequentemente as mulheres, especialmente em idade fértil. A pesquisa bibliográfica realizada atesta a raridade deste caso.

PO 70

UM CASO DE MENINGITE UROLÓGICA

Inês Moreira Sousa¹; Fatima Gonçalves¹; Maria Cunha¹; Andreia Lopes²; Inês Pintado Maury¹; Tiago Marques¹; Alvaro Ayres Pereira¹

¹Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria; ²Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE / Hospital de São Teotónio, EPE

A meningite tuberculosa ocorre em aproximadamente 1-5% dos doentes com tuberculose. Esta resulta de uma complicação da infeção primária ou de uma reativação da doença, por disseminação hematogénica. Os principais fatores de risco são a idade avançada, alcoolismo, desnutrição, presença de neoplasia ativa, infeção VIH ou terapêuticas imunossupressoras. O diagnóstico é moroso pela apresentação clínica inespecífica e subaguda, numa doença com mau prognóstico (morte ou sequelas neurológicas) associado.

Apresentamos o caso de um homem de 43 anos, com antecedentes relevantes de HTA e litíase renal coraliforme, submetido a nefrolitomia percutânea esquerda. Clinicamente com febre, realizando vários esquemas de antibioterapia empírica, com recrudescência do quadro febril. Posteriormente com alteração do estado de consciência e cefaleia, durante o internamento prolongado no serviço de Urologia

Assumido provável síndrome serotoninérgica por interação com ADT e linezolid e TC-

-CE sem alterações relevantes. Submetido a PL com saída de líquido cristal de rocha, com 85 linfocitos e hipoglicorraquia e PCR para FilmArray negativo. Do restante estudo etiológico, destaca-se apenas IGRA positivo (©Quantiferon), com cultural bacteriológico negativo. Contudo verificou-se agravamento progressivo do quadro neurológico (GCS 14 para 11 pontos), tendo-se optado por iniciar terapêutica antibacilar (HRZE) e corticoterapia adjuvante, dada a hipótese de meningite tuberculosa. Realizou RMN-CE que mostrou vasculopatia com múltiplos enfartes lacunas supra e infratentoriais e alterações sugestivas de meningite da base e hidrocefalia. Após introdução de HRZE, verifica-se uma evolução favorável, com melhoria clínica progressiva (sem sequelas neurológicas à data de alta). Obteve-se isolamento posterior no LCR e em urina (colhido da nefrostomia) de *Mycobacterium tuberculosis*, sem isolamento nas secreções brônquicas.

Da investigação realizada e dado fenótipo sugestivo de síndrome cushingóide, com elevação de ACTH e cortisol, diagnosticou-se doença de Cushing posteriormente.

A relevância do caso incide na manifestação clínica de meningite tuberculosa no contexto de TB disseminada com focalização renal e do SNC, num doente sem fatores de risco previamente conhecidos para infeção grave por micobactérias.

PO 71

TUBERCULOSE DISSEMINADA EM JOVEM IMUNOCOMPETENTE

João Ferreira de Sousa¹; Teresa Castro Pires¹; João F. Magro¹; Antónia Gomes¹

¹CH UNIV Algarve - Faro

Enquadramento: Tuberculose disseminada (TB) é uma doença rara, que se manifesta maioritariamente nos doentes imunocomprometidos.

Descrição do caso: Mulher, 19 anos, natural da Índia e estudante na Ucrânia, refugiada

em Portugal, com antecedentes pessoais de aborto espontâneo há 4 semanas. Sem medicação habitual. Recorreu ao serviço de urgência em abril de 2022, por crise convulsiva tônica-clônica inaugural. À anamnese queixas de sintomas constitucionais, destacando-se uma perda ponderal de 10 kgs em 4 meses.

Ao exame objetivo apresentava-se desorientada e agitada, com dificuldade respiratória e dor abdominal difusa à palpação. Evidentes sinais de irritação peritoneal.

Estudo analítico revelou anemia (Hb 8.4 g/dL), hiponatremia ligeira e serologia VHC positiva. Estudo tomográfico identificou lesão ocupante de espaço na região fronto-parietal esquerda, assim como padrão miliar no parênquima pulmonar e esplênico, associado a aumento da cavidade endometrial com ascite loculada de moderado volume.

Submetida a laparotomia exploradora que revelou peritonite adesiva de todo o intestino delgado e cólon, com nódulos de aspecto caseoso. Realizadas colheitas de líquido peritoneal e biópsias para estudo histológico e micobacteriológico.

A doente iniciou terapêutica quádrupla clássica e dexametasona. Agravamento clínico progressivo com necessidade de ventilação mecânica invasiva, evoluindo para disfunção multiorgânica e acabando por falecer ao décimo primeiro dia de internamento.

Isolamento cultural posterior de *Mycobacterium tuberculosis* (Estreptomina R; Isoniazida R; Rifampicina R; Etambutol S; Pirazinamida R). O estudo por biologia molecular confirmou resistências verificadas no estudo cultural e ainda mutações que conferem resistência a aminoglicosídeos e fluoroquinolonas.

Discussão: Este caso salienta a necessidade de considerar a tuberculose disseminada um diagnóstico plausível em doentes imunocompetentes, de forma a ser prontamente identificada e tratada apropriadamente.

PO 72

TUBERCULOSE – UMA DOENÇA, MÚLTIPLAS FACES

Marta Arriaga Rocha¹; Filipa Figueiredo¹; Catarina Roquete¹; Marta Mendes Lopes¹; Sara Vilas-Boas¹

¹Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

Introdução: O *Mycobacterium tuberculosis* infecta um terço da população mundial sendo a tuberculose pulmonar uma forma de apresentação frequente. Afetando preferencialmente os segmentos apicais e dorsais dos lobos superiores, a expressão radiológica inclui formas cavitárias, pneumônicas, endobrônquicas, atípicas, miliares e pseudotumorais. Apesar de o diagnóstico ser sugerido habitualmente pela clínica e imagiologia, o caso apresentado reforça a necessidade de isolamento do microorganismo para um diagnóstico definitivo.

Caso clínico: Homem, 75 anos, com antecedentes de neoplasia da próstata em remissão há 5 anos. Recorre à urgência por febre (39°C) com 3 dias de evolução e tosse com expectoração mucosa desde há 2 meses. Analiticamente hemoglobina 13,9 g/dL, sem leucocitose, PCR 15.79 mg/dL. RX de tórax com hipotransparência da base direita sugestiva de condensação. Gasimetria sem alterações e PCR SarsCov2 negativa. Assumida pneumonia da base direita, tendo alta sob amoxicilina + ácido clavulânico e azitromicina. Por persistência da febre, faz TAC de tórax sugestiva de lesão neoformativa. Broncofibroscopia (BFO) com esporão do lobo médio direito alargado, edemaciado com mucosa ulcerada, lesão concêntrica com 4cm do lobo inferior direito, compatível com lesão neoplásica. Anatomia patológica sem evidência de células neoplásicas com bacilos álcool-ácido resistentes positivas e posterior Assumida tuberculose pulmonar, iniciou terapêutica antibacilar com resolução clínica e imagiológica.

Conclusão: O presente caso clínico assume

particular importância pela forma de apresentação atípica de uma patologia caracterizada pela sua instalação indolente. Destaca-se ainda a localização pouco frequente e as características imagiológicas que mimetizaram uma lesão neoformativa corroborado pelo aspeto macroscópico por BFO, sendo o diagnóstico apenas determinado com recurso a anatomia patológica e microbiologia. Fica demonstrada a diversidade clínica e imagiológica de uma das doenças infecciosas mais comuns da Humanidade.

PO 74

INFEÇÃO PELO VÍRUS DA HEPATITE E NA POPULAÇÃO HIV-2 DA REGIÃO CENTRO DE PORTUGAL

João Pereira-Vaz¹; Vítor Duque²; Cristina Luxo³; Anália Carmo²; Ana Alves¹; Alexandra Mendes¹; Célia Moraes¹; Cláudio Gaspar¹; Raquel Costa¹; Lurdes Correia¹; Fernando Rodrigues²; Ana Matos³
¹Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE / Hospital Pediátrico de Coimbra; ²Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra; ³Universidade de Coimbra / Faculdade de Farmácia

Introdução: A infecção por HEV é normalmente autolimitada, podendo evoluir para a cronicidade em contexto de imunossupressão, nomeadamente em receptores de transplante de órgãos e indivíduos infectados por HIV. Comparativamente à infecção por HIV-1, a infecção por HIV-2 é caracterizada por cargas virais mais baixas e depleção mais lenta na contagem das células T CD4, o que pode estar associado a uma susceptibilidade diferente para a infecção por HEV. No entanto, os dados relativos a esta coinfeção nesta população específica de infectados por HIV são escassos, abrangendo apenas alguns indivíduos.

Objectivos: Avaliar a prevalência de hepatite E na população HIV-2 da região centro de Portugal e analisar possíveis factores de risco para esta coinfeção.

Material e métodos: Amostras de plasma de 62 indivíduos infectados por HIV-2, colhidas entre 2018 e 2022, foram analisadas para a presença de IgG e IgM anti-HEV (ELISA; Wantai) e RNA de HEV (RT-qPCR; Ceeram). De modo similar, foram analisadas 130 amostras de uma população controlo pareada por idade e sexo. As variáveis epidemiológicas e clínicas foram analisadas estatisticamente, e para a comparação entre grupos foram considerados significativos valores de $P < 0,05$.

Resultados e conclusões: Foram encontrados marcadores específicos para a infecção por HEV em 12 (19,4%) amostras positivas para HIV-2. Destas, 11 (17,7%) amostras foram positivas unicamente para IgG anti-HEV, uma (1,6%) foi positiva para IgG+IgM anti-HEV e em nenhuma foi detectado RNA viral. Não foi encontrada uma diferença significativa na prevalência de hepatite E entre a população HIV-2 e a população controlo (19,4% vs. 20,8%, $P = 0,820$). Também não foram encontradas diferenças significativas na prevalência de hepatite E entre os indivíduos infectados por HIV-2 de acordo com os possíveis factores de risco analisados: células T CD4 (< 200 vs. ≥ 200 células/mm³, $P = 0,825$), carga viral (indetectável/ < 50 vs. ≥ 50 cópias de RNA HIV-2/mL, $P = 0,883$) e origem/histórico de viagens dos indivíduos (região endémica vs. região não endémica para HEV, $P = 0,643$). Em conclusão, os resultados mostram que a seroprevalência para HEV na população HIV-2 é similar à da população geral Portuguesa, sugerindo que a infecção por HIV-2 per si não apresenta um risco acrescido para a infecção por HEV. No entanto, dado o valor apreciável de seroprevalência para este vírus emergente na população HIV-2, a pesquisa do HEV deverá ser incluída no diagnóstico de doença hepática.

Palavras-chave: Hepatite E; HIV-2; coinfeção; prevalência

PO 75

EXPRESSIONE GENOTÍPICA DO VÍRUS DA HEPATITE B NOS ÚLTIMOS 10 ANOS NA REGIÃO CENTRO DE PORTUGAL

Magda Gonçalves¹; José Henrique Pinho¹; Débora Alves¹; João Pereira Vaz¹; Cristina Valente¹; Raquel Gonçalves¹; Vítor Duque¹

¹Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra

Introdução: A infeção por vírus da Hepatite B (VHB) apresenta uma expressão genotípica diferente em várias partes do mundo, fenómenos de migração poderão levar à disseminação dos diferentes genótipos.

Objetivos: Conhecer a distribuição de genótipos e características epidemiológicas do VHB na região centro de Portugal.

Material e métodos: Foi realizada uma análise retrospectiva dos doentes com identificação do genótipo VHB nos últimos 10 anos na região centro do país e analisados os dados demográficos, país de origem, marcadores de VHB, carga viral VHB, VHD, VIH, VHA e VHC na admissão.

Resultados: De um total de 128 doentes, 79 (61,7%) eram do sexo masculino e a média de idades de 46,6 anos. Do total, 32 indivíduos eram AgHBe+ (25%) e 85 AgHBe- (66,4%). O valor médio da carga viral VHB na admissão era de 59110131 UI/ml, verificando-se no grupo de doentes AgHBe+ um valor significativamente maior (192329248 UI/mL) comparativamente ao grupo AgHBe- (19196732 UI/mL).

Apenas 2 doentes eram coinfectados por VHD (1,6%), 7 doentes VIH+ (5,5%), 7 com infeção prévia por VHC (5,5%) e 67 por VHA (52,3%). A transmissão por via sexual, estadia em país endémico, transmissão vertical, transfusão sanguínea, utilização de drogas endovenosas ou por via indeterminada foi identificada em 6,3%, 28%, 19,3%, 2,3%, 1,6%, 25,7%, respetivamente. Os valores médios de ALT e

GGT na admissão foram de 385,7 U/L e 61,4 U/L, respetivamente. A distribuição genotípica do VHB foi a seguinte: D-46%, A-23,4%, E-23%, B-1,6%, C-2,3%, F-3,1%. O grupo de indivíduos com o genótipo A era constituído por 18 portugueses, 1 romeno, 1 brasileiro e 10 doentes provenientes de países do sul de África; o genótipo D era constituído por 47 portugueses, 2 moldavos e 1 romeno. Todos os doentes com genótipos B ou F eram portugueses e com genótipo C chineses. Os indivíduos com genótipo E, 25 eram oriundos de África, sobretudo África ocidental e, os restantes 5 eram portugueses.

Conclusões: Os genótipos predominantes foram o D, o A e E. Tal como descrito na literatura verificou-se que o genótipo E é predominantemente de África e o genótipo C da China; cerca de 2/3 da população analisada é AgHBe-; e os indivíduos AgHBe+ apresentam virémia mais elevada.

Esta análise, apesar da amostragem reduzida, permitiu conhecer a distribuição de genótipos do VHB na região centro de Portugal, sendo os fluxos migratórios um dos responsáveis pela introdução de novos perfis genotípicos no nosso país.

Palavras chaves: genótipos; VHB; migração.

PO 76

ANÁLISE MULTIDISCIPLINAR DO USO DE ANTIVÍRICOS DE AÇÃO DIRETA (AADS) NA HEPATITE C CRÓNICA (HCC)

Manuela Vieira¹; Lorrane Viana¹; Margarida Mouro¹; Ana Micaela Martins¹; António Maio¹; Cristina Pires¹; Liliana Maia¹; Cristina Soeiro¹;

Jorge Velez¹; Filomena Freitas¹; Paulo Horta Carinha¹

¹Centro Hospitalar do Baixo Vouga / Hospital Infante

D. Pedro, EPE

Introdução: Segundo a OMS, em 2022 haveria 58 milhões de pessoas com HCC, ocorrendo cerca de 1,5 milhões de novas infeções por ano. Em 2019 teriam falecido aproximadamente 290 000 pessoas por esta causa.

Nos últimos anos, ocorreram avanços notáveis no tratamento da HCC e, ainda que não exista vacina eficaz, os AADs atualmente utilizados têm taxas de cura superiores a 95%. Os farmacêuticos hospitalares dispensam aos doentes, registam e comunicam individualmente o uso destes AADs. Existe cada vez mais medicação hospitalar de custo elevado cujo reembolso é nominal e por medicamento (acréscimo oneroso às instituições envolvidas no processo de dispensação) e, por isso, é de importância crítica o cumprimento das orientações e posterior comunicação pela farmácia hospitalar.

Objetivos: Pretendeu-se avaliar retrospectivamente o número de doentes tratados entre 1/2014 e 10/2022 e sua evolução ao longo dos anos, quantificando as interrupções de tratamento, doentes curados e não curados. Correlacionou-se o respetivo impacto financeiro, evidenciando o recurso a / aparecimento no mercado de novos medicamentos.

Material e métodos: Análise dos processos eletrónicos dos doentes, dos consumos destes medicamentos e outros registos hospitalares de acompanhamento de doentes com HCC.

Resultados e conclusões: Foram tratados 596 doentes: 469 homens e 127 mulheres. Durante o primeiro ano, pela complexidade do processo de aquisição dos AADs, poucos doentes foram contabilizados. Após agilização desse processo, nos 2 anos seguintes observou-se um aumento significativo do número de doentes tratados (e respetivo aumento de encargos). Note-se que a estratégia local foi tratar todos aqueles com HCC, não estabelecendo prioridades.

Durante este estudo 21 doentes interromperam o tratamento e 575 doentes atingiram a cura (2 doentes após segundo tratamento por falência do inicial e outros 2 após abandono do primeiro esquema e sua repetição poste-

rior).

Estes dados confirmaram eficácia >95% (96,5%), valor similar ao proveniente dos ensaios clínicos. Após tratar um maior número de doentes nos primeiros anos verificou-se um progressivo decréscimo e, em 2020, uma quebra marcada correspondendo às consequências da pandemia COVID-19 e posteriormente, um ligeiro aumento não significativo. Tal pode indicar o atingir de um plateau, consequente à extinção da grande reserva inicial de doentes e subsequente diminuição de doentes tratados/ano que, logicamente, implica diminuição dos consequentes encargos financeiros.

PO 77

INFEÇÃO PELO VÍRUS MONKEYPOX – ANÁLISE RETROSPECTIVA DE UMA POPULAÇÃO DE UM CENTRO HOSPITALAR

Eliana Maria Cajigas Silva¹; Gouveia Pereira¹; Alicia Rodrigues¹; Olga Costa¹; Rita Côte-Real¹; Teresa Fevereiro²; Cândida Fernandes²; Eugénio Teófilo¹; Carlos Flores¹

¹Hospital São José; ²Hospital Santo António dos Capuchos

Introdução: Em maio de 2022 a UK Health Security Agency confirmou o diagnóstico de um caso de infeção pelo vírus Monkeypox (VMPX), de um viajante proveniente de Nigéria, país endémico desta infeção. Desde aí foram relatados casos mundialmente, incluindo Portugal. Até 17/09/2022 registaram-se 65 415 e 26 óbitos globalmente e 908 casos no nosso país.

Objetivos: Caracterizar os casos diagnosticados de infeção por VMPX entre 17/05 e 17/09 de 2022, em dois hospitais de Lisboa.

Material e métodos: Desde 17/05/2022, o Serviço de Patologia Clínica recepcionou amostras de exsudados de lesões, orofaríngeo e anal/retal de doentes suspeitos de infeção por VMPX, da Urgência Geral Polivalente de adultos (UGP), consultas externas (CE)

de Medicina Interna – Infeciologia(MI) e de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e referenciados por Centros de Saúde (CS). As amostras foram enviadas para o laboratório de referência nacional onde foi feito o diagnóstico laboratorial por RT-PCR em tempo real. Os dados demográficos, clínicos e laboratoriais dos doentes obtiveram-se através da consulta dos respetivos processos clínicos.

Resultados: Receberam-se amostras de 383 doentes, em maio 75 (19,6%), junho 122 (31,9%), julho 95 (24,8%), agosto 70 (18,3%) e setembro 21 (5,4%); provenientes da UGP 213 (55,6%), CE de DST 156 (40,7%), CE MI 8 (2%) e CS 6 (1,6%). O VPMX foi detetado em 264 doentes (68,9%), 99,6% do sexo masculino, idade média 34 anos. Os sintomas mais comuns foram: febre 144 (54,7%), linfadenopatias 131 (49,8%), mialgias 57 (21,6%) com duração de 5 dias, em média; assintomáticos 55 (20,91%). Clinicamente verificaram-se úlceras nas regiões genital 132 (50,1%), perianal 91 (34,6%), oral 42 (16%) e outras localizações como tronco e membros 113 (43%). O rastreio para IST foi positivo em 101 doentes: C.trachomatis 36%, N. gonorrhoeae 33%, sífilis 23% e outras 9%. 92 doentes (35%) estavam infetados com o VIH, 3 casos de infeção inaugural; a carga viral foi indetetável em 63 doentes; 50 tinham doseamento de linfócitos TCD4+ (7 com <400 cels/ul); 20 sem resultados laboratoriais, mas cumpriam terapêutica antirretroviral, 4 com má adesão.

Conclusões: As apresentações clínicas deste surto foram diferentes das registadas até 2018, sendo que a quase totalidade foi em homens que tiveram sexo com homens. Verificou-se um número elevado de doentes infetados com o VIH e outras IST pelo que o rastreio destas infeções deve ser mandatório nos doentes com suspeita de VMPX.

PO 78

FEBRE TIFÓIDE EM PORTUGAL: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Sara Ribas Moura¹; Paula Pinto¹; Isabel Padroso¹

¹Hospital Distrital de Santarém, EPE

Introdução: A infeção por *Salmonella enterica* sorotipo Typhi (*S. typhi*) é uma zoonose causada por uma Enterobacteriaceae. É caracterizada por febre e sintomas gastrointestinais; no entanto, pode cursar com manifestações clínicas constitucionais leves e atípicas, ou bacteriemia potencialmente grave. Após o desaparecimento dos sintomas, o estado de portador pode persistir por vários meses.

A taxa de mortalidade por febre tifóide é elevada em países subdesenvolvidos, onde a resistência aos antibióticos é frequente.

Embora a incidência de febre tifóide tenha declinado nos países desenvolvidos, continua a haver surtos esporádicos atribuídos à globalização, comércio internacional e alteração dos hábitos alimentares.

Caso clínico: Homem do sexo masculino, 28 anos, Indiano, recorre ao Serviço de Urgência por vômitos e diarreia com febre, associada a dor abdominal e náuseas com três dias de evolução. Medicado empiricamente com ciprofloxacina e metronidazol com posterior agravamento do quadro clínico.

Apresentava-se hipotenso; analiticamente PCR de 37.6mg/dL e procalcitonina de 8.5ng/mL; trombocitopenia ligeira, hiponatrémia, disfunção hepática e renal, e aumento de D-dímeros. Realizou TC abdomino-pélvica que relata espessamento do apêndice ileocecal, com múltiplas adenomegalias mesentéricas adjacentes. Submetido a apendicectomia com admissão na UCI no pós-operatório.

O doente colheu amostras de fezes e de sangue para hemocultura.

Durante o internamento houve agravamento analítico e clínico, com disfunção multiorgânica e sépsis.

A hemocultura positivou ao 2ª dia de incubação, observou-se bacilos Gram negativo e identificou-se uma estirpe de *Salmonella typhi*, resistente a ciprofloxacina, pelo que se ajustou a antibioterapia para meropenem com posterior descalção para ceftriaxone; com melhoria gradual dos parâmetros inflamatórios e da função hepática e renal.

Por persistência de febre repetiu a hemocultura que positivou.

O exame parasitológico de fezes, nomeadamente a pesquisa de ovos de *Schistosoma*, foi negativo. As coproculturas foram negativas. Foi confirmado por serotipagem a presença de *Salmonella enterica enterica ser. Typhi*.

Conclusão: A cultura ao identificar espécies de *S. typhi*, permite o diagnóstico de uma doença grave não prevalente em Portugal e associada a sintomas inespecíficos.

Assim como contribui para o estudo da epidemiologia e da eficácia das intervenções da Saúde Pública, prevenindo possíveis surtos.

Palavras-chave: *Salmonella typhi*; hemocultura; exame parasitológico

PO 79

TIBOLA: UMA RICKETTSIOSE EMERGENTE

Cláudio Nunes¹; André Guimarães¹; Rita Lino¹;

Marina Henriques Mendes²; Rita Gomes³;

Paula Manuel Vieira³; Sérgio Alves³

¹Centro Hospitalar de S. João, EPE; ²Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, EPE / Hospital Padre Américo, Vale do Sousa; ³Centro Hospitalar do Porto, EPE / Hospital Geral de Santo António

Palavras-chave: TIBOLA, Infecções por *Rickettsia* spp., zoonoses

Introdução: TIBOLA (Tick-borne lymphadenopathy) é uma rickettsiose humana emergente maioritariamente causada por *Rickettsia slovaca* e cujo vetor pertence à espécie *Dermacentor*. As manifestações clínicas incluem uma reação no local da picada (geralmente escalpe) inicialmente sob a forma de pápula/vesícula com evolução posterior para crosta – a esca-

ra – com alopecia circundante, acompanhada de adenopatias cervicais e febre. Os autores relatam 2 casos clinicamente diagnosticados em 2 serviços de urgência da região norte de Portugal entre abril e julho de 2022

Caso 1: Adolescente, 10 anos, observado por erupção cutânea no couro cabeludo com 2 semanas de evolução. Encontrava-se em D7 de amoxicilina/ácido clavulânico oral na dose de 50 mg/Kg/dia. Extraída carraça desse local 1 semana antes do aparecimento da lesão. À observação apresentava placa eritematosa em crosta, na região parietal esquerda, com 1,5x2cm, pruriginosa e dolorosa (Figura 1A). Adicionalmente, objetivadas múltiplas adenopatias occipitais e cervicais posteriores esquerdas. Por suspeita de TIBOLA, alterada antibioterapia para doxiciclina 4 mg/kg (1º dia) e 2 mg/kg nos 6 dias subsequentes, com melhoria considerável das características da lesão e resolução das adenopatias em 2 semanas (Figura 1B).

Caso 2: Mulher, 67 anos, observada por quadro com 5 dias de febre, cefaleias e dor occipital. Referia viagem em lazer a área florestal da Serra Amarela, no Parque Nacional Peneda-Gerês, 9 dias antes do início de sintomas. No dia anterior à instalação do quadro, removeu carraça do escalpe. Ao exame objetivo, detetada escara de inoculação com área de alopecia circundante no couro cabeludo (Figura 1C) e adenomegalias cervicais bilaterais. Assumido o diagnóstico de TIBOLA, tendo a doente tido alta sob doxiciclina 100 mg bid, com resolução das adenopatias e febre, e com boa evolução do processo de cicatrização da escara numa semana.

Conclusão: *R. slovaca* foi identificada em *Dermacentor* spp. na maioria dos países europeus com casos de infecção humana previamente descritos em França, Hungria, Espanha, Eslováquia e Itália durante os meses mais frios do ano (outubro a abril). Em Portugal

foram previamente confirmados 3 casos entre 2010-2012. Os autores sensibilizam para o reconhecimento clínico desta doença emergente, que nestes exemplos ocorreu fora do período anual de maior densidade e atividade do seu vetor. Perante a suspeita, é importante tratar de forma empírica com antibiótico que atue a nível intracelular (i.e. doxiciclina) ainda antes da confirmação diagnóstica, que, como em qualquer rickettsiose é frequentemente retrospectiva por métodos serológicos.

PO 80

DOENÇA DE WEIL – UM RARO CASO DE SEROCONVERSÃO

Margarida Peixinho¹; Teresa Reis¹;
Cristiana Lopes¹; Lucília Araujo¹; Catarina Chaves¹;
Fernando Rodrigues¹

¹Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra /
Hospitais da Universidade de Coimbra

A Leptospirose é uma zoonose causada pela *Leptospira* spp. Os roedores são os principais reservatórios animais e a transmissão ocorre diretamente através da urina dos animais infetados ou indiretamente por água, solo ou lama contaminados. A doença de Weil é uma complicação rara da leptospirose que quando não tratada, pode ser fatal. Relatamos o caso de um indivíduo com sintomas gastrointestinais e padrão colestativo de lesão hepática, diagnosticado com doença de Weil.

Homem de 49 anos, vai à urgência por dor lombar, artralguas associadas a febre, astenia e episódios de colúria com 4 dias de evolução. Antecedentes pessoais: fumador, consumos etílicos pesados, sedentário. Trabalha num matadouro de suínos. Ao exame objetivo destaca-se icterícia marcada da pele e escleras sem outras alterações de relevo.

Do estudo analítico salientam-se hiponatremia (124mmol/L), LDH 482 U/L, AST 305 U/L, ALT 141 U/L, FA 1.5 U/L, GGT 213 U/L, Bilirrubina total (BiT) 5.2 mg/dL e direta (BD) 4.2 mg/dL, CK 181 U/L, PCR 15.97 mg/dL,

sem alterações da função renal e hemograma com leucocitose 19.8 G/L e 8000 plaquetas. O estudo serológico evidenciou IgM reactiva para *Borrelia burgdorferi* sensu lato, HIV não reativo, imunidade a hepatite A e B e hepatite C negativa, IgG leptospira 16.4 U/mL (borderline) e IgM 3.3 U/mL, sendo que a pesquisa de RNA leptospira no plasma foi negativo. A ecografia abdominal revelou fígado gordo.

O doente iniciou doxiciclina empiricamente e procedeu à transfusão de um concentrado de plaquetas. Dado o agravamento clínico foi efetuada reavaliação analítica que demonstrou aumento da enzimologia hepática com padrão de citólise e hiperbilirrubinemia conjugada (LDH 607 U/L, AST 1157 U/L, ALT 494 U/L, BiT 7.0, BD 5.6 mg/dL, PCR 19.11 mg/dL e 6.000 plaquetas), o que motivou a transferência para os cuidados intermédios (UCIM). Passados 9 dias, foi disponibilizado o teste confirmatório (WesternBlot) para Doença de Lyme descartando este diagnóstico. Houve sim, uma evidente seroconversão para *Leptospira* com IgG >100 U/mL e IgM >100 U/mL.

Após 6 dias de internamento na UCIM o doente foi transferido para a unidade de Medicina Interna, onde permaneceu até cumprir 13 dias de doxiciclina. Dada melhoria clínica teve alta e agendamento de consulta para vigilância.

A suspeita clínica, mesmo a partir de sinais e sintomas inespecíficos, associada a uma epidemiologia sugestiva são a chave para o diagnóstico correto e a instituição do tratamento precoce.

PO 81

HEPATITE E AGUDA EM DOENTE IMUNODEPRIMIDO

Silvia Policarpo¹; Fernando Oliveira e Silva¹; José da Cunha Marques¹; Bárbara Azevedo²; Nuno Rocha Pereira¹; Elsa Branco¹; Filipa Ceia¹
¹Centro Hospitalar de S. João, EPE; ²Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE / Hospital de Santa Luzia

Introdução: A infecção pelo vírus da Hepatite E (VHE) é frequentemente assintomática, podendo apresentar-se sob a forma de hepatite aguda e, sobretudo em doentes imunodeprimidos, podendo evoluir para infecção crónica. Em países de alta renda, está associada a transmissão zoonótica, sendo os suínos o seu principal reservatório.

Descrição do caso clínico: Homem de 55 anos com diagnóstico de Linfoma do Manto há 1 ano, submetido a tratamento com quimioterapia e transplante autólogo de células estaminais hematopoiéticas (ASCT). Cerca de dois meses após ASCT, iniciou quadro de sensação de enfartamento, desconforto abdominal, vômito alimentar e icterícia, sem febre. O doente negava consumo de substâncias potencialmente hepatotóxicas e referia consumo de carne de porco mal cozinhada cerca de uma semana antes do início dos sintomas. Analiticamente: hepatite aguda (AST 1956, ALT 2757, GGT 209, FA 377 U/L, bilirrubina total 5,18 mg/dL), sem coagulopatia. A ecografia abdominal era normal. Foi internado para estudo de hepatite aguda: autoimunidade negativa; serologias víricas negativas para VIH, VHB e VHC, imunidade para VHA; pesquisa por TAAN de vírus hepatotrópicos no sangue, que revelou ARN de VHE positivo.

Atendendo a tratar-se de doente imunodeprimido em fase precoce pós-ASCT, previa-se ainda manutenção do estado de imunodepressão grave. Perante a gravidade da hepatite e a possibilidade de progressão para insuficiência hepática aguda, foi decidido iniciar tratamento com ribavirina 600mg id.

Após agravamento inicial, o doente apresentou melhoria da citocolestase sob tratamento antivírico, tendo tido alta ao fim de 10 dias de internamento. Ao final de 6 semanas de ribavirina, apresentava carga vírica de VHE no sangue negativa. Suspendeu ribavirina às 14 semanas de tratamento, após documentação de negatividade da carga vírica de VHE no sangue e nas fezes. Repetiu pesquisa de ARN de VHE no sangue e nas fezes 8 semanas após término do tratamento, permanecendo não detectável em ambos.

Conclusão: Em doentes imunodeprimidos, a redução da imunossupressão é a primeira atitude a ter perante um caso de Hepatite E aguda, por vezes permitindo resolução da infecção por si só. O tratamento com ribavirina está preconizado em alguns doentes, tendo como objectivo resolver mais rapidamente os quadros de hepatite aguda, evitando a progressão para hepatite grave ou cronicidade. É importante a negativização da carga vírica nas fezes como forma de prevenir auto-reinfecções.

PO 82

TRIPLO POSITIVO

André Fernandes¹; João Nuno Patrício¹; Barbara Rodrigues¹; João Dinis Martins¹; Ana Gonçalves¹; Isménia de Oliveira¹; Fernando Martos Gonçalves¹; José Lomelino Araújo¹
¹Hospital Beatriz Ângelo

O síndrome febril sem causa evidente representa muitas vezes um desafio diagnóstico. Pela incerteza causada, não raras vezes é inapropriadamente tratado com recurso precoce a antibioterapia. Apresenta-se o caso de um homem de 23 anos com antecedente de gastrite crónica, consumo ocasional de canabinóides, sem medicação crónica. Recorreu ao Serviço de Urgência (SU) por febre, fadiga e cefaleia com uma semana de evolução. Sem sintomas respiratórios, gastrointestinais, geniturinários, articulares, ou alterações

cutâneas. Do estudo complementar destaca-se uma ligeira elevação da proteína C reativa (PCR). Influenza A e B e SARS-CoV-2 negativos. Assumida tranqueobronquite da comunidade, medicado com azitromicina durante 6 dias. Após melhoria inicial, reaparecimento da febre e queixa de odinofagia ao final de uma semana, recorrendo novamente ao SU. Objetivamente sem alterações de relevo. Analiticamente com PCR sobreponível, discreta elevação das transaminases hepáticas. Colocada a hipótese de infeção viral ou, considerando contacto com cão não desparasitado, de zoonose, tendo alta com serologias a decorrer, tratamento sintomático, e reavaliação em consulta. Evolução favorável, com desaparecimento das queixas sem necessidade de terapia adicional. Os estudo complementar viria a demonstrar positividade em RT-PCR de SARS-CoV-2 e IgM em títulos elevados de *Coxiella burnetii* e de *Borrelia burgdorferi*. Em resumo, apresentamos um doente que apresentou, ad initium, uma coinfeção a *Coxiella* e *Borrelia*, tratada inadvertida (por ausência de suspeição clínica), mas corretamente com um fármaco de segunda linha. Recorreu uma segunda vez ao SU por uma nova infeção (a SARS-CoV-2), não relacionada com a primeira. O caso destaca a importância de uma história clínica apropriada, a necessidade de elevada suspeição em apresentações clínicas atípicas e a adequada prescrição de antibió-terapia.

PO 83

INFEÇÃO POR VÍRUS MONKEYPOX NUM SERVIÇO DE INFECIOLOGIA

Frederico Gonçalves¹; João Lourinho¹; Maria Miguel¹; Helena Pires¹; Tomás Nunes¹; Marta Vieira¹; André Gomes¹; Júlio Botas¹; Francisco Vale¹; Maria João Aleixo¹; Cláudia Franco¹; Rita Magano¹; Virginia Moneti¹; Ana Paula Brito¹; Diana Fernandes¹; Susana Boavida¹; Luís Duque¹; Nuno Marques¹

¹Hospital Garcia de Orta, EPE

Introdução: A infeção pelo vírus Monkeypox (VMPX) é uma zoonose endémica de algumas regiões da África central e ocidental. Em maio de 2022 foram identificados múltiplos casos em vários países não-endémicos nomeadamente Europa (incluindo Portugal) e América do Norte.

Objetivos: Quantificação e caracterização epidemiológica e clínica dos casos de VMPX num serviço de Infeciologia.

Material e métodos: Estudo observacional retrospectivo dos casos suspeitos de infeção por VMPX de 18 de maio a 6 de outubro de 2022. Foi realizada análise estatística em Microsoft Excel®.

Resultados: Verificaram-se 33 casos, a totalidade pertencente ao sexo masculino, com idade mediana de 29 anos [20-55], sendo as nacionalidades portuguesa e brasileira as mais frequentes (55 e 36%, respetivamente); 94% eram MSM, 57% com parceiro fixo e 39% com múltiplos parceiros nos 21 dias que antecederam o início dos sintomas. Em 9 (27%) não existia um acompanhamento prévio em consulta hospitalar, sendo que 15 (46%) tinham infeção por VIH e eram acompanhados em consulta hospitalar e os restantes 9 (27%) eram utentes da consulta de PrEP. À altura do diagnóstico, foram diagnosticados 7 casos de ISTs. A via de transmissão mais provável foi assumida como contacto físico em contexto sexual em todos os doentes. Foram observadas lesões maculopapulares (10; 30%),

vesiculopustulosas (24; 73%), ulceradas (11; 33%) e em crosta (7; 21%); sendo as localizações mais frequentes a região anogenital (22; 67%), membros (21; 64%) e tronco (16; 48%). Em 30 (97%) verificaram-se múltiplas lesões. Referiram outra sintomatologia 31 (94%), sendo mais frequente febre (21; 68%), proctite (10; 32%), astenia (9; 29%), linfadenopatias (8; 26%) e odinofagia, cefaleia ou mialgias (6; 19% cada). O diagnóstico foi realizado entre 2-15 dias após o início da sintomatologia (mediana 5,5). Somente 1 caso foi internado por odinofagia intensa e disfagia.

Conclusões: Este estudo demonstrou a diversidade de apresentação clínica pelo VMPX que deve levar o clínico a ponderar esta entidade no diagnóstico diferencial em áreas não-endémicas, de forma a atenuar e interromper possíveis cadeias de transmissão na comunidade.

PO 84

O ACORDAR DE UMA DOENÇA ESQUECIDA. INFEÇÃO HUMANA POR VÍRUS MONKEYPOX NUM SERVIÇO DE INFECIOLOGIA

João Borralho¹; Ana Isabel Duarte¹;
Mariana Pereira¹; Carmo Teixeira da Mota¹;
Sara Casanova¹; Joana Vasconcelos¹; João Alves¹;
Susana Peres¹; Ana Cláudia Miranda¹;
Isabel Antunes¹; Fernando Borges¹; Kamal Mansinho¹
¹Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital Egas Moniz

Introdução: O primeiro caso confirmado de infeção humana por vírus Monkeypox (VMPX), em Portugal, foi identificado a 17/05/22. Desde então e, até 31/08/22, foram reportados 871 casos. Sendo uma doença emergente, com múltiplos casos notificados em países não endémicos em 2022, urge caracterizar os infetados para melhor compreender o seu curso clínico.

Objetivos: Caracterizar os doentes infetados por VMPX avaliados no serviço de Infeciologia de um hospital terciário.

Material e métodos: Estudo retrospectivo e observacional, de uma coorte de doentes com infeção humana por VMPX com confirmação laboratorial mediante teste de amplificação de ácidos nucleicos. Colheita de dados através de consulta de processo eletrónico e análise através de Microsoft Excel®.

Resultados e conclusões: Até 31/08/22, foram referenciados 90 doentes com suspeita de infeção humana por VMPX, tendo a infeção sido confirmada em 69 (76,7%).

A média de idades dos infetados foi de 35±8,9 anos; 97% do sexo masculino; 83% homossexuais estritos; 46% naturais do Brasil; 44% de Portugal e 46% coinfectados por VIH. Respeitante a comportamentos de risco: 28% admitiram práticas regulares de chemsex; 64% com história prévia de infeção sexualmente transmissível (IST) e, nos 21 dias prévios, 90% (n = 62) relataram contactos sexuais com outros homens (HSH) (média de 2,8±4,6 parceiros); 22% (n = 15) contactaram com caso suspeito ou confirmado de infeção humana por VMPX; 30% (n = 21) praticaram sexo em grupo e 20% (n = 14) frequentaram clubes de sexo.

O tempo de incubação médio foi de 8,6±7,2 dias e o tempo médio de sintomas na primeira consulta 10,5±5,4 dias. As erupções cutâneas, predominantemente umbilicadas e pleomórficas, foram a manifestação mais comum (94,2%; n = 65), seguidas de febre (66,7%; n = 46), astenia (47,8%; n = 33) e mialgias (43,5%; n = 40). As lesões eram mais frequentes no tronco, pênis, face, antebraços, mãos e região perianal; a infeção manifestou-se como linfadenite em 54% dos casos, proctite em 29% e amigdalite em 13%. Cinco doentes tiveram necessidade de internamento, três para controlo algico, um por amigdalite complicada de abscesso parafaríngeo e um por linfadenite cervical. A duração média de internamento foi de 8,4±5,3 dias e

todos tiveram alta. O tempo médio até à cura clínica foi de 23,1±9,2 dias.

A propagação de casos de Monkeypox fora de zona endémica tem sido facilitada por aparente transmissão antroponótica. A apresentação clínica, com lesões pleomórficas, faseadas, com envolvimento genital e o contexto de elevada frequência e multiplicidade de parceiros sexuais, diverge do reportado anteriormente em áreas endémicas, sendo fundamental caracterizar a doença e os fatores de risco de aquisição, para melhorar o seguimento e abordagem terapêutica e preventiva desta infeção emergente.

PO 85

SÍFILIS – UM VAI E VEM?! 10 ANOS DE DIAGNÓSTICO LABORATORIAL NUM CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO.

Cristiana Lopes¹; Teresa Reis¹; Magda Gonçalves¹; Lucília Araujo¹; Vitor Duque¹; Fernando Rodrigues¹

¹Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra

Introdução: A sífilis é uma doença infecciosa, de transmissão sexual (DST) e vertical, causada pelo microrganismo *Treponema pallidum*.

Objetivos: Analisar a incidência de sífilis nos últimos 10 anos, num hospital central.

Material e métodos: Realizou-se um estudo retrospectivo anonimizado, baseado na análise laboratorial de testes treponémicos e não treponémicos.

Analisaram-se dados de Janeiro de 2012 a Setembro de 2022 que incluíram indivíduos com idade superior a 18 anos, que apresentavam serologias positivas: testes treponémicos (quimioluminescência-CMIA) e testes não treponémicos (Rapid Particule Reagin-RPR) com títulos ≥ 2.

Recorreu-se à metodologia CMIA para deteção de anticorpos anti-*Treponema pallidum* (TP) (actualmente ensaio Abbott Alinity Syphilis TP) e a RPR, teste de aglutinação macroscópica, (reagente da Biosystem); ambos

ensaios semi-quantitativos.

Resultados: O número total de indivíduos testados com testes treponémicos, nestes 10 anos foi de 131423, com 3.21% (n = 4223) positivos e destes 34.55% (1459) apresentavam RPR ≥ 2.

Do estudo retrospectivo, obtivemos um total 1459 novos casos com dois picos distintos em 2014 (n = 173; 12%) e 2019 (n = 151; 10%).

No período pandémico 2020/2021, o número total de testes e o número de novos casos diminuiu.

Verificou-se sempre uma maior incidência em Homens, com um total de 76% e uma mediana de idade de 44 anos.

Em 2022, até ao fim Setembro, o número de casos (n = 135) é já superior ao total de 2021 (n = 132).

Discussão: À semelhança do que foi reportado pelo ECDC, em 2014, registou-se um pico de incidência desta doença, que se inverteu nos três anos seguintes. Na Europa, em 2018, observou-se um aumento no diagnóstico de sífilis e de outras DSTs, em particular em Homens que fazem sexo com Homens, VIH negativo que beneficiavam da terapêutica pré-exposição (PrEP). Neste hospital a PrEP iniciou-se em 2019, podendo justificar o pico de sífilis observado durante este ano. Em contexto pandémico, 2020/2021, a diminuição de testes e novos casos pode explicar-se pelos confinamentos obrigatórios e consequente redução de rastreios. Com o regresso à normalidade, constatamos já, um aumento significativo do número de casos prevendo-se um pico maior em 2022 do que nos últimos anos.

Conclusão: Atualmente, a sífilis continua a ser um grave problema de saúde pública. É premente apostar em campanhas de prevenção eficazes, rastreios alargados à população sexualmente ativa e “follow up” eficientes para controlar o aparecimento desta e outras

DSTs.

Palavras chave: sífilis; incidência; 10 anos

PO 86

VARIOLA DOS MACACOS: UMA ANÁLISE CLÍNICA E EPIDEMIOLÓGICA NUM CENTRO HOSPITALAR TERCIÁRIO PORTUGUÊS

Luís M.P. Ferreira¹; Joana Cardoso¹; António Carujo¹; Ema Pos¹; Josefina Mendez¹; André Santos Silva¹; A.L. Vasconcelos¹

¹Centro Hospitalar do Porto, EPE / Hospital Geral de Santo António

Introdução: A varíola dos macacos é uma doença causada por um vírus do género Orthopoxvirus, e é uma zoonose vírica habitualmente transmitida de animais para humanos. Casos de transmissão entre humanos já eram descritos, embora raros. Em 2022, pela primeira vez, vários surtos em larga escala foram reportados em países da União Europeia e no resto do mundo. A 17 de Maio, foram confirmados pelo Instituto Ricardo Jorge os primeiros três casos positivos desta doença em Portugal.

Objetivos: Caracterização clínica e epidemiológica dos utentes diagnosticados com varíola dos macacos no Serviço de Infecçologia do Centro Hospitalar Universitário do Porto.

Material e métodos: Estudo retrospectivo e prospectivo com colheita e análise de dados clínicos e epidemiológicos de doentes diagnosticados com varíola dos macacos entre Maio e Setembro de 2022.

Resultados: Foram diagnosticados 45 doentes, dos quais apenas um era do sexo feminino. Apresentavam uma média de idades de 35 anos (± 7) e 28% ($n = 12$) relatavam contacto com um caso suspeito ou confirmado. Cerca de 64% dos doentes referiam contactos sexuais com múltiplos parceiros nas semanas precedentes, sendo que 82% dos casos relatavam risco associado a homens que têm sexo com homens (HSH). A infeção pelo vírus da imunodeficiência humano (VIH) era

conhecida em 51% ($n = 23$), sendo que 83% ($n = 19$) teriam carga vírica indetectável; dois doentes não dispunham desta informação. A maioria dos infetados (87%) tinha um valor de linfócitos CD4 superior a 200/mm³. Clinicamente, 76% ($n = 31$) apresentaram síndrome febril, 53% ($n = 24$) adenopatias palpáveis, mais frequentemente inguinais, e 32% ($n = 19$) odinofagia, sendo que destes apenas cinco apresentavam sinais de amigdalite. Todos os doentes apresentavam lesões cutâneas, sendo que a zona genital e os membros superiores foram as regiões mais afectadas (56% cada), seguido da região anorectal e torácica/dorsal (45% cada).

Conclusão: Verificamos que a varíola dos macacos foi associada em grande parte à população HSH, embora não de forma exclusiva. Uma elevada percentagem de doentes apresentava infeção pelo VIH, porém a maioria com bom controlo imunovirológico. Menos de um terço referia contacto provável ou confirmado, o que realça a necessidade de reconhecer a apresentação clínica e os fatores de risco associados. É imperativo manter uma pesquisa e descrição ativa de casos de modo a aumentar o conhecimento científico em torno desta doença.

PO 88

INFEÇÃO POR VÍRUS MONKEYPOX – EXPERIÊNCIA DE UM SERVIÇO DE URGÊNCIA GERAL

Sara Magalhães¹; Artur Peixoto²; Tomás Martins²; Inês Nunes²; Rita Côrte-Real²; Teresa Fevereiro²

¹H Curry Cabral Lisboa; ²Hospital de São José

Introdução: No início de Maio de 2022, o Reino Unido reportou 9 casos de infeção por vírus Monkeypox (VMPX), doença até então endémica em vários países africanos. Em Portugal, o primeiro caso foi detetado a 3 de Maio, tendo sido notificadas 926 infeções até 28 de Setembro, sendo o 6º país a nível europeu com o maior número absoluto de casos.

Os serviços de urgência têm sido, frequentemente, a porta de entrada para o diagnóstico e encaminhamento destes doentes.

Objetivos: Caracterizar a população de doentes testados para o VMPX que recorreram ao serviço de urgência geral polivalente de um hospital central de Lisboa entre 7 de Maio e 23 de Setembro de 2022. São descritos aspectos demográficos, apresentação clínica, complicações e resultados laboratoriais.

Material e métodos: Procedeu-se à revisão do processo clínico da urgência de todos os doentes testados para o VMPX, assim como dos resultados das colheitas de exsudados da lesão, orofaringe e anal/retal, por método PCR em tempo real no Instituto Nacional de Saúde Pública Dr. Ricardo Jorge.

Resultados: Entre 7 de Maio e 23 de Setembro foram admitidos e testados para o VMPX 172 doentes, dos quais 112 positivos. Destes 111 eram do sexo masculino, com uma média de idades de 34 anos (mínima 21 anos, máxima 54 anos). 99 Doentes (88,39%) identificavam-se como homens que fazem sexo com homens (HSH). A maioria dos doentes (50,44%) eram naturais do Brasil, sendo a 2ª nacionalidade mais frequente a portuguesa (34,30%). O maior número de casos positivos ocorreu no mês de Junho (40 casos). O VMPX foi detetado no exsudado da lesão em 109 casos (63%) e na orofaringe em 79 casos (45%). O exsudado anal/retal foi realizado em 2 casos e foi positivo em 1. O sintoma mais frequente foi a febre (77 doentes) seguido das mialgias (43 doentes). As lesões cutâneas mais frequentes foram as dos membros superiores (56,50%), genitais (52,46%) e tronco (50, 44%). Em 29 casos o doente referiu contacto com doente infetado por VMPX. 43 Doentes estavam infetados pelo VIH, dos quais 38 sob terapêutica antiretroviral. O internamento foi necessário em apenas 3 doentes. A totalidade foi referenciada à consulta de

Dermatologia/DSTs.

Conclusão: A infeção pelo VMPX foi, na nossa casuística, uma doença de homens jovens, maioritariamente HSH, e apresentou um carácter maioritariamente benigno, paucissintomático e sem complicações.

Palavras-chave: Infeção, Vírus Monkeypox, Serviço de Urgência

PO 89

CHARACTERISTICS OF VAP PATIENTS RECEIVING ADEQUATE OR INADEQUATE EMPIRICAL THERAPY: RESULTS FROM THE EVAP-PT STUDY

Paulo Mergulhão¹; João Gonçalves Pereira²; Antero Vale Fernandes³; Andriy Krystopchuk⁴; João Ribeiro⁵; Daniel Miranda⁶; Heloísa Castro⁷; Carla Eira⁸; Juvenal Morais⁹; Cristina Lameirão¹⁰; Sara Gomes¹¹; Dina Leal¹²; Joana Duarte¹³; Leonor Pássaro¹³; Filipe Froes¹⁴

¹Hospital dos Lusíadas Porto; ²Hospital de Vila Franca de Xira; ³Hospital Garcia de Orta, EPE; ⁴Centro Hospitalar do Algarve, EPE / Hospital de Faro; ⁵Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria; ⁶Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho; ⁷Centro Hospitalar do Porto, EPE / Hospital Geral de Santo António; ⁸Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE / Hospital de São Teotónio, EPE; ⁹Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital de S. Francisco Xavier; ¹⁰Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE / Hospital de Vila Real; ¹¹Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca; ¹²Hospital de Braga; ¹³MSD Portugal; ¹⁴Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital Pulido Valente

Introduction: Ventilator-associated pneumonia (VAP) represents a considerable risk in patients admitted to intensive care units (ICU) undergoing invasive mechanical ventilation (IMV). VAP is associated with longer IMV, and hospital stays and higher health care costs. Inadequate empiric antibiotic therapy (EAB) has been associated with higher mortality.

Objectives: To assess differences between VAP patients who received appropriate or inappropriate initial EAB.

Materials and methods: A national, multi-center and retrospective study of patients admitted to the ICU of 11 Portuguese hospitals between 1 July 2016 and 31 December 2017.

Results: 197 patients with VAP were included, of which 190 had information about the adequacy of the initial EAB. The variables analyzed were age group, sex, onset of EAB after VAP diagnosis (in days), time between ICU admission, VAP diagnosis (in days) and mortality rate 28 days after hospital discharge; comorbidities (chronic obstructive pulmonary disease, diabetes mellitus, chronic heart failure, chronic kidney disease, chronic liver disease), APACHE II, SOFA, SAPS II scores (all at admission); type of ICU (traumatology, surgical, medical, neurocritical). Initial EAB was inappropriate in 35.3% of the 190 VAP patients. Of the variables analyzed, the mortality rate 28 days after hospital discharge was higher in patients who received inappropriate EAB when compared to those who received appropriate EAB (34.3% vs 19.5%, $p=0.023$). Of the remaining variables studied, only the type of ICU showed significant differences regarding the adequacy of the initial EAB, with a higher percentage of patients with appropriate EAB being admitted to the medical ICU when compared to those admitted to the trauma ICU (42.3% vs. 17.9%, $p=0.016$). A multivariate logistic regression showed that admissions to surgical or trauma ICUs were predictors of inappropriate initial EAB

Conclusions: In this study involving 197 adult patients with VAP admitted to the ICU of 11 Portuguese hospitals between 1 July 2016 and 31 December 2017, initial EAB was inappropriate in 35.3% of patients. Therapeutic inappropriateness was more frequent in surgical ICUs and in polytrauma patients and was associated with a significant increase in mortality.

Keywords: Ventilator-associated pneumonia;

intensive care units; empirical antibiotic therapy

PO 90

CANDIDEMIA EM CUIDADOS INTENSIVOS DURANTE A PANDEMIA COVID-19

Lúcia Ribeiro Dias¹; Cláudio Nunes Silva¹; Sílvia Policarpo¹; Fernando Oliveira e Silva¹; Rafael Amorim Rocha¹; Alcina Ferreira¹; Sandra Xerinda¹; André Pinto¹; Lurdes Santos¹

¹Centro Hospitalar de S. João, EPE

Introdução: As infeções fúngicas invasivas são um problema crescente nas Unidades de Cuidados Intensivos (UCIs), em particular a infeção por *Candida* spp. e *Aspergillus* spp, causando uma significativa morbimortalidade nesta população. Desde o início da pandemia COVID-19 tem sido descrito um aumento na incidência de candidemia, sobretudo com espécies de *Candida* não-albicans.

Objetivos: A presente análise foca-se nos casos de candidemia ocorridos durante a pandemia COVID-19 numa UCI de um hospital terciário.

Resultados: No período de março de 2020 a dezembro de 2021, num total de 396 doentes admitidos, ocorreram 6 casos de candidemia (1.5%). Três doentes eram do sexo masculino e a idade média foi de 63 anos (46-70). À data de diagnóstico a mediana de hospitalização era 36 (31) dias. A mediana de permanência na UCI foi de 20 (10 dias). Todos os doentes apresentavam fatores de imunossupressão, nomeadamente neoplasia de órgão sólido ($n = 2$), transplantação renal ($n = 2$), infeção por vírus de imunodeficiência humana e neoplasia hematológica ($n = 1$) e doença autoimune ($n = 1$). Todos tinham feito antibioterapia de largo espectro. Três doentes tinham simultaneamente cateter venoso central, nutrição parentérica total e ventilação mecânica invasiva. Em 3 doentes foi documentada coinfeção por SARS-CoV2. Apenas 1 apresentava score de APACHE superior a 30 à admissão. A apresentação clínica foi de choque séptico ($n = 3$), febre per-

sistente (n = 2) e agravamento de insuficiência respiratória (n = 1). O agente mais comumente isolado em hemocultura foi *Candida albicans* (n = 4), *Candida albicans* e *Candida glabrata* (n = 1) e *Candida parapsilosis* e *Candida famata* (n = 1). Em apenas 3 casos foi disponibilizado o teste de suscetibilidade antifúngica (TSA), com dois doentes a apresentarem resistência global a azóis e o terceiro doente com resistência a itraconazol. Todas as estirpes mostraram-se sensíveis a anfotericina B. Dois dos óbitos não tiveram TSA disponível. A taxa de mortalidade foi de 50%.

Conclusão: Uma mortalidade de 50% realça a importância de um diagnóstico precoce da infecção fúngica e investigação diagnóstica nos doentes com fatores de risco. Dada a pequena quantidade de doentes nesta coorte será relevante a realização de estudos de caráter multicêntrico para descrição epidemiológica das estirpes de *Candida* spp. circulantes e eventual comparação com o período pré COVID-19.

PO 91

CILOSTRIDIÓIDES DIFFICILE – EPIDEMIOLOGIA DE CASOS POSITIVOS NUMA UNIDADE LOCAL DE SAÚDE

Tiago Ramalho¹; Carolina Silva²;
Mafalda Felgueiras¹; Isabel Neves¹; Valquíria Alves¹
¹Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE /
Hospital Pedro Hispano; ²Centro Hospitalar do Porto,
EPE / Hospital Geral de Santo António

Introdução: O *Clostridioides difficile* é a principal causa de diarreia associada aos cuidados de saúde na Europa.

Objetivos: Caracterização dos casos positivos de *C. difficile* numa Unidade de Saúde portuguesa, que integra cuidados de saúde hospitalares e comunitários.

Materiais e métodos: Estudo unicêntrico, retrospectivo e observacional, realizado entre janeiro de 2014 e dezembro de 2021, no qual foram incluídos todos os doentes com pesqui-

sa de toxina positiva. Cada doente foi caracterizado quanto à metodologia de diagnóstico utilizada (imunocromatografia vs biologia molecular - BM), características clínicas, fatores de risco (FR), tratamento efetuado e recidiva (nova positividade até 8 semanas após o diagnóstico) ou reinfeção (nova positividade mais de 8 semanas após o diagnóstico). Os dados foram obtidos através do sistema informático laboratorial (Clinidata XXI, Maxdata®) e da consulta dos processos clínicos eletrónicos, tendo sido realizada uma análise descritiva dos resultados.

Resultados: Foram incluídos 318 doentes, dos quais 60,7% eram mulheres, com uma mediana de idade de 75 anos. Destes, 87,7% residiam no domicílio, 10,4% em lares e 47,2% apresentavam algum grau de dependência funcional. O teste foi mais frequentemente requisitado pela Medicina Interna (61,3%), seguida da Cirurgia (12,6%) e do Serviço de Urgência (8,2%). Foram diagnosticados por imunocromatografia 167 (52,5%) doentes e 151 (47,5%) por BM, não tendo sido detetada nenhuma estirpe O27. Cerca de dois terços dos doentes (64,5%) apresentaram infeções associadas aos cuidados de saúde. Os FR mais identificados foram: registo de antibioterapia prévia (81,4%), utilização de inibidores da bomba de prótons (58,8%) e internamento recente (48,7%), sendo que 142 (44,7%) doentes apresentaram critérios de gravidade clínica (leucocitose, hipoalbuminémia e/ou lesão renal aguda) e 36 apresentaram complicações, nomeadamente, sépsis e/ou colite pseudomembranosa. A mortalidade associada ao episódio em que foi diagnosticada a infecção foi de 13,3 % (n = 42). Dos doentes estudados, 47 (14,8%) voltaram a testar positivo, sendo que, destes, 35 foram recidivas e 12 foram reinfeções.

Conclusão: O presente estudo corrobora o que está descrito, à luz da literatura atual, re-

lativamente à epidemiologia da infecção por *C. difficile*: afeta sobretudo população mais idosa, está frequentemente associada a FR (antibioterapia prévia, internamento recente), com um grau de morbimortalidade significativo.

PO 92

ENTEROBACTERIAES PRODUTORAS DE CARBAPENEMASES: A REALIDADE DE UM CENTRO HOSPITALAR

Sandra Cabral¹; Adriana Ribeiro¹; Liliana Maia¹; Sónia Ferreira¹; Maria Aldina Libano¹; Filomena Freitas¹

¹Centro Hospitalar do Baixo Vouga / Hospital Infante D. Pedro, EPE

Introdução: As Enterobacterales produtoras de carbapenemases (EPC) representam uma ameaça global. Face ao aumento das resistências aos antibióticos, estas infeções representam uma preocupação crescente pelas reduzidas opções de tratamento. Os fatores de risco associados à colonização ou infecção por EPC incluem exposição aos cuidados de saúde, utilização de antibioterapia de largo espectro, presença de dispositivos invasivos, comorbilidades do doente, entre outros.

Objetivos: Caracterizar os doentes colonizados e/ou infetados por EPC num centro hospitalar entre 1 de janeiro de 2021 e 30 de setembro de 2022. Calcular a frequência de doentes colonizados num centro hospitalar entre 1 de janeiro de 2021 e 30 de setembro de 2022. Caracterizar os tipos de carbapenemases.

Material e métodos: Foi realizado um estudo observacional e retrospectivo, incluindo todos os doentes com rastreio de colonização retal de EPC e os doentes com isolamento de uma EPC em produtos microbiológicos. Foram excluídas as amostras cujo mecanismo de resistência aos carbapenemes não era pela produção de carbapenemases. Os dados foram colhidos usando o SCLínico® da instituição hospitalar e os dados da plataforma de vigilância epidemiológica HEPIC®.

Resultados: No período analisado foram avaliados 112 doentes, dos quais 76 (67,9%) estavam colonizados, 34 (30,4%) infetados e 2 (1,7%) colonizados e infetados por EPC (56 homens e 56 mulheres). A mediana da idade foi de 79 anos [Q1-62; Q3-83]. Quanto ao tipo de carbapenemase subjacente, 80,4% dos casos eram por KPC, 11,6% por NDM, 3,6% por VIM, 3,6% por OXA-48 e 0,9% coexistiam NDM e VIM. Destes, 35 possuíam dispositivos invasivos, 45 eram diabéticos e 19 eram doentes oncológicos. 80,3% dos doentes tinha realizado antibioterapia nos últimos 12 meses e 73,2% tiveram pelo menos um internamento no último ano. Da população estudada, o local de proveniência mais frequente foi o domicílio (42%), seguido de outros hospitais com 29,4%, da RNCCI em 22,3% dos casos e 6,3% de ERPIs.

Conclusões: A maioria dos doentes estava colonizado, à semelhança do panorama nacional, pela carbapenemase KPC. Episódios de internamento e o uso de antibióticos nos últimos 12 meses foram os fatores mais frequentes. O conhecimento da epidemiologia local e a deteção precoce da colonização por EPC são medidas que contribuem para a segurança dos doentes, na prestação de cuidados de saúde, possibilitando a contenção da sua disseminação na comunidade e no ambiente hospitalar.

Palavras-chave: Enterobacterales produtoras de carbapenemases; Colonização por bactérias multirresistentes.

PO 93

EVOLUÇÃO DA TAXA DE COLONIZAÇÃO DE EPC EM DOENTES DE RISCO

Sandra Cabral¹; Adriana Ribeiro¹; Liliانا Maia¹; Sónia Ferreira¹; Maria Aldina Libano¹; Filomena Freitas¹

¹Centro Hospitalar do Baixo Vouga / Hospital Infante D. Pedro, EPE

Introdução: Em 2015, Portugal despertou para a problemática da colonização e infeção por Enterobacterales produtoras de carbapenemases (EPC) após a identificação do primeiro surto hospitalar. Desde então foram sendo tomadas medidas, pela maioria das instituições de saúde, para a deteção precoce dos doentes colonizados por estas bactérias, como medida de contenção da disseminação cruzada. A elevada prevalência da colonização e/ou infeção por estes microrganismos constitui um problema grave de saúde pública e um desafio no controlo e tratamento destas situações.

Objetivos: Avaliar a evolução da taxa de colonização de EPC em doentes de risco admitidos em internamento, entre janeiro de 2017 e setembro de 2022, num centro hospitalar em Portugal.

Material e métodos: Foi realizado um estudo observacional e retrospectivo. Foram colhidos dados epidemiológicos e resultados analíticos dos doentes que realizaram rastreio de colonização de EPC no período analisado e que constam no programa de vigilância epidemiológica desse centro hospitalar. Foram excluídos doentes duplicados.

Resultados: No período estudado foram avaliados 2836 doentes com critérios para rastreio de colonização por EPC, com uma taxa de positividade global de 6,8%. A incidência anual de colonizados foi: 6,8% em 2017, 8,4% em 2018, 7,8% em 2019, 8,1% em 2020, 6,7% em 2021 e de 3,8%, nos primeiros nove meses de 2022. A mediana da idade tem vindo a diminuir nos últimos anos

(81 (2017), 86 (2018), 75 (2019 e 2020), 72 (2021) e 70 anos nos meses avaliados de 2022). O género masculino é o mais frequente em todos os anos. Ao longo do tempo avaliado o número de doentes com critérios para rastreio aumentou, exceto em 2020. Os dados obtidos estão mais detalhados na Tabela 1.

Conclusões: O pico de incidência de colonizados por EPC foi em 2018 e manteve-se estável nos dois anos seguintes. Desde então esta parece ter uma tendência decrescente, tendo-se mantido a mesma ordem de grandeza de doentes testados. Este dado, embora com possíveis fatores de confundimento, parece mostrar um controlo ou até uma redução da disseminação destas bactérias multirresistentes na população abrangida por este centro hospitalar. Conclui-se que a identificação precoce da colonização por EPC parece ser uma das medidas que contribuiu para a contenção da progressão desta problemática.

Palavras-chave: Enterobacterales produtoras de carbapenemases, colonização por bactérias multirresistentes, rastreio.

PO 95

TOBRAMICINA AEROSSOLIZADA: A PROPÓSITO DE UM CASO EM DOENTE TRAQUEOSTOMIZADO

Mariana Lobo¹; Pedro Santos²; Dina Neto¹; Ricardo Jorge Sousa¹; Raquel Calisto¹; Maria João Gonçalves¹

¹Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE / Hospital Pedro Hispano; ²CH UNIV ALGARVE - FARO

Os doentes traqueostomizados apresentam maior propensão para infeções respiratórias assim como colonização por *Pseudomonas*. A sua erradicação apresenta diversos obstáculos: baixa penetração dos antibióticos, desenvolvimento de resistências antibióticas e presença de biofilmes bacterianos. O uso de antibióticos aerossolizados apresenta maior eficácia, sendo a primeira linha em doentes com fibrose quística. Contudo não existem

guidelines específicas para a abordagem da colonização por *P. aeruginosa* em doentes traqueostomizados, tornando a abordagem ainda mais fastidiosa como no caso que apresentamos.

Doente de 67 anos do sexo masculino com internamento de 15 meses por encefalomielite com identificação de anticorpo anti-Hu, de etiologia paraneoplásica, por carcinoma da próstata. Apresentava atingimento do sistema nervoso autónomo e disfunção bulbar a condicionar fraqueza muscular respiratória e ausência de reflexo protector da via aérea a motivar uso de ventilação mecânica por traqueostomia e cough assist. Ao longo do internamento com várias traqueobronquites e recidivas por *Pseudomonas aeruginosa* sensível à tobramicina. Evolução inclusive com um episódio de periparagem respiratória. Assumida colonização por *P. aeruginosa*. Proposto e aprovado pela Comissão de Farmácia e Terapêutica institucional o uso de tobramicina nebulizada de forma off-label. O esquema terapêutico consistiu em ciclos de 28 dias de administração de tobramicina intercalados com 28 dias sem administração do fármaco (ciclos on/off). Ainda foi necessário adaptar o ventilador para a administração deste fármaco. Contudo a terapêutica foi interrompida após um mês e meio por broncoespasmo associado às nebulizações do antibiótico. Após um período de 6 meses sem infeções, registou-se um novo episódio de traqueobronquite causada por *P. aeruginosa* tratado de forma dirigida. O doente faleceu por progressão da doença de base 8 meses após término da tobramicina.

Salientamos com este caso que a utilização do fármaco permitiu que o doente apresentasse um período livre de infeções de 6 meses, aumentando tanto a sua qualidade de vida como a sobrevivência. Realçamos ainda que existem poucos casos descritos na literatura

relativamente à administração aerossolizada do fármaco, via traqueostomia, na população adulta. Por último, são necessários mais estudos sobre vias alternativas e eficazes de administração de fármacos de forma a poder oferecer mais alternativas a estes doentes.

PO 96

ENDOCARDITE NOSOCOMIAL DE VÁLVULA PROTÉSICA POR *PSEUDOMONAS AERUGINOSA*: O QUE FALTA SABER

André Rodrigues Guimarães¹; João Paulo Caldas¹; António Martins¹; Rita Lino¹; Daniel Ferreira¹; Juliana Chen-Xu²; Nélia Neves¹; Maria de Lurdes Santos¹

¹Centro Hospitalar de S. João, EPE; ²Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde

Introdução: A endocardite infecciosa (EI) por *Pseudomonas aeruginosa* (PA) é uma entidade incomum (cerca de 3% das endocardites) e quase sempre associada à utilização de drogas endovenosas (UDEV); assim, cerca de 70% dos episódios são observados em válvulas cardíacas direitas.

As EI esquerdas por PA em pacientes não-UDEV são, por isso, bastante raras. Sabe-se também que, dentro das EI nosocomiais, apenas 10% dos casos são devido a este agente. Relatamos um caso de EI nosocomial de válvula aórtica protésica por *P. aeruginosa*.

Descrição do caso: Homem, 70 anos, portador de prótese mecânica aórtica desde há 18 anos por estenose grave, internado por insuficiência cardíaca descompensada com sintomatologia desde há 2 meses, progressiva. Os ecocardiogramas transtorácico e transesofágicos (ecoTE) à admissão não identificavam alterações valvulares sugestivas de EI nem disfunção da prótese, mostrando de novo insuficiência tricúspide moderada a grave e disfunção biventricular. Durante o internamento, o doente desenvolveu uma flebite do braço direito associada ao cateter venoso, com bacteriemia por PA. Por persistência

da bacteriemia sob piperacilina-tazobactam, realizou ecodoppler do membro, que mostrou uma tromboflebite, e repetiu o ecoTE, que mostrou de novo espessamento dos discos protésicos com uma imagem sugestiva de vegetação infeciosa adjacente ao seio coronário. Após discussão multidisciplinar entre Doenças Infeciosas, Cardiologia e Cirurgia Cardíaca, foi decidido fazer tratamento anti-biótico combinado com ceftazidima e ciprofloxacina durante, pelo menos, 6 semanas, com realização de PET-scan e ecoTE para decisão da suspensão de tratamento. A antibioterapia foi posteriormente alterada para piperacilina-tazobactam e ciprofloxacina, para permitir o tratamento em regime de Hospitalização Domiciliária. Após o início de tratamento duplo, as hemoculturas tornaram-se estéreis. Após 6 semanas, a PET-Scan não mostrava focos de captação anormal na região periprotése, mas o EcoTE descrevia a manutenção da estrutura ecogénica previamente identificada, pelo que se optou por manter a ciprofloxacina per os até nova reavaliação.

Conclusão: A EI de válvula esquerda por PA é rara e, muitas vezes, fatal, com taxas de mortalidade descritas de 40% em EI nosocomial por este agente. O diagnóstico precoce e o tratamento otimizado são, portanto, essenciais para melhorar o prognóstico. Contudo, é incerto qual o regime terapêutico mais eficaz. As recomendações internacionais sugerem cobertura anti-pseudomónica dupla, com um beta-lactâmico e um aminoglicosídeo ou quinolona, embora não haja estudos comparativos com a monoterapia. Em alguns casos, o tratamento médico isolado demonstrou ser suficientemente eficaz nas EI esquerdas causadas por PA. No entanto, a recorrência é comum e a cirurgia frequentemente necessária. **Palavras-chave:** endocardite; pseudomonas aeruginosa; infeção nosocomial

PO 97

DUAL FUNGAL INVASIVE INFECTION WITH LOMENTOSPORA PROLIFICANS AND ASPERGILLUS NIDULANS: A CASE REPORT

José Pedro Pereira¹; Ana Margarida Almeida¹; Eva Tiza¹; Rita Ramalho¹; Zélia Videira¹
¹IPO Lisboa

Introduction: Severely immunosuppressed individuals with haematological malignancies and/or stem cell or organ transplant recipients are at high risk for invasive fungal infection. In these patients, physicians should be aware for the possibility of infection with double or more fungal pathogens, rather than single one. The majority of cases are related with *Aspergillus* species, but for the last twenty years, non-*Aspergillus* mold species have been increasingly involved in human invasive infections. *Lomentospora prolificans* (formerly *Scedosporium prolificans*) is a truly emerging fungal pathogen that has been related with numerous infections not only immunocompromised but also and immunocompetent patients. The microbiology laboratory is central to assisting clinicians in diagnosis.

Case description: We report a case of a 36-year-old man diagnosed with Hodgkin Lymphoma in 2011, which was multitreated and underwent complete remission. In 2019, following a relapse, the patient restarted treatment and was proposed to bone marrow allogenic hemathopoietc stem cell transplantation, which occurred in May 2021. At this time, he started prophylaxis with posaconazole. Two months later he developed a Graft-versus-host disease (GvHD) and corticotherapy was introduced. In September 2021, after a positive result for serum galactomannan, imagiological and more microbiological studies were performed. The chest CT scan showed alterations that were compatible to an angio-invasive and hemorrhagic fungal infection. The microbiological cultures from

respiratory products were positive to *L. prolificans* and *A. nidulans*. Thus, the patient was treated with voriconazole and terbinafine, which resulted in slight clinical and imagiological improvements.

Conclusion: Invasive fungal infections are life threatening in stem cell transplant recipients and can be difficult to diagnose and to treat, mainly when caused by more than one species and/or when those species are resistant to the most currently antifungal agents. The treatments for this infections are complex involving combination of several antifungal agents; however, the outcome of these patients doesn't seem to improve.

PO 98

ENDOCARDITE FÚNGICA: UM CASO RARO DE DIAGNÓSTICO COM HEMOCULTURAS POSITIVAS

Bruno Filipe Oliveira Esteves¹; Anália Carmo²; M.Teresa Rodrigues²; Catarina Chaves²; Rui Tomé²
¹*Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE / Hospital Distrital da Covilhã;* ²*Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra*

Introdução: A endocardite por *Aspergillus* spp. é uma entidade rara associada a um prognóstico adverso que corresponde a 0.25%-2.5% de todas as endocardites infecciosas. Os principais factores de risco para o desenvolvimento da doença incluem a imunossupressão, a realização de cirurgias cardíacas e o uso prolongado de cateteres. O diagnóstico requer um elevado nível de suspeição uma vez que as hemoculturas são negativas em cerca de 96% dos casos.

Este trabalho descreve o caso clínico de um doente submetido a um duplo transplante no qual foi estabelecido o diagnóstico ecográfico de endocardite consubstanciado com hemoculturas positivas para *Aspergillus* spp.

Descrição do caso: Doente do sexo masculino, de 56 anos, submetido a um transplante cardíaco por miocardiopatia dilatada e a um

transplante renal por doença renal poliquística autossómica dominante. Na sequência de um internamento complicado por um episódio de rejeição hiperaguda do enxerto cardíaco e por falência do enxerto renal, o doente teve alta medicado com tacrolimus e prednisolona. Nas consultas de seguimento, o doente apresentou-se com astenia, anorexia e perda de peso, sem registo de febre. Realizou uma ecocardiografia que colocou a hipótese de endocardite mitral. Neste contexto, o doente foi internado e iniciou o tratamento empírico com vancomicina e meropenem após colheita de amostras de expectoração e de sangue para cultura.

As hemoculturas positiveram ao fim de 17 horas de incubação, permitindo a identificação de *Aspergillus* spp. após 34 horas adicionais. O diagnóstico de endocardite por *Aspergillus* spp. foi assumido como provável e o doente iniciou o tratamento com voriconazole. Do restante estudo complementar, o exame micológico da expectoração foi negativo e a TA-C-tórax não revelou alterações sugestivas de aspergilose pulmonar. O doente realizou ainda uma ecocardiografia transesofágica que descreveu uma vegetação mitral de grandes dimensões a condicionar regurgitação e hipertensão pulmonar grave.

No decorrer do internamento, o estado clínico do doente agravou-se progressivamente, desenvolvendo instabilidade hemodinâmica com necessidade de implementação de medidas de suporte invasivas. Após 31 dias de internamento, o doente viria a falecer.

Conclusão: Este trabalho descreve um caso raro de endocardite fúngica num doente imunodeprimido após a realização de um duplo transplante de órgãos sólidos. Ao contrário do que é habitual, neste doente foi possível obter hemoculturas positivas para *Aspergillus* spp., permitindo o início precoce de tratamento dirigido.

PO 99

INFECÇÃO POR STRONGYLOIDES STERCORALIS – IMPORTÂNCIA DO RASTREIO E ERRADICAÇÃO NO IMUNODEPRIMIDO

Susana Ramos Oliveira¹; Clara Batista¹; Sónia Duarte Rocha¹; Maria João Gonçalves¹; Eduarda Ruiz Pena¹; Isabel Neves¹; Sofia Jordão¹
¹Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE / Hospital Pedro Hispano

Introdução: O *Strongyloides stercoralis* é um nemátodo com distribuição mundial, causando frequentemente infecção em zonas tropicais.

A infecção geralmente ocorre por contacto cutâneo com solo contaminado, sendo por isso mais comum em zonas com baixas condições de saneamento.

Em Portugal, até 1985 estão descritos casos autóctones, sugerindo zonas com focos endémicos. Com a melhoria global das condições sanitárias, o diagnóstico tornou-se raro.

A maioria dos infetados é assintomático/paucissintomático, com períodos de remissão e recorrência, maioritariamente com sintomas gastrointestinais, cutâneos ou respiratórios.

Por o ciclo de vida do parasita incluir auto-infecção, a parasitose pode persistir durante décadas, se não devidamente erradicada.

Em indivíduos imunodeprimidos (particularmente os que apresentam défice de imunidade celular) pode ocorrer a síndrome de hiperinfecção, com elevada morbimortalidade.

Métodos: Análise retrospectiva das serologias de *S.stercoralis* colhidas entre janeiro de 2017 e setembro de 2022 de um hospital nível II.

Resultados: De 184 rastreios, 20 foram positivos – 60% de homens, com média de idades de 61 anos [30-83]. Destes, 85% (17/20) foram rastreados em consulta de Infeciologia por imunodeficiência, ou proposta de imunossupressão, enquanto assintomáticos. Dois doentes foram rastreados por eosinofilia peri-

férica persistente e outro por episódios recorrentes de diarreia autolimitada.

85% dos indivíduos apresentou estadias em países endémicos, sendo que em 11/17 casos, estas foram prolongadas (mínimo de 12 meses). Três doentes negaram estadias fora de Portugal, reportando más condições de higiene na sua infância (prévia a 1980).

Treze doentes (65%) eram imunodeprimidos ao diagnóstico, incluindo 3 infecções por VIH, uma por HTLV e dois doentes sob corticoterapia de alta dose. Não foi diagnosticada nenhuma síndrome de hiperinfestação.

A maioria dos doentes realizou erradicação com ivermectina (10) ou albendazol (5), com resolução dos sintomas e/ou eosinofilia.

Discussão: A maioria dos casos descritos neste trabalho são de indivíduos provenientes de, ou com estadias prolongadas em áreas atualmente endémicas. No entanto, foram detetados portadores sem viagens para fora do país, fenómeno explicado pela existência, no passado, de focos endémicos em Portugal. Este trabalho alerta-nos, assim, para a importância da pesquisa desta infecção em doentes com sintomas e/ou contexto epidemiológico compatível, mesmo na ausência de viagens prévias.

A elevada suspeita clínica e história epidemiológica completa é particularmente importante nos imunodeprimidos - população crescente nas últimas décadas – pelo risco de hiperinfestação e consequente mortalidade associada. A erradicação deve ser realizada, preferencialmente, antes do início da terapêutica imunossupressora.

PO 100

SÍNDROME DE GOOD: QUANDO UMA INFEÇÃO É DEMAIS!

Magda Daniela Alves Gonçalves¹; Rute Aleixo¹; Gonçalo Cruz¹; Maria João Faria¹; Vítor Duque¹

¹Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra

Introdução: O Síndrome de Good (SG) é uma imunodeficiência primária que consiste na associação de um timoma com imunodeficiência (hipogamaglobulinémia), e geralmente cursa com infeções recorrentes ao longo da vida.

Descrição do caso: Mulher, 71 anos, autónoma, com antecedentes de líquen plano da cavidade oral e perineal, sinusite crónica, otites de repetição, exerése de timoma e SG. Como medicação habitual fazia metilprednisolona (24 mg/dia), ledertrexato e ácido fólico.

Recorreu ao serviço de urgência (SU) no dia 15 de janeiro de 2022 por dejeções líquidas amareladas e febre (T_{máx} 39°C) com 24h de evolução. A doente estava em isolamento desde 30 de dezembro por apresentar teste SARS-CoV-2 positivo.

À admissão apresentava-se estável, com lesões de líquen plano sangrantes na região perineal. Analiticamente com subida discreta de parâmetros inflamatórios (leucocitose com predomínio de neutrófilos). Sem alterações radiológicas. Gasimetricamente com pO₂ 79.1 mmHg e pCO₂ de 29.6 mmHg, tendo iniciado oxigenoterapia suplementar. Após colheita de culturas a doente ficou internada em enfermaria COVID.

Ao longo do internamento manteve-se febril, sem dejeções diarreicas. As hemoculturas isolaram *Campylobacter coli* (C.coli), e iniciou antibioterapia conforme o TSA (cumpru 14 dias de Azitromicina).

Após suspensão de antibioterapia, verificou-se agravamento respiratório com necessidade de aumento de oxigenoterapia para

FiO₂ 31%. Radiologicamente apresentava um infiltrado na base direita, que evoluiu para infiltrados bilaterais em radiografias torácicas posteriores. No painel multiplex de agentes respiratórios positivou apenas para SARS-CoV-2. Transferiu-se a doente para a Unidade de Cuidados Intensivos COVID, iniciando-se ventilação mecânica invasiva. Apesar das medidas instituídas a doente teve uma evolução desfavorável e faleceu ao 31º dia de internamento.

Conclusão: A Infeção por *C. coli* pode ser assintomática, manifestar-se como gastroenterite aguda ou, raramente, causar bacteriémia. A presença de lesões de líquen plano sangrantes permitiram a introdução de *C.coli* na circulação sanguínea, após o episódio de diarreia, causando bacteriémia. Associadamente a intercorrência pela infeção COVID-19 poderá tratar-se de uma manifestação tardia e severa no doente imunodeprimido tal como evidenciado na literatura, sendo que a conjugação das duas infeções num quadro de imunossupressão poderá ter levado ao desfecho fatal.

Palavras chave: Síndrome de Good; *Campylobacter coli*; COVID-19.

PO 101

COMPARAÇÃO ENTRE DUAS METODOLOGIAS DE PCR PARA A DETEÇÃO E QUANTIFICAÇÃO DO CMV

Alexandra Mendes¹; Ana Alves¹; Célia Morais¹; Cláudio Gaspar¹; Raquel Costa¹; João Pereira-Vaz¹; Lurdes Correia¹; Fernando Rodrigues²

¹Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE / Hospital Pediátrico de Coimbra; ²Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra

Introdução: A deteção e quantificação da carga viral do Citomegalovírus humano (CMV) é importante no diagnóstico e monitorização desta infeção em indivíduos imunossuprimidos, nomeadamente recetores de transplante de órgãos. As metodologias de PCR em tempo

real podem ter como seqüências alvo diferentes regiões genômicas. Também os vários métodos de extração de ácidos nucleicos podem ter implicações nos desempenhos analíticos dos ensaios.

Objetivos: Comparar o desempenho analítico de duas metodologias de PCR em tempo real para a quantificação do DNA do CMV: Ensaios cobas CMV e RealStar CMV PCR Kit 1.0.

Material e métodos: Foram analisadas em simultâneo 111 amostras de plasma de indivíduos imunossuprimidos, acompanhados num centro de referência em Portugal. O ensaio cobas CMV foi realizado no sistema automático Cobas 6800 (Roche Diagnostics). Para o ensaio RealStar CMV PCR Kit 1.0 (Altona Diagnostics), a extração dos ácidos nucleicos foi efetuada na plataforma automática EZ2 Connect (QIAGEN) e a amplificação e deteção do DNA alvo foi realizada na plataforma CFX96 Real-Time System (BioRad).

Os dados obtidos foram analisados estatisticamente e foi considerado significativo um valor de $P < 0,05$.

Resultados e conclusões: Foi observada uma concordância de 64,0% nos resultados obtidos pelos dois ensaios. Das 40 amostras com resultados discordantes, 38 foram detetadas pelo ensaio cobas CMV mas não pelo ensaio RealStar CMV, enquanto que as restantes ($n = 2$) foram apenas detetadas pelo ensaio RealStar CMV. Nas amostras discordantes, 90,0% das quantificações eram inferiores aos limites de deteção estabelecidos para os dois ensaios.

Foi encontrada uma correlação de Pearson com um valor de $r=0,92$ ($t=24,2$; $P < 0,001$). A quantificação média com o ensaio cobas CMV foi de 1,64 \log_{10} cópias/mL, enquanto que o valor médio para o ensaio RealStar CMV foi de 1,56 \log_{10} cópias/mL. A variação média da quantificação foi de 0,08 \log_{10} cópias/mL. Em conclusão, com base nesta amostragem

reduzida e apesar da boa correlação encontrada entre os dois ensaios, os dados sugerem que o ensaio cobas CMV apresenta uma sensibilidade superior.

A automatização do teste cobas CMV permite uma maior capacidade e rapidez no processamento de amostras, o que o torna uma mais-valia para a rotina laboratorial.

Palavras-chave: CMV, PCR, correlação, sensibilidade

PO 102

FUSARIOSE: A IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO PRECOCE NUM DOENTE HEMATOLÓGICO

Rita de Mira Ramalho¹; José Pedro Pereira¹;
Ana Margarida Almeida¹; Eva Tiza¹; Zélia Videira¹
¹IPO Lisboa

Introdução: As infecções fúngicas são complicações importantes em doentes imunossuprimidos, associadas a elevada morbilidade e mortalidade. Deste modo, o diagnóstico e o estudo de susceptibilidade a antifúngicos precoces são determinantes para um prognóstico favorável. Os *Fusarium* spp. são fungos encontrados nos solos, no ar e nas plantas, e que, em condições favoráveis, podem germinar e invadir tecidos, levando ao desenvolvimento de doença. A apresentação clínica de fusariose depende da imunocompetência do hospedeiro, podendo ser localizada e superficial, invasiva ou disseminada. A maioria dos casos mais severos ocorre em doentes com imunodeficiência celular secundária e neutropenia, particularmente em doentes hematológicos.

Descrição do caso: Doente do sexo masculino, de 54 anos, com diagnóstico recente de leucemia mieloide aguda, sob tratamento com citarabina e idarrubicina e antibioterapia por neutropenia febril com agente bacteriano isolado em hemoculturas, desenvolveu lesões nodulares com tumefação na eminência tenar, cotovelo e coxa esquerdas. Para estudo etio-

lógico, foram realizadas uma citologia aspirativa, uma biópsia das lesões e um aspirado ganglionar. A avaliação anatomo-patológica e por citometria de fluxo revelou a presença de um predomínio de células da linhagem mieloide nos últimos estádios de diferenciação, sem células imaturas. Por fim, a análise microbiológica do aspirado ganglionar permitiu identificar a presença do fungo *Fusarium solani* por microscopia e exame cultural. De acordo com o antifungograma proposto, o doente iniciou Voriconazol, com resolução total das lesões e sem morbidades associadas.

Conclusão: As leucemias mieloides agudas podem, por vezes, manifestar-se por alterações cutâneas (cloromas), dificultando o diagnóstico de processos infecciosos adjacentes. Por outro lado, doentes hematológicos sob quimioterapia apresentam-se frequentemente com neutropenias marcadas, o que os torna muito susceptíveis a infecções, particularmente de etiologia fúngica. Assim, o diagnóstico diferencial precoce neste doente foi decisivo para uma rápida instituição de terapêutica dirigida, resultando na cura atempada das lesões e impedindo a progressão de doença para forma disseminada e, potencialmente, fatal.

Palavras chave: *Fusarium* spp.; Hemato-Onco-logia; Imunossupressão.

PO 103

UM CASO RARO DE BACTERIÉMIA POR *CAMPYLOBACTER*

Lorrane Viana¹; Joana Martinez¹; Catarina Almeida¹; Laura Baptista¹; Carolina Amado¹; Sofia Silva¹; Alice Pimentel¹; Ana Martins¹; Joel Pinto¹; Gisela Ferreira¹; Jorge Velez¹; Filomena Freitas¹

¹*Centro Hospitalar do Baixo Vouga / Hospital Infante D. Pedro, EPE*

Introdução: A bactéria *Campylobacter fetus* pode-se associar a doença sistémica em imunodeprimidos e, neste contexto, podem ocorrer focalizações. Nos doentes imunocom-

petentes a recuperação é geralmente espontânea e sem necessidade de antibioterapia.

Caso clínico: Homem, 56 anos, autónomo, vivendo em contexto rural, com antecedentes de esferocitose hereditária associada a esplenomegalia (aguardando esplenectomia) e suspeita polimialgia reumática (sob corticoterapia sistémica).

Recorreu ao serviço de urgência por quadro agudo de febre mantida, náuseas e diarreia. Da marcha diagnóstica inicial colocadas hipótese de foco pulmonar vs. urinário. Foram colhidas hemoculturas e, após toma de ciprofloxacina, ceftriaxone e azitromicina, foi transferido para o nosso hospital (área de residência). Aí evoluiu com febre refratária e múltiplas disfunções de órgão, nomeadamente neurológica (delirium), renal (acidose metabólica), respiratória (insuficiência respiratória tipo 1) e hematológica (agravamento da anemia de base e coagulopatia), tendo sido escalada antibioterapia (ATB) para piperacilina/tazobactam. Analiticamente, neutrofilia e procalcitonina/proteína C-reativa elevadas. Realizou tomografia abdomino-pelvica que mostrou sinais de artrite reativa vs. séptica na articulação coxofemoral esquerda.

Por deterioração neurológica progressiva foi feita punção lombar que excluiu infeção do sistema nervoso central. Foi então internado no serviço de Medicina Intensiva, já sob meropenem, sendo que as hemoculturas inicialmente colhidas revelariam espécie de *Campylobacter*, posteriormente identificada como *C. fetus*. O doente evoluiu positivamente, com desmame ventilatório/ adrenérgico e negatização de hemoculturas, sendo depois transferido para enfermaria de Infeciologia. Não obstante ter cumprido 14 dias de meropenem e exclusão exaustiva de focalizações, manteve picos febris, pelo que assumiu-se provável artrite reativa na referida articulação coxofemoral.

Visto manter necessidade transfusional elevada, realizou esplenectomia eletiva (com imunizações prévias), tendo tido alta para unidade de convalescença.

Comentários: Destaca-se o caso por uma multiplicidade de motivos. Pelo agente em causa, pelo quadro aparatoso e arrastado no provável contexto da dupla imunossupressão, pela dúvida quanto a eventuais e variada focalizações e, ainda, pela realização de esplenectomia no decorrer do internamento – intervenção que era há muito planeada, mas nunca executada.

PO 104

PROVÁVEL INFEÇÃO FÚNGICA INVASIVA EM DOENTE HEMATO-ONCOLÓGICO

Lorrane Viana¹; Joana Martinez²; Catarina Almeida¹; Laura Baptista¹; Carolina Amado¹; Ana Martins¹; Liliana Maia¹; Antonio Maio¹; Cristina Soeiro¹; Gisela Ferreira¹; Jorge Velez¹; Filomena Freitas¹
¹Centro Hospitalar do Baixo Vouga / Hospital Infante D. Pedro, EPE

Introdução: As infeções fúngicas invasivas são relativamente comuns em doentes hemato-oncológicos sob quimioterapia, causando elevada morbimortalidade. O risco aumenta com a duração/gravidade da neutropenia, uso prolongado de antibióticos e número de ciclos de quimioterapia.

Caso clínico: Homem, 76 anos, com diagnóstico de linfoma difuso de grandes células B, estadio de Ann-Arbor IV-B, IPI2, bom prognóstico, que havia realizado 6 ciclos de R-CHOP (sob profilaxia com aciclovir e cotrimoxazol) sem intercorrências. Ainda antecedentes de úlcera duodenal, bronquiectasias quísticas/varicosas pós-infeciosas e hiperplasia benigna da próstata. Salientava-se ainda residência prévia em Angola.

Aquando da avaliação da resposta final ao tratamento, apesar de assintomático e sem alterações analíticas de relevo, a tomografia de posições demonstrou aparecimento de

lesões de novo de alto grau metabólico glicolítico na gordura mesentérica, lateralizadas à esquerda, sugerindo doença de base em progressão.

Perante a hipótese de doença quimio-refratária primária, foi realizada biópsia excisional de adenomegalias mesentéricas, sendo que tanto citometria de fluxo como anatomia patológica excluíram hipótese de doença linfoproliferativa. De forma inesperada, a análise anatomopatológica evidenciou parênquima totalmente ocupado por histiócitos de citoplasma espumoso, com numerosos organismos fúngicos intracitoplasmáticos, cuja morfologia levantava possibilidade de infeção por espécie de *Cryptococcus* ou *Histoplasma* (coloração de PAS e Grocott revelando formas leveduriformes arredondadas / ovaladas, sem hifas).

Neste sentido, o doente foi internado no serviço de infeciologia para estudo etiológico, que se revelou negativo: antígeno criptocócico sanguíneo negativo, antígeno/anticorpo/PCR sanguíneos de *Histoplasma capsulatum* negativos, doseamento de galactomanano normal e, ainda, PCR de *C. neoformans* e *H. capsulatum* na peça histológica inicial (já conservada em parafina há >4 semanas) negativas – não foi possível realização de nova biópsia excisional.

A equipa médica optou então por tratamento com anfotericina B lipossómica durante 14 dias e, posteriormente, manutenção de tratamento oral com itraconazol – de modo a cobrir os dois possíveis agentes.

Comentários: Apesar de não ter sido possível diagnóstico definitivo, tendo em conta o estado de imunossupressão do doente, considerou-se haver menor risco no tratamento presuntivo do que na opção por uma estratégia meramente expectante.

PO 105

LISTERIOSE COM ATINGIMENTO NEUROLÓGICO – RELATO DE UM CASO

João Campos Cunha¹; Maria Pacheco²;
Rita Soares Costa¹; Rita Pinto Araújo¹; Ricardo Pinho¹
¹Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga, EPE /
Hospital de S. Sebastião; ²Unidade Local de Saúde da
Guarda, EPE / Hospital Sousa Martins

Palavras-chave: listeriose; meningite; Listeria monocytogenes

Introdução: A listeriose, infecção provocada pela bactéria *Listeria monocytogenes* (Lm), tem um significado patogénico importante em alguns grupos de doentes, nomeadamente imunodeprimidos, grávidas, alcoólicos, idosos ou neonatais. O seu espectro clínico é amplo, podendo variar desde sintomas gastrointestinais de rápida resolução até quadros sépticos com atingimento neurológico.

Caso clínico: Doente do sexo masculino de 44 anos, com antecedentes de hipertensão arterial medicada e hábitos etílicos frequentes recorreu ao Serviço de Urgência (SU) por cefaleia frontal intensa e pulsátil, seguida de alteração súbita do estado de consciência com mordedura da língua e amnésia para o sucedido. No SU desenvolve toracalgia à esquerda, sem irradiação. Ao exame objetivo apresentava-se febril (38 °C) e com perfil tensional hipertensivo (152/92 mmHg), sem outras alterações. Ao exame neurológico estava sonolento mas orientado (escala de Glasgow 15), com dor à flexão cefálica passiva e rigidez da nuca terminal, sem outras alterações. Analiticamente leucocitose com neutrofilia e proteína C reativa alta, elevação da gama glutamil transferase e aumento da troponina, mioglobina e creatina quinase. Níveis de etanol negativos. Fez uma tomografia computadorizada cerebral, sem alterações. Eletrocardiograma com taquicardia sinusal. Realizou uma punção lombar e um ecocardiograma transtorácico. A citocímica do líquido cefalorraquidiano (LCR) demonstrou pleocitose

(predomínio de polimorfonucleares) e hipoglicorráquia e o ecocardiograma não apresentava alterações de relevo. Assumida então uma provável meningite com lesão miocárdica secundária, tendo sido iniciada terapêutica empírica com ceftriaxone, ampicilina e aciclovir, posteriormente dirigida para ampicilina após identificação de Lm no LCR. Inicialmente o doente ficou internado 2 dias no Serviço de Medicina Intensiva Polivalente para vigilância, dado o risco de agravamento neurológico e potencial abstinência alcoólica, tendo tido uma evolução favorável com alta posterior.

Conclusão: A neurolisteriose é uma entidade clínica que, em casos graves, pode ter rápida progressão para coma. Embora neste caso se tenha verificado uma evolução favorável rápida, é de referir que a terapêutica farmacológica implica várias semanas de antibioterapia, podendo haver uma evolução clínica lenta, sem melhoria imediata nos primeiros dias de tratamento. Apesar do predomínio da listeriose em grupos de risco, neste caso não foi encontrado nenhum outro fator além dos hábitos etílicos. Este trabalho teve como objetivo relatar uma infecção rara mas potencialmente grave, que deve ser considerada no diagnóstico diferencial de doentes com alteração do estado consciência e fatores de risco para a infecção por Lm.

PO 106

PAPEL DA BIOLOGIA MOLECULAR NO DIAGNÓSTICO DE MENINGITE/ENCEFALITE INFECCIOSA: CASUÍSTICA DE 2 ANOS

Marta Fraga¹; Fátima Gonçalves¹; Ana Fonseca¹;
L. Lito¹; Fábio Cota Medeiros¹; Álvaro Ayres Pereira¹;
J. Melo Cristino¹

¹Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Palavras-chave: infecção do sistema nervoso central, meningite infecciosa, encefalite infecciosa, avaliação clínica, líquido cefalorraquidiano, exame citocímico, diagnóstico

molecular, Reverse Transcription - Polimerase Chain Reaction

Introdução: A meningite/encefalite infecciosa são emergências médicas que devem cursar com um rápido diagnóstico. Além da avaliação clínica, o diagnóstico laboratorial inclui os exames citoquímico e microbiológico do líquido cefalo-raquidiano (LCR). Atualmente, a Biologia Molecular, através da Reverse Transcription - Polimerase Chain Reaction (RT-PCR), tem permitido uma rápida detecção dos seus principais agentes etiológicos, apesar do elevado custo.

Objetivos: Avaliar o impacto da metodologia Multiplex Meningite/Encefalite RT-PCR (Painel FilmArray™), em amostras de LCR de doentes com avaliação clínica suspeita e com exame citoquímico.

Material e métodos: Foram incluídas as amostras de LCR com realização deste exame molecular, de doentes cuja clínica fizesse suspeitar destas infeções e que tivessem exame citoquímico, durante janeiro de 2020 e dezembro de 2021. Em doentes com mais de 1 amostra de LCR foi considerada a primeira. Foram excluídas as amostras sem as avaliações analíticas referidas. Não foram feitas restrições aos dados demográficos dos doentes, nem ao serviço requisitante.

Resultados e conclusões: Foram estudadas 157 amostras, maioritariamente de doentes adultos e oriundos do Serviço de Urgência.

Quanto ao diagnóstico molecular, houve 21 resultados positivos e 136 negativos.

Nos positivos, 3 amostras tiveram identificação de agentes virais, sem alteração do exame citoquímico, e todas corresponderam a doentes imunossuprimidos. As restantes 18 tiveram pelo menos 1 alteração no exame citoquímico, com identificação de mais vírus (n = 12) que bactérias (n = 6).

Nos negativos, 32 amostras tiveram exame citoquímico normal e diagnóstico distinto de

meningite/encefalite infecciosa. Nas restantes 104, o exame citoquímico teve pelo menos 1 alteração. Destas, 86 também tiveram diagnóstico distinto de meningite/encefalite infecciosa; nas outras 18, com relação diagnóstica com as referidas infeções, 2 corresponderam (de acordo com o exame cultural) a agentes incluídos na avaliação por RT-PCR, 2 tiveram outra etiologia e as restantes não tiveram agente etiológico isolado (com 6 a ter diagnóstico apenas presuntivo).

Em suma, o uso da metodologia RT-PCR, numa amostra de LCR com clínica e exame citoquímico sugestivos, aumenta a sensibilidade diagnóstica. Porém, quando a suspeita clínica e exame citoquímico não são totalmente específicos, o diagnóstico está mais associado a outras causas. Torna-se, pois, essencial haver complementaridade entre as avaliações clínica e laboratorial.

Declaração de Conflito de Interesses ou a sua ausência: Todos os autores declaram, por sua honra, não haver a presença de conflito de interesses.

PO 107

CRIOPTOCOCOMA EM MULHER IMUNOCOMPETENTE – RELATO DE CASO

Teresa Castro Pires¹; João Ferreira Sousa¹;

João F. Magro¹; Paula Proença¹

¹CH UNIV ALGARVE - FARO

A criptococose é uma infeção fúngica causada por *Cryptococcus neoformans* e *Cryptococcus gattii*. A maioria dos pacientes com criptococose são imunocomprometidos, apresentando baixa prevalência em imunocompetentes. Descrevemos um caso de criptococoma cerebral numa mulher imunocompetente.

Trata-se de uma mulher de 59 anos, doméstica, autónoma, com antecedentes de enxaqueca sem aura, sem medicação habitual e com antecedentes familiares irrelevantes.

Foi vacinada com a 3º dose da vacina contra Covid 19 a 09/02/2022 e após 3 dias inicia

quadro de cefaleia holocraniana, náuseas e vômitos intensos, que associou à vacinação.

A 16/02/2022 inicia quadro de cervicálgia posterior à esquerda, associada a alterações visuais que caracterizava como visualização de "flashes" luminosos e diminuição da acuidade visual no olho esquerdo.

Pela persistência da sintomatologia, recorre no dia 22/02/2022 ao Serviço de Urgência

À admissão destaca-se hemianopsia homônima direita, sem outras alterações ao exame objetivo. A Tomografia Computorizada revela uma hipodensidade corticosubcortical occipital anterior paramediana esquerda e analiticamente não apresenta alterações relevantes. Admitiu-se a hipóteses de AVC do território da Artéria Cerebral Posterior Esquerda ou Enxaqueca com aura visual inaugural. Ficou internada no serviço de Neurologia para investigação.

Realizou então Ressonância Magnética (RM) que evidencia uma lesão têmporo-occipital esquerda, o que levou a revisão das hipóteses colocadas assumindo-se possibilidade de neoplasia primária do SNC, metastização de tumor primário ou abscesso cerebral.

Inicia antibioterapia com Ceftriaxone + Metronidazol e prossegue com investigação clínica de neoplasia oculta.

Reavaliada por RM após 13 dia de terapêutica antibiótica, revela crescimento da lesão formando agora 4 evidentes formações quísticas bem definidas.

Foi pedida colaboração do Serviço de Doenças Infeciosas. Após revisão de contexto epidemiológico obtém-se nova informação de exposição prolongada e persistente da doente a pombos. Realizou biopsia cerebral e foi transferida para Serviço de Infeciologia com diagnóstico assumido de Criptococoma. Na histologia da biópsia identificam-se fungos com morfologia de esporos e hifas (Grocott +, PAS +).

Iniciou terapêutica de indução Anfotericina B lipossômica e Flucitocina. PCR Panfúngica não identificou agente.

Após 2 semanas de terapêutica realizou RM que revela favorável evolução das coleções abcedadas temporo-occipitais. Passou para terapêutica de consolidação com Fluconazol. Tem alta ao 47º dia de internamento, sem défices.

Foi reavaliada 1 mês após alta revelando evolução favorável com marcada redução das lesões. Mantém acompanhamento e aguarda nova reavaliação imagiológica.

Destacamos a importância da história clínica na colocação de hipóteses diagnósticas e investigação clínica baseada em elevado grau de suspeição.

PO 108

INFEÇÕES DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL: ANÁLISE RETROSPETIVA DE CASOS DIAGNOSTICADOS NO CHUA – FARO

João Ferreira de Sousa¹; Teresa Castro Pires¹; João F. Magro¹; Antónia Gomes¹

¹CH UNIV.ALGARVE - FARO

Introdução: As infeções do sistema nervoso central (SNC) apesar de raras são fonte de elevada morbimortalidade mundialmente, sendo crucial o diagnóstico e tratamento precoce. Apesar de não ser sempre possível a identificação do agente causal, a análise do líquido cefalorraquidiano (LCR) permite uma melhor orientação do doente através de uma terapêutica mais adequada.

Objetivos: Pretende-se caracterizar os principais agentes etiológicos de infeções do SNC confirmados laboratorialmente.

Material e métodos: Levantamento de 892 resultados citológicos e bioquímicos de LCR requisitados em adultos, dos 18 aos 88 anos, entre 2017 e 2021. Foram excluídos os resultados de doentes com diagnóstico de patologia não infecciosa. Foram analisados 202 resultados, de um total de 196 doentes,

utilizando abordagem integrada com estudos culturais, serológicos e de biologia molecular. **Resultados:** No período de 5 anos, dos 202 episódios de infecção do SNC, identificou-se o agente etiológico em 114 casos (55.9%). Foram diagnosticadas infecções bacterianas em 68 casos (59%), das quais 32 nosocomiais (47%). Os agentes mais frequentes nas infecções bacterianas da comunidade foram *Streptococcus pneumoniae* (19.4%), *Staphylococcus aureus* (19.4%), *Listeria monocytogenes* (11.1%) e *Haemophilus influenza* (8.3%).

Em contraste nas infecções nosocomiais os agentes mais frequentes foram *Staphylococcus aureus* (18.7%) e *Enterobacter cloacae complex* (18.7%). A mortalidade ao ano foi de 30.6% para as adquiridas na comunidade e 34.4% para as nosocomiais.

Verificaram-se 40 casos de infecções virais (35%), identificando-se como agentes mais frequentes o vírus Epstein-Barr (25%), Herpes Simplex 1 (20%) e Varicella-Zoster (17.5%). O vírus Epstein-Barr, o Citomegalovírus e o vírus JC foram os mais identificados na população com VIH, tendo uma mortalidade ao ano de 62,5%.

As infecções por *Mycobacterium tuberculosis* (4.3%), *Cryptococcus neoformans* (6.1%) e *Toxoplasma gondii* (1.7%) foram diagnosticadas exclusivamente em doentes imunodeprimidos e VIH.

Discussão e conclusão: Agentes bacterianos e virais são os principais fatores etiológicos das infecções do SNC. Contudo, importa realçar que aproximadamente metade das infecções continuam sem microrganismo identificado.

A mortalidade por infecções do SNC atingiu 29% nesta análise, identificando doentes imunodeprimidos, idosos e doentes VIH como principais grupos de risco. Verificamos, ainda, o aumento da identificação de bactérias gram

negativas multirresistentes nas infeções nosocomiais. Doentes VIH e imunodeprimidos apresentam elevadas taxas de mortalidade, constatando-se que as infeções fúngicas e parasitárias continuam a ser mais frequentes nestes doentes.

PO 109

NEUROPATIA PERIFÉRICA – FORMA RARA DE TOXICIDADE AO VORICONAZOL

Rita Lino¹; Daniel Ferreira¹; André Guimarães¹; Lúcia Ribeiro¹; Cláudio Silva¹; Filipa Ceia¹; Maria Lurdes Santos¹

¹Centro Hospitalar de S. João, EPE

Palavras-chave: voriconazol, toxicidade, neuropatia, aspergilose

Introdução: O voriconazol é habitualmente o antifúngico de primeira linha no tratamento da aspergilose invasiva, necessitando frequentemente de longos períodos de terapêutica. A neuropatia periférica é um efeito adverso raro associado aos azóis, mas possivelmente grave e irreversível. Os autores apresentam um caso clínico de polineuropatia periférica secundária ao voriconazol, em doente com aspergilose do sistema nervoso central.

Caso clínico: Mulher de 70 anos, com cefaleias associadas a hipovisão do olho direito com 9 meses de evolução, motivo pelo qual estava sob corticoterapia por suspeita de arterite temporal. Internada para estudo de lesão ocupante de espaço sugestiva de abscesso no polo temporal, seio cavernoso e ápice orbital direitos, visualizada em ressonância magnética. Submetida a intervenção cirúrgica para exérese subtotal e colheita de material microbiológico, com isolamento de *Aspergillus fumigatus*. Iniciada terapêutica antifúngica empírica com anfotericina B lipossômica e alterada para voriconazol endovenoso após o isolamento de *A. fumigatus*. Por persistência imagiológica do abscesso, foi reintervencionada para remoção em bloco do componente temporal da lesão, com melhoria imagiológica

duas semanas após o controlo do foco, tendo tido alta com voriconazol oral. Por persistência imagiológica de sinais sugestivos de infeção, manteve-se sob terapêutica durante vários meses. Ao quarto mês sob voriconazol, iniciou quadro de hipoestesia distal simétrica dos membros inferiores, associada a dificuldade na marcha, com sintomas semelhantes nos membros superiores aos seis meses, sem melhoria sob gabapentina e amitriptilina. Foi internada para estudo da polineuropatia, com eletromiografia e restante estudo a excluir causas metabólicas, auto-imunes, imunológicas, carenciais ou infecciosas. Assumida polineuropatia de provável etiologia tóxica secundária ao voriconazol. Perante estabilidade clínica e imagiológica após oito meses de tratamento antifúngico, optado por suspender o voriconazol. Um mês após a sua suspensão, com melhoria ligeira das queixas de neuropatia e sem aparecimento de novos défices neurológicos.

Conclusão: A neuropatia é um efeito adverso raro, mas potencialmente irreversível dos azóis. Em indivíduos sob terapêutica com voriconazol de longa duração, a monitorização de sintomas neurológicos e identificação precoce de toxicidade são fundamentais, permitindo a suspensão ou alteração atempada da terapêutica.

PO 110

HHV-6, ENCEFALITE E GLIOBLASTOMA – UM CASO INVULGAR

Rute Aleixo¹; Débora Alves¹; Inês Gomes¹; Rosa Sá¹; Maria Isabel Ramos¹; Filomena Coelho¹; Vítor Duque¹

¹Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra

Introdução: O vírus herpes 6 (HHV-6) tem a capacidade de, tal como os outros vírus da família Herpesviridae, infetar cronicamente o hospedeiro de forma latente, com reativação intermitente. Existem duas espécies, HHV-6A

e 6B, sendo que esta última é a principal causadora de doença. Apesar de menos frequente, o HHV-6A aparenta ser mais neutrófico, virulento e citotóxico, sendo ainda muito desconhecido. É ainda de referir o possível papel do HHV-6 na carcinogénese de gliomas, hipótese equacionada na literatura.

Descrição de caso: Doente do sexo masculino, 65 anos, autónomo, com antecedentes de hipertensão arterial e dislipidemia. Recorre ao SU a 13/03/2022 por quadro de alteração do estado de consciência, agitação psicomotora, febre, convulsões e lateralização motora direita, tendo realizado TC CE cuja descrição não refere alterações. Do restante estudo realizado é de realçar serologias e culturas negativas, bem como LCR com proteinorráquia e deteção de HHV-6 no painel de meningites/encefalites. Assim, foi internado no S. de Doenças Infecciosas (SDI) com diagnóstico de meningoencefalite por HHV-6, tendo realizado terapêutica com Ganciclovir e Dexametasona. Realizou-se estudo alargado, sem qualquer evidência de outra patologia, com deteção de HHV-6A no aspirado brônquico e doseamento de HHV6-A no LCR (7186 cópias/mL) e plasma (37051 cópias/mL), pelo que se assumiu diagnóstico de infeção disseminada por HHV6. O doente apresentou melhoria clínica progressiva, tendo-se realizado reavaliação imagiológica por RMN CE e doseamentos sequenciais de HHV6, evidenciando redução drástica a nível sérico e LCR. Assim, o doente teve alta a 24/04 com Valganciclovir 900mg/24h.

A 15/05/2022 recorre novamente ao SU por quadro de tremor do membro superior direito, desequilíbrio e dificuldade na marcha, tendo realizado novo TC CE onde se identificaram lesões com carácter expansivo e localizadas no hemisfério esquerdo, com edema marcado, hidrocefalia e efeito de massa a condicionar desvio direito da linha média. Consequentemente, ficou internado no S. Neurocirurgia,

onde suspendeu tratamento com Valganciclovir e realizou biópsia de lesão a 24/05, com diagnóstico de glioblastoma de alto grau. O doente terminaria por falecer a 20/06/2022.

Conclusão: A mortalidade por HHV-6 ocorre habitualmente em doentes francamente imunocomprometidos, no entanto existem casos descritos de doença fatal associada a HHV-6 em doentes imunocompetentes. Este caso clínico suscita a reflexão sobre o possível papel deste vírus na oncogénese do tumor descrito.

PO 111

INFEÇÃO DE PRÓTESE TOTAL DA ANCA: UMA ETIOLOGIA INESPERADA

Rosa Soares¹; Cristina Soeiro²; André Santos²; Cátia Fortes²; Nadiya Kruptsala²; Manuela Vieira²; Filomena Freitas²; Arminda Malheiro²

¹Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE / Unidade de Torres Novas; ²Centro Hospitalar do Baixo Vouga / Hospital Infante D. Pedro, EPE

Palavras-chave: *Pasteurella multocida*; infeção osteoarticular; prótese total da anca

Introdução: *Pasteurella* spp são cocobacilos Gram negativo, habitualmente comensais ou patogénicos animais. No humano podem causar infeções dos tecidos moles e, menos comumente, artrite séptica, osteomielite, sépsis e meningite. Estas infeções ocorrem mais em lactentes e imunossuprimidos, habitualmente após arranhões, mordeduras ou lambidelas de cães ou gatos. A artrite séptica e osteomielite causadas por *P. multocida* normalmente são monoarticulares e o risco é maior em articulações protésicas ou com alterações degenerativas. *Corynebacterium* spp são também agentes ubíquos, comensais do ser humano e animais. Habitualmente considerados contaminantes, tem vindo progressivamente a ser reconhecida a sua importância como patogénico, especialmente em imunossuprimidos.

Descrição do caso: Mulher, 71 anos, autónoma, residindo em ambiente urbano e tendo

cadela como animal de estimação, com antecedentes de colocação de prótese total da anca (PTA) esquerda em 2002. Recorre ao serviço de urgência por prostração, astenia e náuseas, encontrando-se subfebril. Ao exame objetivo era evidente fistula na coxa esquerda com drenagem de pus. Analiticamente destacavam-se leucocitose neutrofilica, aumento da proteína C reativa e da velocidade de sedimentação. A radiografia mostrou descolamento da haste femoral da PTA esquerda. Procedeu-se a controlo do foco, com extração da PTA, limpeza e desbridamento cirúrgicos, bem como colheita de 7 amostras para estudo microbiológico onde se isolou *P. multocida* e *Corynebacterium afermentans*. Iniciou antibioterapia com amoxicilina/clavulanato mas, por manter drenagem purulenta 10 dias após a cirurgia inicial, houve necessidade de reintervenção. Desta feita foram colhidas 5 amostras, com isolamento de *Pseudomonas aeruginosa* de provável origem nosocomial, sensível a piperacilina/tazobactam, tendo sido escalada antibioterapia.

Considerações: Na gestão e tratamento de infeções osteoarticulares, particularmente com material associado, a existência de uma equipa multidisciplinar proporciona melhores cuidados ao doente maximizando o sucesso terapêutico. Na abordagem destas situações o controlo do foco e a colheita de produtos microbiológicos de qualidade é tão ou mais importante que a implementação de antibioterapia atempada e adequada. Realça-se o diagnóstico cada vez mais frequente de microrganismos menos habituais e anteriormente interpretados como contaminantes, bem como a relevância das infeções nosocomiais, que aumentam a complexidade dos tratamentos.

PO 112

TRATAMENTO DE OSTEOMIELITE A PSEUDOMONAS AERUGINOSA COM CEFTOLOZANO-TAZOBACTAM

Catarina Tavares Valente¹; Catarina Quinaz¹;
Eduardo José Araújo¹; Sónia Coelho¹; João Correia¹
¹Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE / Hospital
Sousa Martins

Introdução: *Pseudomonas aeruginosa* (Pa) é um agente frequentemente implicado em infecções associadas aos cuidados de saúde, apresentando diversos factores de virulência dentro dos quais se inclui a formação de biofilmes. Apesar de não ser dos agentes etiológicos mais implicados nas osteomielites, é dentro dos gram-negativos o mais representativo.

Descrição do caso: Mulher, 79 anos, autónoma, com hipertensão arterial, dislipidemia, hiperuricemia, obesidade e fibrilhação auricular. Submetida a amputação supracondiliana do fémur esquerdo por infeção associada a prótese de joelho. Apresentou como complicação precoce, infeção no local cirúrgico a Pa com sensibilidade intermédia aos carbapenemes, tendo cumprido catorze dias de Cefepime. Readmitida às três semanas por apresentar loca com exsudação purulenta e suspeita de osteomielite no local da amputação. Foi submetida a limpeza cirúrgica com ostectomia parcial. Isolamento em peça cirúrgica de Pa resistente aos Carbapenemes. Optou-se por tratar com ceftolozano-tazobactam por ser o fármaco com maior actividade para o tratamento do agente, com menos efeitos laterais numa terapêutica que se antecipava prolongada, preservando outros agentes de espectro mais amplo e uso restrito. Embora as cefalosporinas apresentem adequadas concentrações ósseas para o tratamento de osteomielites, não existem actualmente dados publicados relativos à penetração óssea do ceftolozano/tazobactam. Dada a utiliza-

ção off-label para esta indicação e as suas características, optou-se por seleccionar doses elevadas de acordo com o estipulado para o tratamento de pneumonias associadas ao ventilador. A doente cumpriu 3g 8/8horas com período de infusão de uma hora durante seis semanas. A tolerância ao fármaco foi boa, havendo evolução clínica favorável com encerramento e total cicatrização da ferida, encontrando-se clinicamente recuperada aos cinco meses pós-tratamento. Não apresentou efeitos laterais significativos, apenas elevação de transaminases (valores máximos TGO/GGP 79/69 U/L) com normalização após a terapêutica.

Conclusão: Este caso reflecte que a utilização de Ceftalozano-tazobactam em monoterapia no tratamento de osteomielite do fémur a Pa multirresistente foi eficaz e segura, podendo constituir uma opção vantajosa nestas situações. Serão importantes novos estudos que assegurem a real eficácia do fármaco nas osteomielites bem como as doses mais adequadas a utilizar.

Palavras-chave: Osteomielites; *Pseudomonas aeruginosa*; Ceftalozano-tazobactam

PO 113

RUTURA ESPLÉNICA ESPONTÂNEA NUM DOENTE COM MALÁRIA GRAVE – REMOVER OU PRESERVAR O BAÇO?

Lúcia Ribeiro Dias¹; João Paulo Caldas¹;
João Pedro Araújo Teixeira¹; Virgília Gomes¹;
Alexandra Babo¹; Ana Sofia Faustino¹;
Ricardo Baptista¹; Ana Sofia Valdoleiros¹;
Lurdes Santos¹

¹Centro Hospitalar de S. João, EPE

Introdução: A malária é uma infeção parasitária que pode apresentar-se com múltiplas complicações. Embora a esplenomegalia seja uma das mais frequentes, a rutura esplénica é uma das mais raras. Classicamente, o tratamento consiste na esplenectomia. No entanto, nos últimos anos, têm sido descritos casos de

tratamento conservador, para preservação do baço e da sua função no combate a bactérias capsuladas e ao *Plasmodium* spp.

Descrição do caso: Um homem de 44 anos de idade, recorreu ao serviço de urgência de um hospital terciário, com 5 dias de evolução de febre, mialgias, cefaleias, náusea e dor abdominal difusa. Os sintomas iniciaram-se na viagem de avião para Portugal. O doente era residente de uma região endémica para a malária e tinha história de múltiplas infeções prévias por malária não complicada. Ao exame físico apresentava-se pálido, hipotenso (TA 90/68mmHg), febril (T 38.5°C), com saturação em ar ambiente 93%. Analiticamente a destacar trombocitopenia (35.000/uL plaquetas) e elevação dos parâmetros inflamatórios (proteína C reativa 158mg/L e procalcitonina 45ng/mL). O exame de sangue periférico foi positivo para *Plasmodium* spp, com uma parasitemia de 5%. Foi diagnosticado com malária complicada por *Plasmodium falciparum* e admitido nos cuidados intensivos. No terceiro dia de internamento apresentou abdómen distendido e pouco depressível, com agravamento marcado da dor abdominal, agora localizada nos quadrantes esquerdos. Analiticamente com queda de hemoglobina (14.2g/dl para 9.1g/dl) e elevação de bilirrubina total (1.96mg/dl para 3.24mg/dl). Realizou TC abdominal que mostrou rutura esplénica com hematoma periesplénico massivo.

Em discussão interdisciplinar com Cirurgia Geral optou-se por realizar tratamento conservador, dado ausência de instabilidade hemodinâmica ou perda subsequente de hemoglobina, com reavaliação imagiológica frequente. O doente apresentou boa resposta clínica e analítica, com alta para ambulatório após 16 dias de internamento.

Conclusão: Dor abdominal intensa localizada nos quadrantes esquerdos em doentes com malária deve alertar para a possibilidade de

rutura esplénica. A abordagem conservadora deve ser considerada, sobretudo em indivíduos com exposição recorrente a *Plasmodium* spp.

PO 114

LEPRA LEPROMATOSA HISTIÓIDE COMPLICADA DE REAÇÕES TIPO I E II – CASO CLÍNICO

João Domingos¹; Cândida Fernandes²

¹Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital Egas Moniz; ²Centro Hospitalar Lisboa Centra, EPE / Hospital de Santo António dos Capuchos

Introdução: Lepra, ou doença de Hansen, é uma infeção por *Mycobacterium leprae* de evolução indolente, mas potencialmente incapacitante. Desde a introdução da terapêutica antibacilar combinada que existe um declínio global da prevalência da doença, sendo que o Brasil contribui com uma porção significativa de novos casos anuais.

Descrição do caso: Homem de 26 anos, natural de Minas Gerais (Brasil), residente em Portugal desde os 8 anos. Sem antecedentes médicos. Contacto na sua infância com familiares com diagnóstico de lepra. Apresentação aos 18 anos de idade com quadro com 2 anos de evolução de progressivo aparecimento de nódulos subcutâneos, indolores, localizados nas pernas, antebraços, braços, coxas, pavilhões auriculares e nariz. Nos 2 meses prévios à primeira observação com desenvolvimento de manchas violáceas coalescentes no tronco, congestão nasal, epistáxis esporádica, parestesias periféricas das mãos e pés e edema maleolar bilateral. Pesquisa de bacilos ácido-álcool resistentes pelo método de Fite-Faraco em esfregaço de mucosa nasal e biópsia de pele de lesão cutânea com identificação de bacilos de Hansen, índice bacilar máximo de 4+, globias, e infiltrado histiocítico com células fusiformes. Foi feito o diagnóstico de lepra multibacilar/lepromatosa de padrão histioide e iniciado regime antibacilar combinado com

rifampicina, clofazamina, dapsona. Durante o tratamento com melhoria das lesões cutâneas, mas com progressivas queixas de espessamento e dor ao longo do trajeto do nervo cubital esquerdo compatível com neurite de predomínio sensitivo e quadro recorrente de febre e nódulos subcutâneos inflamatórios dolorosos compatíveis com eritema nodoso lepromatoso. Para tal, associada prednisolona e, por fraca resposta sintomática, associada posteriormente talidomida com resposta clínica. A terapêutica antibacilar foi prolongada até aos 24 meses por manutenção de baciloscopias persistentemente positivas. Atualmente com cinco anos de seguimento clínico sem evidência de infeção ativa, mas com incapacidade de grau 2 consequente ao quadro de neuropatia axonal, com hipostesia, hipotrofia muscular da mão esquerda e mão em garra de envolvimento cubital.

Conclusão: Apresenta-se um caso incomum de diagnóstico de novo de variante histióide de lepra lepromatosa. Este caso é demonstrativo de uma abordagem individual de tratamento e de possíveis complicações associadas ao mesmo - reações de tipo I (neurite) e de tipo II (eritema nodoso lepromatoso).

PO 115

TRATAMENTO COM ARTESUNATO ENDOVENOSO EM DOENTES COM MALÁRIA IMPORTADA – EXPERIÊNCIA DE 4 ANOS

João Francisco Magro¹; Ana Proença¹;
João Ferreira Sousa¹; Teresa Castro Pires¹

¹Centro Hospitalar do Algarve, EPE / Hospital de Faro

Introdução: A malária por *Plasmodium falciparum* continua a ser uma infeção importante para os viajantes europeus que regressam de áreas endémicas de malária. Anualmente são declarados cerca de 8000 casos na Europa, com uma mortalidade de 0,8%. A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda o artesunato endovenoso como primeira linha na terapêutica da malária grave em adultos

e crianças. Na Europa, o quinino endovenoso continua a ser o tratamento mais utilizado, não havendo muitos dados sobre a utilização de artesunato EV.

Objectivos: Avaliar a experiência do nosso centro com o uso de artesunato EV.

Métodos: Realizamos uma análise retrospectiva dos processos clínicos dos doentes com malária que foram tratados com artesunato EV desde janeiro de 2018 a dezembro de 2021.

Resultados: Foram referenciados um total de 15 doentes. A idade média era de 41,2 anos, 73,3% eram do género masculino; 26,6 % eram portugueses, sendo os restantes maioritariamente oriundos de países africanos.

Em 80% este era o primeiro episódio de admissão hospitalar com este diagnóstico.

A maioria das infeções foi adquirida em contexto de férias em países endémicos e apenas 1/3 em contexto de residência em país endémico. Nenhum doente estudado cumpriu profilaxia de forma completa, e apenas 13% dos doentes a cumpriu de forma incompleta. Dos estudos analíticos à admissão: trombocitopenia em 93% e hiperbilirubinemia em 53%, nenhum doente do grupo apresentou anemia severa (Hb inferior 5 g/dl). A média de dias de internamento foi de 4,7 dias. As parasitémias encontradas variaram entre 0 e 9%. O *Plasmodium falciparum* foi identificado em todos os doentes e em 2 doentes houve infeções mistas. A maioria (60%) dos doentes fez 3 doses de artesunato endovenoso. O tempo máximo até parasitémia inferior a 1% foi de 48h. Todos os doentes completaram tratamento oral com artemer /lumefantrina. Cinco doentes necessitaram de internamento em unidade de cuidados intermédios e destes 1 foi ventilado. Não foram registados óbitos. Não se registaram efeitos secundários relacionados com a terapêutica.

Conclusões: A terapêutica com artesunato

endovenoso no nosso grupo de estudo foi muito eficaz com uma rápida diminuição da parasitemia, e sobrevida de todos os doentes. O artesunato EV foi um tratamento seguro não se registando nesta amostra efeitos secundários relacionados com a terapêutica, nomeadamente hemólise tardia associada ao uso de artesunato.

Palavras Chaves: Malária Importada, Artesunato endovenoso, parasitemia

PO 116

LEPROMATOSA

Maria Ana Flores¹; Joana Vieitez Frade¹;
Yuliya Volovetska¹; Tiago Marques¹;
Luís Soares de Almeida¹; Álvaro Ayres Pereira¹;
José Melo Cristino¹

¹Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Introdução: A lepra ou doença de Hansen é uma doença infecciosa causada pelos agentes do *Mycobacterium leprae complex* - *Mycobacterium leprae* e *Mycobacterium lepromatosis* - que envolve a pele e os nervos periféricos. Ocorre maioritariamente em países em desenvolvimento, com maior prevalência na Índia, Brasil, Indonésia, Bangladesh e Nigéria. Com o aumento das viagens internacionais, é um diagnóstico possível em qualquer parte do mundo. Contrariamente à opinião popular, a lepra é pouco contagiosa e o tratamento é bastante eficaz.

Descrevemos o caso de um homem de 44 anos, nigeriano, com diagnóstico recente de lepra lepromatosa, estabelecido através do contexto epidemiológico, lesões cutâneas típicas, exames microbiológicos da pele e linfa e achados histológicos característicos das biópsias cutâneas.

Caso clínico: Homem de 44 anos, sem antecedentes de relevo, natural da Nigéria, em Portugal há cerca de 1 mês, recorreu ao Serviço de Urgência por hipoestesia e prurido na perna direita há cerca de 9 meses. Refere, há

cerca de 3 meses, surgimento de múltiplos nódulos, inicialmente nos membros inferiores, com posterior disseminação para o tronco, membros superiores, face e pavilhão auricular. Ao exame físico, objetivaram-se múltiplos nódulos, alguns com crosta central, disseminados pela face, pavilhão auricular esquerdo, membros superiores e membro inferior direito. Observou-se também conjuntivite cor de salmão. Analiticamente com discreta anemia normocítica normocrômica e leucopenia, sem outras alterações de relevo.

Foi encaminhado para Consulta Externa de Dermatologia e de Doenças Infecciosas e realizou biópsias cutâneas das lesões para pesquisa de micobactérias no exame direto e histopatologia cutânea. O exame direto (coloração Ziehl-Neelsen) revelou a presença de bacilos álcool-ácido resistentes. A histologia cutânea das lesões revelou alterações compatíveis com doença de Hansen.

Iniciou esquema triplo com dapsona, rifampicina e clofazimina, sem efeitos adversos de relevo. À reavaliação clínica, após 1 mês de terapêutica, verificou-se melhoria das lesões cutâneas, já sem rinite nem conjuntivite. Contudo apresenta agora orquite, eventualmente em contexto de reação leprosa.

Discussão: O caso descrito ilustra a apresentação de lepra lepromatosa, com mais de 6 lepromas disseminados, rinosinusite e conjuntivite cor de salmão. É importante saber diagnosticar esta entidade clínica, uma vez que o tratamento precoce é eficaz e pode impedir danos neurológicos a longo prazo.

PO 117

CARACTERIZAÇÃO DOS VIAJANTES QUE RECORREM A CONSULTA DE VIAGEM ANTES E DURANTE A PANDEMIA COVID-19

Inês Miguéis Ferreira¹; Cristina Soeiro²;

Joana Magalhães³; Filomena Freitas²

¹USF Flor de Sal, ACeS Baixo Vouga; ²Centro Hospitalar do Baixo Vouga / Hospital Infante D. Pedro, EPE; ³Universidade de Aveiro

Introdução: A pandemia de SARS-CoV-2 afetou fortemente as viagens internacionais e reforçou a importância da consulta pré-viagem, da vacinação e avaliação de risco para a prevenção da doença em viagem. Questionamos se o perfil do viajante e respetiva viagem se alterou com o desenrolar da pandemia.

Objetivos: Caracterizar e comparar o viajante que recorre à consulta do viajante e a respetiva viagem antes e em 2 períodos durante a pandemia COVID-19.

Materiais e métodos: Estudo observacional, retrospectivo e descritivo dos utentes da consulta de Medicina do Viajante de um centro hospitalar. Foram comparados os viajantes de 3 períodos: antes da pandemia (Abril a Setembro de 2019) e em 2 períodos após o início da pandemia (Abril e Setembro de 2021 e igual período de 2022). Dados colhidos através de consulta dos registos clínicos. Processamento e análise estatística realizados com Microsoft Excel® e SPSS® versão 25. Foram utilizados os testes χ^2 e Kruskal-Wallis. Considerou-se um nível de significância estatística $<0,05$.

Resultados e conclusões: Nos 3 períodos analisados, recorreram à consulta 257 utentes (105 em 2019, 37 em 2021 e 115 em 2022). As características dos viajantes e da viagem encontram-se na tabela 1.

Os viajantes pós-pandemia eram tendencialmente mais velhos e com mais comorbilidades, embora estas diferenças não sejam estatisticamente significativas.

Relativamente à viagem, embora o principal motivo de viagem tenha sido o turismo nos

3 períodos, em 2021 houve um aumento da proporção das viagens profissionais e, em 2022, observou-se recuperação das viagens de turismo e de visitas a amigos/familiares ($p<0,05$). A duração média da viagem foi maior em 2021 ($p<0,05$), possivelmente justificada pelo aumento da proporção de viajantes em trabalho nesse ano.

Os destinos também variaram significativamente nos três períodos, mas os mais frequentes mantiveram-se o continente Africano, América do Sul e Ásia. De notar que a Europa, habitualmente um destino residual, correspondeu a 10,8% do total de utentes em 2021 possivelmente pelas restrições e dúvidas em relação à segurança das viagens.

Em 2022, observamos um número de consultas semelhante aos números pré-pandemia, que poderá relacionar-se com a normalização da situação pandémica na Europa e levantamento de restrições aos viajantes. A pandemia COVID-19 alterou o perfil da viagem (destino, motivo e duração) e do viajante (tendencialmente mais velhos e com mais comorbilidades), o que vai ao encontro da literatura.

Palavras-chave: Consulta pré-viagem; COVID-19; Medicina do Viajante

PO 118

PROTOCOLO DE INVESTIGAÇÃO: FOLLOW-UP PÓS-VIAGEM DOS UTENTES QUE RECORRERAM A CONSULTA DE PRÉ-VIAGEM

Inês Miguéis Ferreira¹; Cristina Soeiro²

¹USF Flor de Sal, ACeS Baixo Vouga; ²Centro

Hospitalar do Baixo Vouga / Hospital Infante D. Pedro, EPE

Introdução: Com o aumento exponencial das viagens internacionais que se tem verificado nas últimas décadas e, mais recentemente, com as dificuldades colocadas pela pandemia COVID-19, o aconselhamento pré viagem tem tido uma importância cada vez maior. A viagem expõe o viajante a vários riscos, no-

meadamente doenças infecciosas e acidentes, que são individualizados consoante as características do viajante e da própria viagem. Assim, a consulta pré-viagem é fundamental para alertar para o risco, fazer recomendações dirigidas e prevenir a doença.

Objetivos: Apresentar um protocolo de investigação cujo objetivo é caracterizar os viajantes que recorrem à consulta de medicina pré-viagem num hospital em Portugal e avaliar a adesão às recomendações.

Materiais e métodos: Realização de um estudo observacional, retrospectivo e descritivo, cuja população será constituída pelos utentes que recorreram a consulta de medicina de pré-viagem num hospital em Portugal ao longo do ano de 2022 que aceitem participar no estudo e respondam ao mesmo. Através de consulta do diário clínico da consulta realizada, os utentes irão ser contactados por telefone pelo menos um mês após o regresso a solicitar autorização para envio de um questionário pós viagem. Caso aceitem, este será enviado posteriormente por email, através de uma plataforma eletrónica (Google Forms), acompanhado de consentimento informado. O questionário, com várias questões de escolha múltipla, incluirá dados demográficos, características da viagem, cumprimento das medidas preventivas recomendadas na consulta pré viagem e das vacinas e profilaxias propostas, problemas de saúde durante e após a viagem e algumas questões abertas relacionadas com a qualidade da consulta. O processamento de dados e análise estatística será feito com recurso ao programa Microsoft Excel® e SPSS®. Este estudo irá ser submetido a apreciação pela Comissão de Ética do respetivo hospital.

Resultados e conclusões: O cumprimento das recomendações dadas na consulta e da medicação e vacinação sugeridas bem como da existência de efeitos secundários

dos mesmos e relação entre características do viajante e da viagem e a ocorrência de doença irá permitir uma melhor orientação da consulta de acordo com o que se deve valorizar e priorizar e as recomendações a reforçar. A avaliação da consulta e a recetividade a sugestões contribuem para a melhoria da qualidade da mesma.

Palavras-chave: Medicina do viajante; Prevenção; Cuidados de viagem; Melhoria da qualidade

PO 119

UNIDADE DE MULTIRRESISTÊNCIA NUM SERVIÇO DE DOENÇAS INFECCIOSAS – CASUÍSTICA DE UM CENTRO

Mariana Martins Pereira¹; Ana Isabel Duarte¹; Susana Peres¹; Joana Vasconcelos¹; João Alves¹; Ana Cláudia Miranda¹; Teresa Baptista¹; Isabel Antunes¹; Fernando Borges¹; Jaime Nina¹; Kamal Mansinho¹

¹Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital Egas Moniz

Introdução: A Unidade De Multirresistência (UMR) tem como principais objetivos contribuir para mitigar a propagação endémica de microrganismos multirresistentes no centro e evitar surtos hospitalares.

Objetivos: Caracterização demográfica, local de infeção, agentes microbianos, terapêutica antimicrobiana e evolução clínica dos doentes internados numa unidade dedicada ao isolamento de doentes infetados/colonizados por agentes multirresistentes.

Material e métodos: Estudo observacional, retrospectivo, que incluiu doentes internados na UMR, desde a sua abertura, em outubro de 2021, até setembro de 2022. Todos os doentes com infeção ou colonização por agentes resistentes a carbapenemos foram sinalizados através da aplicação HEPICâ e propostos para transferência para a UMR, através da intervenção do Programa de Apoio à Prescrição Antimicrobiana (PAPA).

Resultados e conclusões: Internados 21 doentes, com idade média de 71 anos, a maioria do sexo masculino (61,9%). A duração média de permanência na unidade foi 25 dias. O organismo mais frequentemente isolado foi *Klebsiella pneumoniae* produtora de carbapenemases tipo KPC (n = 15), seguido de *K. pneumoniae* produtora de carbapenemases tipo OXA-48 (n = 3) e *P. aeruginosa* resistente a carbapenemos (n = 3). Na admissão dezassete casos corresponderam a infeção e os restantes colonização. A infeção mais frequente foi a de pele e tecidos moles (n = 6), seguida da infeção urinária (n = 5) e respiratória (n = 4).

Fatores de risco para a colonização/infeção: procedimentos invasivos no ano anterior (n = 12), curso recente de carbapenemos (n = 8), elevado grau de dependência (n = 9), dispositivos invasivos (n = 8), feridas crónicas (n = 7), condição imunossupressora (n = 6), infeção/colonização por agente multirresistente no ano anterior (n = 5) e internamento/institucionalização prévios (n = 5).

A maioria dos doentes foi transferida de um Serviço de Medicina Interna (n = 7).

A gestão da terapêutica antimicrobiana foi sempre efetuada em colaboração com o Serviço de Infeciologia. Doze doentes foram medicados com ceftazidima-avibactam, em sete doentes associado a outros antibióticos. Cinco doentes faleceram durante a permanência na UMR.

Conclusões: Desde a abertura da UMR não se documentaram surtos por microrganismos resistentes a carbapenemos na instituição. A intervenção operativa teve como principais objetivos a otimização e uniformização de procedimentos, melhoria da articulação com outras especialidades, incluindo gestão da terapêutica antimicrobiana.

PO 120

UTILIZAÇÃO DE CEFTAZIDIMA/AVIBACTAM NO TRATAMENTO DE INFEÇÕES POR GRAM NEGATIVO MULTIRRESISTENTES – A REALIDADE DE 3 ANOS DE EXPERIÊNCIA

Susana Ramos Oliveira¹; Eduarda Ruiz Pena¹; Ricardo Veloso²; Clara Batista¹; Sónia Duarte Rocha¹; Maria João Gonçalves¹; Frederico Duarte¹; Mário Guimarães¹; Sofia Jordão¹; Ricardo Correia Abreu¹; Isabel Neves¹

¹Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE / Hospital Pedro Hispano; ²Hospital Distrital da Horta

Introdução: A ceftazidima/avibactam (C/A) é um antibiótico de largo espectro eficaz contra Enterobacterales produtoras de carbapenemases (EPC). Está aprovado para o tratamento de infeções urinárias e abdominais complicadas e pneumonia associada aos cuidados de saúde. Até à data, existem poucos dados publicados sobre a utilização na vida real deste antibiótico em Portugal. Na nossa instituição, a prescrição de C/A é sujeita à avaliação pelo Programa de Apoio à Prescrição Antibiótica (PAPA).

Métodos: Análise retrospectiva dos doentes que realizaram C/A desde julho de 2019 (mínimo de 48h), e respetivo motivo de prescrição. Avaliação da taxa de cura, re-internamento ou morte a 30 dias.

Resultados: No período em estudo, 154 doentes receberam tratamento com C/A: 61% homens com média de idade de 70 anos [21-101]. Cerca de 61% estava internado no departamento médico.

Em 95% dos casos o tratamento foi dirigido, tendo sido prescrito empiricamente em 8 doentes.

O principal produto com isolamento microbiológico foi a urocultura (47%), sendo o foco de infeção mais frequente o trato urinário, seguido do abdominal. Em 36 doentes, ocorreu isolamento em hemocultura.

O agente mais implicado foi a *Klebsiella*

pneumoniae (86%), seguida de *Escherichia coli* (6%). Um doente apresentou infecção por duas EPC com sensibilidade exclusiva à C/A: *K. pneumoniae* e *Citrobacter freundii* complex. A colheita de amostra ocorreu em ambulatório em 8 casos. Nos doentes internados, a mediana de dias de internamento até à data de isolamento foi de 14 [1-194].

Mais de 60% dos doentes apresentavam exposição a piperacilina/tazobactam ou carbapenemo nos 90 dias prévios; em 45% já era conhecida colonização/infecção prévia por EPC.

A prescrição foi em monoterapia em 88% dos casos. A terapêutica combinada incluiu antibióticos como aminoglicosídeos, tetraciclínas ou colistina.

Durante o tratamento, 14 (9%) dos doentes faleceu por infecção não controlada. Num caso único ocorreu desenvolvimento de resistência à C/A durante o tratamento, razão pela qual foi suspenso, acabando também a doente por falecer.

Um doente desenvolveu neutropenia grave, motivando a suspensão do fármaco.

Globalmente, a eficácia clínica foi superior a 75%. Dos doentes que não faleceram durante o tratamento (n = 140), ocorreu morte aos 30 dias em 25 (18%), sendo que em 8 (32%) não tinha ocorrido cura clínica. A taxa de re-internamento aos 30 dias foi inferior a 15%.

Discussão: A C/A foi utilizada de forma judiciousa em estirpes multirresistentes: 95% de forma dirigida, maioritariamente para infeções urinárias ou abdominais. A taxa de cura foi elevada, mesmo em monoterapia. Ocorreu emergência de resistência durante o tratamento em apenas um caso, e verificou-se boa tolerância ao fármaco.

Salienta-se o papel do PAPA no uso racional de antibioterapia, de forma a evitar a emergência de resistências, com necessidade posterior de utilização de antimicrobianos de largo espectro.

PO 122

RESPOSTA IMUNE CELULAR À VACINAÇÃO PNEUMOCÓCICA EM TRANSPLANTADOS DE PROGENITORES HEMATOPOIÉTICOS

André Silva-Pinto¹; Ana Isabel Pinto²; Pedro Curto³; Ricardo Pinto¹; Lurdes Santos¹; Anabela Cordeiro Silva²

¹*Centro Hospitalar de S. João, EPE;* ²*Instituto de Investigação e Inovação para a Saúde (i3S);* ³*Instituto de Investigação e Inovação para a Saúde (i3S)*

A abordagem das infeções nos recetores de transplante de progenitores hematopoiéticos (TPH) é extremamente desafiadora para os clínicos. Isso é parcialmente explicado pela perda de memória imunológica durante o TPH, tornando os doentes mais suscetíveis a doenças evitáveis por vacinação. A doença pneumocócica (especialmente a doença pneumocócica invasiva) é mais prevalente no recetor de TPH e encontra-se associada a elevada morbimortalidade. O conhecimento da perda de imunidade durante o TPH, assim como a resposta vacinal no pós-transplante, são fundamentais para estudar estratégias que possam diminuir o risco de doença. A vacinação antipneumocócica encontra-se preconizada no pré- e no pós-TPH, utilizando esquemas de vacinação complexos e prolongados. Os papéis complementares da imunidade por células B (humoral) e células T (celular) na geração de respostas de anticorpos eficazes para polissacarídeos capsulares, assim como a sua manutenção com o TPH, são essenciais para ajustar a vacinação no candidato a TPH. Existem dois tipos de vacinas pneumocócicas inativadas comercializadas: uma vacina pneumocócica conjugada (com menos serotipos, mas maior imunogenicidade incluindo imunidade celular devido à conjugação com uma proteína transportadora) e uma vacina de polissacarídeo pneumocócico (menos imunogénico devido à ausência de proteína transportadora, mas com mais serotipos). Embora a resposta serológica às vacinas

pneumocócicas tenha sido investigada anteriormente, existem questões em aberto quanto ao possível papel de uma vacina polissacáridica 23-valente um ano após o TPH.

Neste estudo, avaliamos a resposta imune celular avaliando as percentagens de células T sensibilizadas e o perfil de citocinas secretadas após estimulação *in vitro* com antígenos pneumocócicos.

Resultados preliminares sobre as respostas imunes celulares em receptores de TPH após a imunização com PCV13 antes e após o reforço de PCV23, indicam que a vacinação provoca ativação específica de células T CD4+ S. pneumoniae e modula a expressão de citocinas expressas por células imunes presentes na circulação, incluindo IFN , IL-17A e IL-17F. No entanto, nossos dados iniciais sugerem que o reforço de PCV23 não está aumentando ainda mais as respostas imunológicas mediadas por células T.

PO 123

NOVA VACINA RECOMBINANTE CONTRA HERPES ZOSTER: EXPERIÊNCIA NA CONSULTA DE RISCO DE INFECÇÃO NA IMUNOMODULAÇÃO (CRINI)

Mariana Martins Pereira¹; Susana Peres¹;
Joana Vasconcelos¹; João Alves¹;
Ana Cláudia Miranda¹; Teresa Baptista¹;
Isabel Antunes¹; Fernando Borges¹; Jaime Nina¹;
Kamal Mansinho¹

¹Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital Egas Moniz

Introdução: Em abril de 2022, ficou disponível em Portugal a vacina recombinante para a prevenção do herpes zoster (HZ) e da nevralgia pós-herpética, indicada para adultos com idade igual ou superior a 50 anos e indivíduos com idade igual ou superior a 18 anos com risco aumentado de HZ, como os imunodeprimidos.

A proposta de vacinação de uma população heterogénea como a dos doentes imunode-

primidos constitui um desafio, em particular na fase de implementação da vacina, sendo necessários consensos e uniformização de condutas.

Objetivos: Caracterização dos doentes propostos para vacina recombinante contra o HZ, seguidos em consulta de Risco de Infecção na Imunomodulação de um Centro na área metropolitana de Lisboa.

Material e métodos: Estudo observacional, retrospectivo, de coorte que incluiu doentes propostos ou sob imunossupressão iatrogénica a quem foi prescrita a vacina recombinante contra o HZ desde abril de 2022. Avaliação dos fatores que levaram à proposta para vacinação, nomeadamente dados demográficos, patologias de base, terapêutica imunomoduladora e história de HZ.

Resultados e conclusões: Durante o período de 1 de abril a 30 de setembro de 2022 foram avaliados na CRINI 304 doentes, tendo sido propostos para vacinação 67. A idade média foi de 58,3 anos, sendo que 18 tinham menos de 50 anos; os doentes eram predominantemente do sexo feminino (58%). Seis doentes tinham história prévia de herpes zoster e 2 de nevralgia pós herpética.

Em relação à patologia de base, 61 doentes tinham doença autoimune/inflamatória crónica, sendo as mais prevalentes a doença inflamatória intestinal (n = 9), as espondilartropatias (n = 8), a artrite reumatóide e a psoríase (ambas n = 7); os restantes 6 tinham por base neoplasia de órgão sólido (n = 2) e doença onco-hematológica (n = 4).

Relativamente à terapêutica imunomoduladora mais frequentemente prescrita, estas foram a terapêutica corticoide sistémica (n = 19); inibidores do fator de necrose tumoral alfa (TNF- α) (n = 15); metotrexato (n = 13); anticorpos monoclonais anti-CD20 (n = 12); anticorpo monoclonal anti IL-23 (n = 4) e inibidores das Janus Associated Kinases (n = 3).

Dos 67 doentes propostos, apenas 25 aceitaram a vacina, tendo os restantes recusado por impossibilidade financeira.

Os seis doentes com história de HZ aceitaram a vacinação.

Conclusão: A corticoterapia sistémica e os anticorpos monoclonais inibidores do TNF foram os fármacos que mais motivaram a prescrição. A história prévia de HZ sensibilizou os doentes para a vacinação.

PO 124

PREVALÊNCIA E GENÓTIPOS DO VÍRUS DO PAILOMA HUMANO: A REALIDADE DE TRÊS ANOS NUM CENTRO HOSPITALAR

Gouveia Pereira¹; Olga Costa¹; Rita Côrte-Real¹; Carlos Flores¹

¹Hospital de São José

Introdução: O vírus do papiloma humano (VPH) é responsável por uma das mais comuns infeções sexualmente transmissíveis. Pode causar lesões benignas, como verrugas, ou malignas, como o cancro do colo do útero e do canal anal, associado a genótipos de alto risco.

Palavras-chave: VPH, genótipo, infeção

Objetivos: Determinar a prevalência de infeção por VPH e a sua relação com 28 genótipos de alto e baixo risco, numa população de um centro hospitalar. Caracterizar os doentes consoante a idade, sexo, diagnóstico, presença de mais de um genótipo e determinar a prevalência da co-infeção VPH/ VIH.

Material e métodos: Foi feito um estudo retrospectivo de 3933 pesquisas de VPH, realizadas de janeiro de 2019 a dezembro de 2021, em exsudados endocervicais e anorretais. O teste utilizado foi um teste de PCR em tempo real multiplex que permite a identificação de 19 genótipos de alto risco (VPH-AR) e 9 de baixo risco (VPH-BR). Os dados foram obtidos através do sistema de informação do Laboratório.

Resultados e conclusão: As 3933 amostras

pertenceram a 3562 doentes, com idade média 44 anos, sendo 3840 (97,6%) do sexo feminino. 1475 (37,5%) foram positivas para VPH, 36% nas mulheres (82% VPH-AR) e 85% nos homens (90% VPH-AR). Nas amostras com mais de um genótipo (45% do total) a distribuição foi de 90% nos homens e 42% nas mulheres sendo a infeção VPH-BR de 4% e 6%, respetivamente. Os VPH-AR mais frequentes nas mulheres foram o 16, 53 e 68, respetivamente, 13%, 12% e 10%, e os VPH-BR foram o 42, 54 e 61, respetivamente, 15%, 11% e 6%. Nos homens, os VPH-AR mais frequentes foram o 52, 16 e 53, respetivamente, 27%, 25% e 23%, e os VPH-BR foram o 6, 54 e 42, respetivamente, 30%, 24% e 20%. A informação clínica mais frequente foi: rastreio, ASCUS, LSIL e follow-up pós-conização, nas mulheres, e nos homens: rastreio em doentes VIH, proctite e condilomas anais. 286 doentes estavam infetados com VPH/ VIH (18%), 47 homens (60%) e 239 mulheres (17%).

Verificou-se uma elevada discrepância na prevalência de infeção por VPH mulheres 36% e homens 85%) e na distribuição de genótipos por sexo. Os VPH-AR foram predominantes em ambos os sexos. Nos homens, houve maior prevalência de infeção por mais de um genótipo e de co-infeção com o VIH. Estes resultados podem ser justificados pelo facto de a população masculina testada ser, na sua maioria, doentes com clínica sugestiva, enquanto que para a maioria das mulheres foi em contexto de rastreio.

PO 126

EVOLUÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DA SÍFILIS NUMA REGIÃO DE BAIXA DENSIDADE POPULACIONAL

Bruno Filipe Oliveira Esteves¹; Anália Carmo²; M.Teresa Rodrigues²; Patrícia Amantegui¹

¹Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE / Hospital Distrital da Covilhã; ²Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra

Introdução: A sífilis é uma doença sexualmente transmissível com incidência em Portugal de 4.1 casos por 100.000 habitantes no ano 2019. Os estudos epidemiológicos sugerem um aumento sustentado de infecções ao longo dos últimos anos, em particular nas áreas metropolitanas do Porto e Lisboa. Entre 2015 e 2017, foi notificado um maior número de casos nas faixas etárias dos 25–34 anos, com predomínio no sexo masculino .

Os estudos de seroprevalência indicam que 2.4% dos residentes em Portugal possuem anticorpos para *Treponema pallidum*, verificando-se que a percentagem de indivíduos com anticorpos tende a aumentar com a idade.

São escassos os trabalhos que abordam a evolução epidemiológica da doença em zonas de baixa densidade populacional, não se sabendo se estas regiões acompanham a mesma tendência observada a nível nacional.

Objectivos: Descrever os indicadores epidemiológicos da sífilis em três concelhos de baixa densidade populacional localizados no Interior do país e averiguar o seu nível de sobreposição face à realidade nacional.

Método: Estudo retrospectivo realizado entre 1/1/2017 e 1/10/2022, com base em resultados obtidos a partir de um software de gestão laboratorial de um centro hospitalar.

Foram seleccionados os doentes que realizaram a pesquisa de anticorpos para *Treponema pallidum* (TPA) no laboratório da nossa instituição. De entre os que apresentaram anticorpos, foram obtidos indicadores demográ-

ficos dos doentes que realizaram subsequentemente o teste RPR ("Rapid Plasma Reagin") para averiguar o estadió da doença.

Resultados: Durante o período do estudo, a pesquisa de TPA foi realizada em 11.352 indivíduos. Destes, 232 (2,0%) apresentaram anticorpos para *Treponema pallidum*.

O resultado do RPR permitiu identificar 90 indivíduos com doença activa e 142 com doença latente/tratada. Em ambos os grupos, houve um predomínio de casos no sexo masculino para todas as faixas etárias. Verificou-se ainda que o grupo etário com idade >75 anos apresentava maior prevalência de doença latente/tratada, ao passo que os grupos dos 25-34 e 35-44 anos apresentaram o maior número de casos de doença activa.

Ao longo do tempo, o número de casos de infecção activa manteve-se relativamente estável, com excepção do ano 2020 onde se observou o dobro das infecções do ano anterior.

Conclusões: Este trabalho permite concluir que na região estudada os indicadores epidemiológicos da sífilis foram semelhantes aos publicados a nível nacional e pode sugerir a existência de um pico de infecções no ano 2020 que ainda não foi documentado na literatura.

PO 127

LISTERIOSE – CASUÍSTICA DE UM HOSPITAL PORTUGUÊS

Rosa Soares¹; Cristina Soeiro²; Líliliana Maia²; Jorge Velez²; Filomena Freitas²

¹Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE / Unidade de Torres Novas; ²Centro Hospitalar do Baixo Vouga / Hospital Infante D. Pedro, EPE

Palavras-chave: *Listeria monocytogenes*, Listeriose, focalização

Introdução: A listeriose é uma infeção causada pela bactéria *Listeria monocytogenes*, um bacilo Gram positivo ubiqüitário. Maioritariamente, ocorre após ingestão de alimentos contaminados com posterior disseminação

da bactéria pela corrente sanguínea a partir do intestino. As manifestações mais comuns da infecção são a neurolisteriose, bacteriemia e infecção materno-neonatal. Apesar da baixa incidência, é mais frequente nos extremos de idades e em imunossuprimidos. O diagnóstico é confirmado pela identificação da bactéria em amostras biológicas.

Objetivo: Analisar as características clínicas dos casos de listeriose microbiologicamente confirmados.

Material e métodos: Estudo retrospectivo das características clínicas dos doentes com isolamento de *L. monocytogenes* no nosso centro hospitalar entre jan/2020 e set/2022 realizado através da revisão do processo clínico. Análise dos dados com software Microsoft Excel.

Resultados e comentários: Houve 10 doentes com diagnóstico de listeriose neste período, incluindo 2 crianças (idade inferior a 3 anos) e 8 adultos com mais de 50 anos, 80% do sexo masculino. Metade dos adultos era imunossuprimido e 88% apresentava comorbilidades prévias. A febre foi o sintoma mais frequente (100%), seguida dos sintomas neurológicos (60%) e gastrointestinais (20%). Em 90% dos doentes a bactéria foi isolada no sangue, mostrando a importância desta colheita no diagnóstico de listeriose invasiva. A meningite foi assumida como focalização em 60% dos doentes, havendo identificação de *L. monocytogenes* no LCR em 3 de 5 doentes que efetuaram colheita. Num destes casos a identificação só foi possível por RT-PCR, o que releva o benefício das técnicas de biologia molecular pela maior sensibilidade e celeridade dos resultados, permitindo assim direcionar e otimizar a antibioterapia. Outros focos infecciosos encontrados foram a artrite séptica e pleurite, mas em 20% dos casos não foi identificada focalização. Todos os isolados eram sensíveis à ampicilina, confirmando a adequação da

instituição empírica desta terapêutica quando se suspeita de listeriose ou antes do TSA estar disponível. A maioria dos doentes (70%) fizeram esquema terapêutico duplo (ampicilina e gentamicina) com duração mediana de 21 dias. O tempo mediano de internamento nos doentes que recuperaram foi de 33 dias. Houve três óbitos: todos doentes com mais de 65 anos, com comorbilidades cardiovasculares e suspeita de neurolisteriose, enfatizando a potencial letalidade desta infecção.

PO 128

EPIGASTRALGIA – UMA ETIOLOGIA INCOMUM

Sara Ribas Moura¹; Paula Pinto¹; Isabel Padroso¹

¹Hospital Distrital de Santarém, EPE

Introdução: *Streptococcus intermedius*, coco Gram positivo que pertence ao grupo dos *Streptococcus anginosus* (SAG); grupo associado a infeções supurativas invasivas e sub-representado em comparação com outros estreptococos clinicamente relevantes.

S. intermedius coloniza a cavidade oral, mas pode provocar infeções por contiguidade ou por disseminação após lesão da mucosa. A limpeza dentária é referida como uma fonte de bacteriemia.

É associado a abscessos cerebrais, hepáticos e empiemas torácicos; originados por enzimas hidrolíticas responsáveis pela liquefação tecidual e pús em tecidos profundos.

Destaca-se do SAG pelos fatores de virulência específicos, intermedilicina e a sialidase A, e por condicionar internamentos mais longos, com maior taxa de mortalidade.

Caso clínico: Doente do sexo masculino, 59 anos, com antecedentes de hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo II, síndrome da apneia obstrutiva do sono e cardiopatia isquémica revascularizada.

Recorre ao SU por epigastralgia com irradiação aos ombros, sem relação com o esforço,

com um dia de evolução.

Ao exame objectivo, hipertenso e apirético, com palpação epigástrica dolorosa. Analiticamente, leucocitose ligeira com neutrofilia, PCR de 24.83mg/dL e procalcitonina de 3.53ng/mL.

Realizou TC abdomino-pélvica com contraste que relata três lesões hepáticas subcapsulares, hipodensas e hipocaptantes, a maior com cerca de 20mm.

Por febre, colheu amostras para hemocultura e iniciou, empiricamente, piperacilina/tazobactam e metronidazol.

Durante o internamento manteve-se febril, com agravamento dos parâmetros inflamatórios e das transaminases.

A hemocultura positivou ao 2º dia de incubação, observou-se cocos Gram positivo em cadeia, com identificação de uma estirpe de *S. intermedius*.

Realizou RMN abdominal que descreve uma coleção abcedada adjacente à pequena curvatura gástrica, para além dos abscessos hepáticos já referidos.

Após ajuste da antibioterapia, apresentou uma melhoria clínica e redução imagiológica significativa do volume dos abscessos; tendo efetuado biópsia dirigida, cujo exame bacteriológico foi negativo.

Conclusão: Os abscessos por *S. intermedius* são incomuns, pouco caracterizados na literatura, não sendo a principal suspeita etiológica. São bactérias de difícil crescimento em cultura, podendo não ser identificadas, mas o microbiologista deve contemplar esta hipótese.

A hemocultura é fundamental, porque muitas vezes a lesão é inespecífica e de acesso difícil para a punção.

Palavras-chave: *S. intermedius*, abscesso hepático, hemocultura

PO 129

AVC CARDIOEMBÓLICO: A PONTA DO ICEBERG

Sara Magalhães¹; Maria Carlos¹; Agnieszka Czajkowska¹; Sara Dias¹; Madalena Vicente¹; Ana Catarina Rodrigues¹

¹H Curry Cabral Lisboa

Introdução: A endocardite infecciosa (EI) é uma infeção rara, embora apresente elevada morbidade e mortalidade. Está associada a múltiplas complicações, nomeadamente cardíacas, neurológicas e embolização séptica. A embolização pode ocorrer em 13-44% dos casos, sendo o local mais comum o cérebro.

Descrição do caso: Mulher de 61 anos com antecedentes de hipertensão arterial, dislipidemia, diabetes mellitus tipo 2 insulino-tratada, obesidade, síndrome de apneia obstrutiva do sono, gota, hepatite B e status pós-cirurgia de fratura do fémur esquerdo com material de osteossíntese. Recorre ao Serviço de Urgência por diminuição da força nos membros esquerdos e disartria. Na tomografia computadorizada (TC) cranioencefálica foi identificado um acidente vascular cerebral isquémico das artérias cerebral posterior direita e cerebelar pósterio-inferior esquerda, tendo sido submetida a trombólise. Ao 3º dia de internamento, colheu rastreio séptico com isolamento de *Staphylococcus aureus* sensível à metilina (MSSA) nas hemoculturas, tendo iniciado fluclorxacilina dirigida, com identificação de uma vegetação na válvula mitral a condicionar regurgitação grave no ecocardiograma. Realizou TC pélvica e dos membros inferiores onde foram identificadas coleções ilíaca e femoral esquerdas adjacentes ao material cirúrgico, que foram aspiradas percutaneamente com isolamento de MSSA, tendo iniciado rifampicina. Entretanto, por agravamento clínico, foi transferida para a Unidade de Cuidados Intensivos, tendo realizado punção lombar com isolamento de MSSA, confirmando emboliza-

ção séptica com envolvimento meníngeo. Por manutenção das coleções em reavaliação imagiológica, doente foi submetida a desbridamento e lavagem cirúrgica da anca esquerda e remoção de cabos de cerclage com isolamento de *Klebsiella pneumoniae* produtora de OXA48, tendo iniciado meropenem dirigido. Repetiu avaliação ecocardiográfica com identificação de pseudoaneurisma da válvula mitral com perfuração do folheto anterior a condicionar insuficiência mitral grave-moderada, tendo sido submetida a cirurgia para colocação de uma prótese mecânica mitral. Após recuperação, teve alta referenciada para uma Unidade de Média Duração.

Conclusão: Pretende-se ilustrar uma caso de EI com múltiplas complicações, com uma apresentação inicial mais atípica, chamando ainda à atenção para a importância do controlo de foco para o sucesso terapêutico.

Palavras-chave: Endocardite infecciosa; Acidente Vascular Cerebral; Embolização séptica.

PO 130

SÍNDROME DE LEMIERRE COMPLICADO COM CHOQUE OBSTRUTIVO

Maria Ana Flores¹; Gonçalo Jantarada Domingos¹; Fábria Cerqueira¹; João Victor Freitas¹; Sérgio Eduardo Paulo¹; Carla Mimoso Santos¹; Álvaro Ayres Pereira¹

¹Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Introdução: A síndrome de Lemierre define-se como tromboflebite séptica da veia jugular interna. É uma doença rara que ocorre geralmente em jovens adultos saudáveis. O agente etiológico mais comum é o *Fusobacterium necrophorum*. Tipicamente, inicia-se com uma infeção orofaríngea que envolve inflamação dos tecidos moles circundantes e se propaga para a veia jugular interna, complicando-se com bacteriémia persistente e embolização séptica.

Descrevemos assim um caso com apresenta-

ção sob a forma de choque obstrutivo.

Caso clínico: Homem de 20 anos, estudante de música (trompa), fumador, sem outros antecedentes de relevo, recorreu ao Serviço de Urgência (SU) por episódio de síncope, associado a quadro com duas semanas de amigdalite purulenta com febre, tosse e astenia, para o qual foi medicado com azitromicina.

Analiticamente com aumento marcado dos parâmetros inflamatórios. Por auscultação com murmúrio vesicular abolido à esquerda e radiografia de tórax com derrame extenso, fez TC torácica que mostrou empiema loculado a preencher a maioria do hemitórax esquerdo, associado a nódulos periféricos sugestivos de embolia séptica. Durante a permanência no SU, evolução para choque, com necessidade de admissão em Unidade de Cuidados Intensivos, com resolução após drenagem torácica do empiema.

Durante o internamento no Serviço de Doenças Infecciosas, isolou-se *F. necrophorum* nas hemoculturas e líquido pleural e documentou-se trombose venosa da veia jugular interna direita em ecodoppler venoso, concordante com o diagnóstico de Síndrome de Lemierre complicado de empiema obstrutivo.

Inicialmente sob antibioterapia empírica (amoxicilina/clavulanato+clindamicina) que se descalou após isolamentos (penicilina+metronidazol). Passou a amoxicilina oral após 30 dias de antibioterapia endovenosa, tendo realizado no total 60 dias de antibioterapia eficaz.

Realizou cirurgia de descorticação pleural no 20º dia de antibioterapia, por empiema refratário a drenagem pleural. Realizou ainda, por febre após um mês de antibioterapia, 17 dias de anticoagulação, com resolução da febre.

Discussão: O caso descrito ilustra a apresentação do Síndrome de Lemierre sob uma forma rara, choque obstrutivo por empiema após embolização séptica, com resolução após

drenagem. O empiema é uma causa rara de choque obstrutivo cuja drenagem é essencial para o seu tratamento. É necessário ter a noção que o F. necroforum pode ser causa de infecções muito agressivas, com necessidade de abordagem urgente ou mesmo emergente.

PO 131

MIcobACTERIOSE NUMA DOENTE IMUNOCOMPETENTE

Maria Carlos¹; Sara Pinto Magalhães¹; Renata Martinho¹; Marcel Guerreiro¹; Eunice Patarata¹; Mariana Popovici¹; Sara Castro¹; Claudia Mihon¹; Heidi Gruner¹; António Panarra¹
¹Centro Hospital Lisboa Central - Hospital Curry Cabral

Introdução: O *Mycobacterium intracellulare* faz parte do *Mycobacterium Avium Complex*, é a principal micobactéria não tuberculosa a causar de infecção pulmonar em imunocompetentes. Tem distribuição mundial, afetando principalmente mulheres idosas/meia-idade, com patologia estrutural torácica/pulmonar e com exposição a terra ou água. Apresenta-se com tosse produtiva, dispneia e fadiga e demonstra-se como uma fibrocavidade apical ou bronquiectasias nodulares nos exames de imagem. O tratamento é com rifampicina, etambutol e um macrólido durante pelo menos 12 meses.

Descrição do caso: Mulher, 86 anos, autónoma, natural de Itália, chegada a Portugal por cruzeiro. Hipertensa medicada com metoprolol e fumadora sem carga tabágica quantificada. Recorreu ao serviço de urgência por tosse não produtiva, cansaço e dispneia para médios esforços com um mês de evolução. Radiografia de tórax com hipotransparência triangular no lobo superior direito e mais difusa no lobo superior esquerdo. TC-Tórax a mostrar atelectasia pulmonar por ausência total/parcial de permeabilidade do brônquio lobar superior direito, brônquio segmentar anterior direito, brônquio principal esquerdo

e brônquio lobar esquerdo. Realizou broncofibroscopia (BFO) que demonstrou secreções purulentas não mobilizáveis, sem outras lesões. Admitiu-se broncopneumonia obstrutiva e iniciou amoxicilina-ácido clavulânico e azitromicina empiricamente. No lavado broncoalveolar (LBA) isolou-se *Stenotrophomonas maltophilia* e não se encontraram células neoplásicas e iniciou cotrimoxazol. Durante o internamento, teve múltiplas intercorrências infecciosas, tendo realizado vários ciclos de antibioterapia, sem melhoria clínica. Repetiu BFO que demonstrou manutenção de secreções e isolou-se *Candida albicans* e *Aspergillus fumigatus*, pelo que iniciou voriconazol. Mais tarde, foi isolado um *Mycobacterium Intracellulare* no LBA pelo que iniciou azitromicina, rifampicina e etambutol. A doente acabou por falecer devido a agravamento progressivo da insuficiência respiratória, com necessidade de incremento de oxigenoterapia suplementar.

Conclusão: Os autores pretendem demonstrar um caso infeliz de uma doente sem história médica de relevância, que após isolamentos de bactérias e fungos sem resposta ao tratamento, veio-se descobrir uma micobacteriose não tuberculosa como causa de infecção pulmonar. Pretendem ainda demonstrar que o diagnóstico demorado e conseqüente atraso da instituição da terapêutica, levou a um desfecho desfavorável.

Palavras-chave: micobacteria; infecção; broncopneumonia

PO 132

ENDOCARDITE INFECIOSA E OSTEOMIELEITE: QUAL A CAUSA E QUAL A CONSEQUÊNCIA?

Catarina Tavares Valente¹; Ivanna Ostapiuk¹;
Luís Afonso Santos¹; Rúben Rêgo Salgueiro¹;
Catarina Quinaz¹; Sónia Coelho¹; João Correia¹

¹Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE / Hospital
Sousa Martins

Introdução: A endocardite infecciosa (EI) de válvulas protésicas é a forma mais grave de endocardite, particularmente as associadas a *Staphylococcus aureus*, sendo o seu diagnóstico e tratamento mais complicados. A EI pode associar-se a infecções osteoarticulares. Apresentamos um caso de EI associada a abscesso de prótese articular.

Descrição do caso: Homem, 76 anos, autónomo, com antecedentes diabetes mellitus, insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida, prótese mecânica aórtica há 30 anos, e prótese total da anca (PTA) bilateral há treze anos. Veio à urgência por dor abdominal difusa com quinze dias de evolução, febre no próprio dia, perda ponderal (5Kgs) e anorexia nos últimos dois meses. Apresentou-se febril (38,6°C), sopro sistólico tricúspideo grau dois, abdómen doloroso à palpação, dor à mobilização da articulação coxofemoral bilateralmente. ECG: bloqueio de ramo esquerdo já conhecido. Análises: leucocitose (17.6 10³/uL); neutrofilia (90.8 %), anemia, trombocitopenia, PCR 24.94 mg/dL, VS 71 mm/h, creatinina 2.03 mg/dL. TC abdominal: baço aumentado com zonas de hipocaptação extensa. TC crânio-encefálica: enfartes lacunares cerebelosos bilaterais. Ecocardiograma (Eco) transtorácico sem sugestão de envolvimento endocárdico. Assumida sépsis com suspeita de endocardite iniciou vancomicina, meropenem e gentamicina com prévia colheita de hemoculturas (HC). Isolamento em duas HC seriadas *Staphylococcus aureus* multissensível, suspendeu vancomicina e meropenem,

iniciou flucloxacilina e manteve gentamicina. Apresentou coxalxia direita, tendo sido solicitada TC anca: osteólise da região trocantérica periprotésica à direita com presença de colecção abcedada de 3,5 cm. Eco transesofágico: abscesso peri-aórtico e vegetação na válvula tricúspide. Associada Rifampicina. Quadro clínico enquadrável em foco primário na prótese da anca versus complicação da EI com envolvimento bivalvular, abscesso periprotésico aórtico e embolização esplénica/cerebral. Dada a necessidade de intervenção cirúrgica com intuito curativo com remoção da PTA e posterior substituição de prótese aórtica, o doente foi transferido para centro hospitalar com apoio nessas valências.

Conclusão: Este caso reflecte a complexidade que pode assumir a EI particularmente nos doentes com factores de risco. É necessário um grande grau de suspeição para o seu diagnóstico. Dada a elevada taxa de mortalidade o tratamento deve ser multidisciplinar e atempado.

Palavras-chave: Endocardite infecciosa; Embolização; *Staphylococcus aureus*

PO 133

INFEÇÃO DISSEMINADA POR STAPHYLOCOCCUS LUGDUNENSIS COM APRESENTAÇÃO INICIAL POR MENINGO-ENCEFALITE

João Matos¹; Inês Ludovico Caetano¹; Ana Cipriano¹;
António Ludgero Vasconcelos¹

¹Centro Hospitalar do Porto, EPE / Hospital Geral de Santo António

Introdução: Os estafilococos coagulase-negativo são agentes comensais da pele humana. No entanto, o *Staphylococcus lugdunensis* constitui uma exceção, estando associado a doença invasiva grave à semelhança do *S. aureus*.

Descrição do caso: Mulher, 70 anos, antecedentes de relevo psiquiátricos e de arteriopatia grau IV do membro inferior direito (MID) submetida a várias intervenções de revasculariza-

ção (última 2019) com colocação de próteses femoro-poplíteia e ilíaco-poplíteia. Apresentou-se com quadro de confusão, quedas frequentes e febre com 2 semanas de evolução. Analiticamente leucocitose com neutrófilia (12570/uL) e proteína C reativa elevada (159 mg/dL). Colheu hemoculturas (HC) e realizou tomografia computadorizada (TC) crânio-encefálica e punção lombar (PL) com pleocitose com predomínio de mononucleares (85 células/uL) e proteinorráquia (4,14 g/dL). Assumiu-se meningoencefalite bacteriana provável, tendo iniciado ampicilina intravenosa (IV) e ceftriaxone IV empíricos. Inicialmente sem isolamentos microbiológicos no liquor. Em dia três de internamento, HC positivas para *S. lugdunensis*. Assim, alterada a antibioterapia para flucloxacilina IV (2g de 4/4 horas) e realizou ecocardiograma com evidencia de endocardite de válvula aórtica nativa. Realizado TC da coluna vertebral para exclusão de foco para-vertebral com diagnóstico de artrite séptica bilateral ao nível L4-L5 e L5-S1. Em dia 12 de internamento, identificados sinais inflamatórios na coxa direita e por patologia vascular descrita, foi realizada TC do MID, a qual revelou infecção prótese vascular aguda com coleção volumosa. Decidida intervenção cirúrgica de exérese para controlo de foco, contudo, sem possibilidade de extração protésica completa por risco de isquemia arterial. Contudo, no pós-operatório, a doente desenvolveu uma isquemia irreversível do MID pelo que foi realizada amputação transfemoral. Todavia, pela impossibilidade de retirada de remanescente de prótese ilíaco-poplíteia, manteve antibioterapia até completar 12 semanas de tratamento.

Conclusão: Descreve-se um caso de infecção por *S. lugdunensis* com múltiplos atingimentos (cerebral, cardíaco, ósseo e de prótese vascular), que permite lembrar este agente como responsável de quadro clínicos graves e complexos.

PO 134

EMBOLIZAÇÃO SÉPTICA PULMONAR – UMA PISTA DIAGNÓSTICA DE SÍNDROME DE LEMIERRE

João Lourinho¹; Maria João Miguel¹; Helena Pires¹; Tomás Nunes¹; Liliãna Alves¹; André Gomes¹; Susana Boavida¹; Cláudia Franco¹; Nuno Marques¹
¹Hospital Garcia de Orta, EPE

Introdução: A síndrome de Lemierre é uma complicação rara da amigdalite bacteriana. Consiste na tromboflebite séptica da veia jugular interna e bacteriemia causada normalmente por *Fusobacterium necrophorum*, uma bactéria anaeróbia. A síndrome de Lemierre pode provocar êmbolos sépticos nomeadamente pulmonares, que surgem como cavitações necróticas. A terapêutica empírica deve cobrir *F. necrophorum* e *Streptococcus* do grupo A.

Descrição do caso: Apresentamos o caso de um homem de 21 anos, previamente saudável, com antecedentes de amigdalite aguda uma semana antes, que se dirigiu ao serviço de urgência com três dias de evolução de febre, hemoptises e dor torácica pleurítica. Apresentava pressão arterial de 120/85 mmHg, frequência cardíaca de 111 bpm, polipneia com dificuldade em completar frases, orofaringe sem hiperemia, mas com discreto exsudado purulento na amígdala direita, com adenopatias dolorosas na cadeia ganglionar cervical direita, sem alterações cutâneas no pescoço e auscultação pulmonar com ferveres bilaterais. Gasimetria arterial com pO₂ de 69,3 mmHg e pCO₂ de 31,9 mmHg, lactatos de 1,2 mg/dL. Realizou uma tomografia computadorizada (TC) torácica que revelou áreas de consolidação nodular bilaterais, algumas com pequenas cavitações centrais e derrame pleural bilateral multilobulado.

Pela história recente de amigdalite aguda e por múltiplas áreas pulmonares bilaterais de consolidação nodular com cavitação central,

suspeitada síndrome de Lemierre com embolização séptica pulmonar. Neste contexto realizou TC cervical, com contraste em fase venosa, que confirmou o diagnóstico pela presença de trombo na veia jugular interna direita. As hemoculturas em aerobiose revelaram-se negativas, não tendo sido possível realizar hemoculturas para estudo de microrganismos anaeróbios, e o ecocardiograma não demonstrou sinais de endocardite.

O doente cumpriu 17 dias de antibioterapia endovenosa com penicilina e metronidazol com melhoria clínica progressiva significativa. Realizou reavaliação de TC torácica que demonstrou melhoria imagiológica das lesões pulmonares observadas à admissão. Posteriormente, teve alta assintomático mantendo antibioterapia com amoxicilina e metronidazol.

Conclusão: A síndrome de Lemierre é rara e o diagnóstico requer suspeição clínica. Deve ser pesquisada em adultos jovens com história recente de amigdalite, sobretudo se mantiverem febre, alterações locais e manifestações pulmonares como embolização séptica.

PO 135

BACTERIEMIA A *PAENICLOSTRIDIUM SORDELLII* – RELATO DE UM CASO

Diogo Faria Paulino¹; José Pedro Pereira¹;
Vanessa Lisboa¹; Zélia Videira¹
¹IPO Lisboa

Introdução: O *Paeniclostridium sordellii* é um bacilo Gram negativo anaeróbio flagelado encontrado no solo e intestinos animais. Na flora intestinal humana tem uma prevalência de 0,5%. Apesar de ser um organismo frequente, é um patógeno raro. Estão descritos na literatura muito poucos casos de infeções em humanos. Com uma mortalidade de 70%, está mais frequentemente associada a procedimentos ginecológicos, drogas de abuso intravenosas e traumatismos. Existem muitas estirpes não patogénicas, nas patogénicas

a virulência é atribuída a várias exotoxinas, embora apenas duas (toxina letal e toxina hemorrágica) estejam estudadas. Clinicamente é semelhante a uma síndrome de choque tóxico, com hipotensão refratária, hemoconcentração e leucocitose marcada. A ausência de febre é uma característica comum e pode ocorrer gangrena gasosa e fascíte necrotizante.

Descrição do caso: Doente do sexo masculino, 76 anos, diagnosticado com linfoma do manto que foi internado por presumido choque séptico associado a progressão de doença. Apresentava-se hipotenso, taquicárdico e febril. Ao exame objetivo destacava-se uma massa abdominal volumosa no flanco direito. Apresentava também subida de parâmetros inflamatórios e leucocitose. Sem isolamento de agente microbiano, cumpriu empiricamente 10 dias de meropenem com melhoria do quadro clínico. Ao 10º dia de internamento após novo agravamento clínico, com um quadro de suboclusão intestinal prolongado, fez-se uma TC abdominal por suspeita de perfuração intestinal, que documenta dilatação de ansa e espessamento parietal no segmento ileal afetado por linfoma, apesar de não objetivar gás extra-luminal. Ao 17º dia de internamento por novo pico febril, com subida de parâmetros inflamatórios colheram-se hemoculturas com isolamento de *Paeniclostridium sordellii* pelo que inicia ceftriaxone e clindamicina. Morre ao 25º dia de internamento.

Conclusão: Infeções por *Paeniclostridium sordellii* são raras e fatais na maioria dos casos detetados. Dos casos não fatais, a maioria das estirpes não produzia a toxina letal. Quando se detetou a bacteriemia a *Paeniclostridium sordellii*, o doente apresentava-se hipotenso, apirético, com neutrofilia e subida dos parâmetros inflamatórios. O doente veio a falecer, apesar da terapêutica dirigida instituída.

PO 136

ESOFAGITE HERPÉTICA EM DOENTE IMUNOCOMPETENTE

Pedro Vazão Vasques¹; Maria Isabel Casella¹; Francisco Vale¹; Joaquim Felisberto²; Frederico Espírito Santo¹; Catarina Gonçalves¹; Nuno Pinto Luís¹; José Poças¹

¹Centro Hospitalar de Setúbal, EPE / Hospital de São Bernardo; ²Centro Hospitalar Barreiro/Montijo, EPE / Hospital Nossa Senhora do Rosário

Palavras-chave: imunocompetente, esofagite, primoinfeção

Os autores apresentam o caso clínico de um jovem de 19 anos, sem antecedentes pessoais relevantes, designadamente sem atividade sexual de risco ou consumo de drogas ilícitas. Em estado de saúde aparente, iniciou um quadro súbito de febre (máxima 39 °C) que durou 3 dias, ardor retroesternal concomitante e disfagia para sólidos e líquidos com agravamento progressivo, tendo sido observado em SU ao 3º e 6º dias de doença. Da investigação realizada, não foram detetadas alterações no exame objetivo, bem como nas análises pedidas (hemograma, função renal e hepática, ionograma, PCR e serologia EBV) ou no ECG, tendo tido alta apenas com terapêutica sintomática. Por persistência do quadro clínico, regressou ao Hospital no 8º dia de doença, tendo realizado endoscopia digestiva alta, que mostrou erosões lineares e múltiplas úlceras arredondadas, escavadas, de bordos bem definidos, tendo sido realizadas biópsias. Optou-se por internar o doente para estudo e tratamento endovenoso empírico com aciclovir assumindo-se esofagite herpética como hipótese mais provável.

O doente esteve internado durante 7 dias, apresentando boa resposta clínica à terapêutica, com tolerância à dieta oral e sem queixas à data de alta. Neste período, foram pesquisadas serologias diversas - VIH, VHC, VHB, Sífilis, HSV 1 e 2, CMV e Toxoplasmose - com positividade para IgM e IgG de HSV-1,

imunidade para VHB, tendo as restantes sido negativas. Fez-se ainda pesquisa de NAATs para *C. trachomatis* e *N. gonorrhoeae* na urina, igualmente negativa. As hemoculturas colhidas à admissão foram estéreis. Para estudo da imunidade, foram pedidos doseamentos de complemento e de imunoglobulinas - sem alterações - e subpopulações linfocitárias - 555 CD4/mm³ (30%, CD4/CD8 - 1.13). Os resultados da biópsia, disponíveis à data de alta, não identificaram granulomas, vasculite, microorganismos pelas colorações PAS e a pesquisa de CMV por imunohistoquímica foi negativa. perante a serologia positiva para primoinfeção HSV-1 e a exclusão de outras etiologias infecciosas e inflamatórias no resultado da biópsia e a melhoria clínica com a terapêutica instituída, os autores consideraram estar perante um caso de primoinfeção por HSV-1 com manifestação clínica de esofagite. Esta condição verifica-se mais frequentemente em doentes gravemente imunodeprimidos - principalmente transplantados, mas também em VIH positivos. Contudo, nalguns casos, pode ocorrer em doentes saudáveis, como se constata na literatura disponível, constituída principalmente por case report's isolados e por uma casuística de escassas dezenas de crianças imunocompetentes, o que atesta a raridade deste caso

PO 137

AVALIAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL DE PESSOAS QUE VIVEM COM VIH ACOMPANHADAS NA LPCS

Maria Eugénia Saraiva¹; Renata Vicente¹; Sofia Melo Refoios¹

¹Liga Portuguesa Contra a SIDA

Introdução: A Liga Portuguesa Contra a SIDA (LPCS), fundada em 1990, é a instituição mais antiga do país com intervenção na promoção de apoios às Pessoas que Vivem com VIH (PV-VIH), Tuberculose, Hepatites Virais e IST. Um dos projetos da LPCS é o Centro de Atendi-

mento e Apoio Integrado Espaço Liga-te (Lisboa), que disponibiliza serviços a nível social, psicológico, nutricional e jurídico. Considerando que a alimentação é parte importante do tratamento e qualidade de vida das PVIH e que a TARV potencia o risco de excesso de peso, lipodistrofia, doença cardiovascular, diabetes, hipercolesterolemia, entre outras comorbilidades, foi desenvolvido um estudo com PVIH que beneficiaram deste apoio entre 2020 e 2022.

Objetivos: Considerando que a alimentação e estilo de vida são fundamentais no controlo de efeitos secundários associados à TARV e na redução do risco de comorbilidade, através da manutenção do peso saudável e diminuição do PC, foi avaliado o estado nutricional dos utentes com recurso ao Índice de Massa Corporal (IMC) e Perímetro de Cintura (PC), de modo a correlacionar estas variáveis com o tempo de tratamento.

Materiais e métodos: Neste estudo correlacional avaliaram-se os dados recolhidos na 1ª consulta de nutrição de 36 PVIH (18 homens, 18 mulheres), da LPCS, com uma média de idades de 42.7 anos (DP= 15,7), aquando da avaliação nutricional. Foi avaliado peso e altura para cálculo do IMC e PC. Analisaram-se possíveis correlações entre o PC, o tempo de tratamento à infeção por VIH (em meses), e o IMC, utilizando a correlação bivariada de Pearson.

Resultados e conclusões: A média de IMC foi de 25.42 kg/m² (DP=4.61) sugerindo prevalência de pré-obesidade. Analisando a Tabela 1, a média de PC (M=93,3 cm; DP=12.,1) em mulheres representa risco aumentado de complicações metabólicas, por ser superior a 88 cm.

Observando a Tabela 2, pode verificar-se a existência de associação estatisticamente significativa, moderada e positiva entre o tempo de tratamento e o PC ($r=.46$; $p=.038$),

enfatizando-se aqui o risco metabólico associado ao PC e possivelmente potenciado pela TARV, que justifica a necessidade da intervenção nutricional.

Verifica-se a existência de correlação estatisticamente significativa, forte e em sentido positivo entre o PC e o IMC ($r=.77$; $p=.000$), podendo ser sugestivo de que o aumento de peso se correlaciona com aumento de gordura localizada, sobretudo a nível abdominal, aumentando o risco de complicações metabólicas, pelo que o Apoio Nutricional assume importância na promoção da qualidade de vida das PVIH.

PO 138

UM CASO DE TRATAMENTO DE “TUBERCULOSE” COM PENICILINA

Gonçalo Jantarada Domingos¹;
Maria Ribeiro Cunha¹; Maria Ana Flores¹;
Andreia Moreira Lopes²; Carla Mimoso Santos¹;
Álvaro Ayres Pereira¹

¹Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria; ²Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE / Hospital de São Teotónio, EPE

Um quadro de adenopatias em idade jovem tem um vasto diagnóstico diferencial, sendo a anamnese e a realização de certos exames essenciais para o diagnóstico definitivo e posterior abordagem. Apresentamos um quadro abordado como provável tuberculose mas com uma surpresa diagnóstica.

Mulher de 30 anos, melanodérmica, natural de Cabo Verde mas residente em Portugal há 6 anos. Recorre ao Serviço de Urgência por quadro com 1 semana de evolução de tumefação cervical direita dolorosa, com melioria parcial com AINEs. Nega febre, sintomas respiratórios ou constitucionais. Última relação sexual desprotegida há cerca de 1 ano. À observação apenas com adenopatia cervical direita com cerca de 2 cm de maior eixo e sinais inflamatórios locais, sem lesões na boca e orofaringe.

Analticamente com PCR 5 mg/dl, anemia normocítica ligeira, serologia para VIH-1/2 negativa e discreto aumento de LDH e AST. TC com adenopatias cervicais não necróticas, adenopatias mediastínicas e hilares com centro necrótico e opacidades nodulares peririnfáticas e centrilobulares confluentes multifocais. Encaminhada para consulta de Infeciologia por suspeita de tuberculose pulmonar e ganglionar. Estudo complementar com IGRA positivo, VS 120 mm/1^ªh, hipergamaglobulinemia de base larga, beta-2 microglobulina normal, serologias infecciosas zoonóticas não sugestivas de infecção ativa mas TPHA positivo com VDRL positivo até 32 diluições. Biópsia excisional da adenopatia cervical apenas com reação inflamatória linfóide inespecífica, sem achados sugestivos de doença linfoproliferativa ou granulomas. Não foi enviada amostra para exame microbiológico. Broncofibroscopia com exames bacteriológico, micológico e pesquisa de micobactérias do lavado broncoalveolar negativos.

Realizou tratamento com 3 injeções de penicilina benzatínica 2.4 MU/semana com melhora clínica e analítica do quadro, assumindo-se assim o diagnóstico de adenite sífilítica com atingimento pulmonar.

O quadro foi inicialmente interpretado como tuberculose pulmonar e ganglionar tendo em conta as adenopatias de centro necrótico visualizadas e imagem pulmonar. Após avaliação analítica com IGRA positivo e VS de 120mm/1^ªh o diagnóstico tornou-se mais provável, mas a histologia não compatível e a resposta a tratamento com penicilina mostram como a sífilis, à semelhança da tuberculose, é de fato uma das grandes imitadoras, tornando-se essencial o seu enquadramento no diagnóstico diferencial de múltiplas patologias, nomeadamente de adenopatias de novo.

PO 139

STREPTOCOCCUS AGALACTIAE COMO AGENTE DE DOENÇA INVASIVA

Maria Miguel¹; João Lourinho¹; Helena Pires¹; Tomás Robalo Nunes¹; Líliliana Alves¹; André Gomes¹; Susana Boavida¹; Cláudia Franco¹; Nuno Marques¹

¹Hospital Garcia de Orta, EPE

Introdução: O *Streptococcus agalactiae* é um coco gram positivo, que coloniza frequentemente o trato gastrointestinal e genital no ser humano. No entanto, na presença de determinados fatores de risco, pode ser responsável por causar doença invasiva em adultos, com uma importante morbimortalidade. A infeção da pele e tecidos moles está frequentemente associada a quadros invasivos causados por este microrganismo.

Caso clínico: Apresenta-se o caso clínico de um homem de 45 anos com múltiplos fatores de risco cardiovascular nomeadamente diabetes mellitus, obesidade, hipertensão arterial e dislipidemia.

Recorreu ao Serviço de Urgência por quadro com 10 dias de evolução de dor articular na mão, anca e joelho direitos com sensação febril não quantificada e mal-estar geral.

À observação inicial encontrava-se febril e com sinais inflamatórios (edema, rubor, calor e dor) na mão e punho direitos, sem evidente solução de continuidade cutânea e sem extensão ao antebraço. Analticamente com elevação dos parâmetros inflamatórios e lesão renal aguda.

Assumiu-se um quadro séptico com ponto de partida cutâneo, tendo iniciado antibioterapia empírica com flucloxacilina. Após isoamento de duas hemoculturas de *S. agalactiae* pansensível, a antibioterapia foi descalada para Penicilina 24 MIU/dia.

A RM da mão revelou extenso abscesso da mão, com envolvimento tendinoso e osteíte secundária à inflamação local, mas sem osteomielite. Nesse sentido, foi submetido a

controle de foco cirúrgico ao 19^a dia de anti-bioterapia. Foram realizadas colheitas para exame bacteriológico cultural que se revelou negativo. Realizou também ecocardiograma, que excluiu endocardite.

O doente evoluiu com melhoria clínica tendo alta ao 2^o dia após drenagem do abscesso com indicação para cumprir mais 5 dias de anti-bioterapia com Amoxicilina, tendo em conta controlo de foco cirúrgico. Na reavaliação duas semanas após suspensão de anti-bioterapia, apresentava total resolução do quadro.

Discussão: Apesar da sua ubiquidade, os relatos de infeção invasiva por *S. agalactiae* são cada vez mais comuns, associando-se normalmente a fatores de risco do hospedeiro, nomeadamente diabetes mellitus e a obesidade.

O controlo de foco, quando possível, é essencial para a resolução da infecção, reforçando a importância duma abordagem multidisciplinar neste tipo de doentes.

PO 140

ISQUEMIA AGUDA DO MEMBRO INFERIOR COMO MANIFESTAÇÃO INICIAL DE ENDOCARDITE DE VÁLVULA PROTÉSICA

Marli Ferreira¹; João Matos¹; Inês Ludovico Caetano¹; João Rodrigues¹; André Santos Silva¹; António Ludgero Vasconcelos¹

¹Centro Hospitalar do Porto, EPE / Hospital Geral de Santo António

Introdução: A endocardite de válvula protésica constitui uma complicação grave de substituição valvular associada a elevada morbimortalidade. A embolização arterial é uma complicação (cerca 50% casos) potencialmente fatal, sendo a presença de vegetações móveis e grandes um fator de risco independente para a sua ocorrência. O território vascular mais comumente afetado é o sistema nervoso central, mas outros estão descritos.

Caso clínico: Homem, 67 anos, cardiopatia valvular por estenose aórtica grave submetido

a substituição com bioprótese em 2019. Insuficiência cardíaca (IC) classe NYHA I habitual sem disfunção protésica.

Quadro com 2 dias de evolução de dor aguda do membro inferior direito (MID) de agravamento progressivo e parestesia ipsilateral. Negava trauma. Objetivamente, MID pálido, arrefecido, sem pulso poplíteo palpável e tempo de perfusão capilar aumentado; febril (38°C), hemodinamicamente estável e eupneico em ar ambiente; auscultação cardíaca com sopro holossistólico grau 3; sem sinais de IC aguda. Analiticamente com leucocitose (12 670/uL) por neutrofilia, hemoglobina de 9.5g/dL, 249 000/uL plaquetas, sem alteração da função renal ou marcadores de necrose miocárdica e proteína C reativa elevada (139mg/L).

Angio-TC confirmou isquemia aguda do MID por trombose da artéria femoral comum direita. Submetido a embolectomia que decorreu sem intercorrências e com boa recuperação. O êmbolo e hemoculturas foram colhidos para estudo microbiológico, tendo sido isolado *Streptococcus gordonii* em ambos os produtos. Iniciada antibioterapia com penicilina e gentamicina por suspeita de endocardite que foi confirmada após realização de ecocardiograma transesofágico, documentando-se abscesso peri-anel protésico com vegetação móvel ao nível da cúspide coronária direita (7x8mm) e obstrução protésica moderada. Em exclusão imagiológica de outras complicações metastáticas, identificado enfarte esplênico único.

Sob antibioterapia dirigida, doente com evolução clínica e analítica favorável. Submetido a substituição valvular que decorreu sem intercorrências. Completou no total 42 dias de antibioterapia, encontrando-se assintomático 6 meses após término de tratamento.

Conclusão: Apresenta-se um caso de uma endocardite tardia de válvula protésica com

manifestação inicial por isquemia aguda de membro por embolização arterial. Uma avaliação sistemática destes doentes é crucial para um início precoce de tratamento, referência cirúrgica se critérios e evicção de complicações associadas.

PO 141

INFEÇÃO POR VÍRUS VARICELA ZOSTER: ANÁLISE RETROSPECTIVA DOS ÚLTIMOS 5 ANOS NUM HOSPITAL DISTRITAL

Sara Furtado¹; Maria Inês Nunes Silva¹; Maria Teresa Camilo Branco¹; David Morais Furtado²; Carolina Chumbo¹; Teresa Valido¹; Garcieth Fátima¹
¹Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca; ²Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE / Unidade de Torres Novas

Introdução: A infeção por vírus varicela zoster (VZV) causa duas doenças distintas entre si, a varicela, associada à infância e caracterizada por lesões vesiculares dispersas pelo corpo em vários estádios de desenvolvimento e a sua reativação (vírus latente) conhecida por «Zona», lesão unilateral com pequenas vesículas muito dolorosas que respeita a distribuição de um ou dois dermatómos contíguos. **Objectivo:** Este estudo tem como objetivo fazer o balanço da situação particular de um Hospital da área metropolitana de Lisboa nos últimos 5 anos, no que respeita à infeção pelo VZV. Procedemos à análise dos processos relativos a infeções por VZV em doentes internados nos vários serviços do hospital, de modo a avaliar características demográficas e clínicas entre este grupo de doentes.

Métodos: Estudo retrospectivo, descritivo, no qual foram revistos os processos de doentes admitidos nessa Unidade de Saúde durante o período de 1 de Janeiro 2017 a 31 de Dezembro 2021 com diagnóstico de infeção por VZV.

Resultados: Do universo de 171 doentes triados para análise, somente em 119 foram documentadas manifestações clínicas. Destes, 11 foram confirmados por métodos comple-

mentares de diagnóstico.

64 destes 119 diagnósticos confirmados foram observados pela especialidade de Medicina Interna (53,78%), a maioria no Serviço de Urgência.

A apresentação clínica típica (cutânea) foi encontrada em 71% (n = 85) dos doentes, os restantes 29% da amostra desenvolveu compromisso ocular (n = 13), síndrome de Ramsay Hunt (n = 4), afeção do sistema nervoso central (n = 4) ou polineuropatia periférica (n = 3).

Observou-se também que destes 119 doentes, 58% (n = 70) seriam imunodeprimidos (diabéticos, doentes oncológicos ou hematológicos em progressão ou obesos). Destes, 18% (n = 13) teriam infeções por Vírus da Imunodeficiência Humana.

Dos analisados, 25 doentes necessitaram de internamento por complicações derivadas do VZV, sendo que um dos casos culminou em óbito por meningoencefalite viral.

Conclusões: A análise destes dados permite-nos concluir que embora pouco frequente, o seu diagnóstico clínico é acessível, não sendo a maior parte das vezes necessário o recurso a métodos complementares de diagnóstico dispendiosos e que atrasam o início de terapêutica dirigida pois apesar de tida como inofensiva, nem sempre é benigna e a intervenção precoce é essencial para evitar piores outcomes

PO 142

ESPOROTRICOSE LINFOCUTÂNEA APÓS PICADA EM ORQUÍDEA

Sílvia Policarpo¹; Gabriela Canelas¹; Carmela Piñeiro¹; Lurdes Santos¹
¹Centro Hospitalar de S. João, EPE

Introdução: A esporotricose é uma infeção fúngica que afecta principalmente pessoas envolvidas em actividades ao ar livre. Apresenta-se clinicamente com úlcera no local de inoculação e linfangite.

Descrição do caso clínico: Doente do sexo feminino de 60 anos, com antecedentes de hipertensão arterial e obesidade. Realiza jardinagem regularmente, como passatempo. Cerca de 2 semanas após se ter picado em raiz de orquídea, desenvolveu úlcera no 3º dedo da mão direita, seguida de linfangite nodular de evolução ascendente, de agravamento progressivo. Recorreu ao médico assistente, tendo sido medicada com amoxicilina / ácido clavulânico, sem melhoria, motivo pelo qual recorreu ao serviço de urgência. Realizada biópsia da lesão digital e medicada empiricamente com itraconazol 200mg id. Uma semana após início de antifúngico apresentava já melhoria marcada da úlcera e da linfangite, e após um mês de terapêutica apresentava resolução do quadro. A pesquisa por teste de amplificação de ácidos nucleicos de *Sporotrix schenckii* da biópsia da lesão não pôde ser realizada, por motivos técnicos, e não se verificou isolamento do fungo em exame cultural micológico. Cumpriu um total de 2 meses de tratamento com itraconazol, dos quais 4 semanas após a resolução da úlcera, com boa adesão e sem efeitos adversos, não tendo apresentado recidiva após a suspensão do tratamento.

Conclusão: A esporotricose é uma infecção pouco frequente, com a qual muitos clínicos não estão familiarizados, levando a erros frequentes no diagnóstico inicial da infecção e na escolha da terapêutica antimicrobiana empírica. O diagnóstico é clínico e o tratamento de primeira linha é o itraconazol. Quando adequadamente tratada, a esporotricose linfocutânea responde geralmente bem ao tratamento, com resolução total do quadro.

PO 143

RELATO DE CASO DE EFEITO ADVERSO RARO DE QUINOLONAS

Lorrane Viana¹; Joana Martinez¹; André Santos¹; Sérgio Pita¹; Laura Baptista¹; Carolina Amado¹; Catarina Almeida¹; Ana Martins¹; Gisela Ferreira¹; Jorge Velez¹

¹Centro Hospitalar do Baixo Vouga / Hospital Infante D. Pedro, EPE

Introdução: O risco potencial das fluoroquinolonas em causar lesões no tecido músculo-esquelético e estruturas tendinosas em particular, impeliu a publicação de uma revisão, por parte da EMA, que conduziu à restrição do uso de fluoroquinolonas devido ao risco de incapacitação e efeitos secundários potencialmente a longo prazo. A neutropenia febril (NF) é uma intercorrência frequente em doentes com Leucemia Mieloide Aguda (LMA) sob tratamento com agentes hipometilantes. O tratamento, em ambulatório, de doentes com NF de baixo risco passa pela administração de fluoroquinolonas. Caso clínico: Homem, 80 anos, ECOG 0, com o diagnóstico de LMA com diferenciação mínima, caracterizada pela presença de anemia, neutropenia e trombocitopenia graves. História prévia de insuficiência cardíaca (Classe I NYHA), cardiopatia isquémica, aneurisma da arteria ilíaca comum direita, dislipidemia e tabagismo. Por não ser elegível para tratamento de indução com quimioterapia de alta intensidade “3+7”, iniciou tratamento da sua doença hemato-oncológica de base com hipometilante, azacitidina 75mg/m², sc, 7 dias, ciclos de 28 dias, até progressão da doença de base/toxicidade inaceitável. Este tratamento foi complicado por inúmeros episódios de NF, sem ponto de partida nem agente infeccioso identificados. No seguimento de um desses episódios de NF, de Baixo Risco (MASCC score 22), e após a realização de adequado rastreio séptico, o doente foi medicado com amoxicicilina/ácido clavulânico 875mg VO 12/12h + Ciprofloxa-

cina 750mg VO 12/12h, sem administração concomitante de filgrastim por se tratar de um doente com LMA, e teve alta para o domicílio. 5 dias após, recorreu ao SU por dor e impotência funcional do joelho esquerdo com dois dias de evolução. À palpação, o joelho encontrava-se muito quente e com edema marcado, sem outras alterações dignas de registo. O doente negou traumatismo, esforços físicos a esse nível e febre. Analiticamente, apresentava Hb 8,5g/dL, Neutrófilos $0,900 \times 10^9/L$, Plaquetas $15 \times 10^9/L$, PCR 4. A hipótese de desenvolvimento de evento tromboembólico foi descartada pelo facto de o doente apresentar trombocitopenia muito grave. Assim, foi realizado estudo ecográfico que revelou heterogeneidade do tendão do quadrícipite, onde se identificava rotura longitudinal, com uma extensão de cerca de 5 cm e com uma espessura máxima de cerca de 2,5 mm, associada a moderado derrame na bolsa subquadrícipital. Desta forma, o doente foi avaliado pela Ortopedia que concluiu tratar-se de um caso raro de rotura secundária à toma de ciprofloxacina. O doente suspendeu o referido fármaco, fez imobilização com tala e gelo, e recuperou a sua capacidade funcional ao final de 6 semanas. Comentários: Com este case report, gostaríamos de alertar para o risco de desenvolvimento de eventos adversos musculoesqueléticos/tendinosos associados à prescrição de fluoroquinolonas em doentes com NF de baixo risco

PO 144

PNEUMONIA E HEPATITE POR HERPES VÍRUS VARICELLA-ZOSTER

Nádia Santos¹; Luis Duarte¹; Luis Luz¹;
Ana Claudia Cunha¹; Patricia Fernandes¹;
Fabiola Figueiredo¹; Vânia Rodrigues¹; Renato Saraiva¹
¹Centro Hospitalar de Leiria / Hospital de Santo André

A varicela é uma conhecida doença exantemática, contagiosa, causada por infeção de vírus Herpes Varicella-Zoster, mais prevalente

em crianças menores de 10 anos de idade. A suspeita clínica assume grande importância, uma vez que o diagnóstico é efetuado através da história clínica e sintomatologia, como o aparecimento de lesões vesiculares características, em dias sucessivos, que evoluem para crostas, associado a febre. Menos frequentemente podem-se verificar complicações, como pneumonia, meningoencefalite, trombocitopenia e insuficiência renal. Apesar de maior prevalência em crianças, não se pode negligenciar a possibilidade da sua apresentação em adultos. Este trabalho expõe uma raridade clínica, na qual o potencial de complicações e mortalidade são acentuados. Trata-se de um homem, de 42 anos, sem antecedentes de varicela, imunocompetente, com história de contacto prévio com a filha diagnosticada com varicela, há uma semana. Recorreu ao serviço de urgência, por dor abdominal súbita no hipocôndrio direito. Ao exame objetivo estava hemodinamicamente estável, febril, sem dificuldade respiratória, sem alterações à auscultação pulmonar, abdómen a destacar Murphy vesicular positivo e sem adenomegalias palpáveis. Apresentava lesões vesiculares dispersas pelos membros superiores. Referia mialgias e cefaleia. Analiticamente apresentou trombocitopenia, aumento de transaminases e de desidrogenase láctea, com agravamento posterior, sem elevação de parâmetros inflamatórios, teste de SARS-CoV2 negativo e gasometria arterial em ar ambiente sem alterações. Efetuou tomografia computadorizada (TC) abdominal, que apresentou hepatomegalia, sem outras alterações relevantes e TC de tórax com evidência de opacidades laminares do parênquima pulmonar, vidro despolido, áreas de hipoventilação e incipiente alteração infecciosa à esquerda. Evolui com aumento do número de vesículas, no dorso, face e mucosa oral. Efetuou pesquisa de PCR Varicella-Zoster, com

resultado positivo. Cumpriu 7 dias de Aciclovir, com boa resposta clínica. Durante o internamento manteve-se clinicamente estável, com melhoria da astenia e cefaleia. À data de alta apresentava-se sem citólise hepática ou trombocitopenia, e bom estado geral. Apesar da raridade do quadro a morbimortalidade é marcada. Assim, a sensibilidade e conhecimento da semiologia, evolução natural da doença e suas complicações torna-se essencial para uma suspeita clínica, diagnóstico e início de terapêutica precoces.

PO 145

LONGE DA VISTA, PERTO DO CORAÇÃO – UM DIAGNÓSTICO INESPERADO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

André Fernandes¹; João Nuno Patrício¹; Barbara Rodrigues¹; Ana Rita Ambrósio¹; Ana Gonçalves²; Isménia de Oliveira¹; Fernando Martos Gonçalves¹; José Lomelino Araújo¹
¹Hospital Beatriz Ângelo; ²Centro Hospital Lisboa Central - Hospital Curry Cabral

Homem de 51 anos, natural da Guiné-Bissau, em Portugal desde 1987, trabalhador da construção civil, com história de hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo 2 e dislipidemia. Recorreu ao Serviço de Urgência (SU) por queixas de dispneia, dor pleurítica, sensação febril e tosse de expectoração hemoptóica com uma semana de evolução. Ao exame objetivo à admissão sem alterações de relevo, sem hipoxemia. Do estudo complementar com elevação dos parâmetros inflamatórios, trombocitopenia, NTproBNP 277pg/mL e SARS-CoV-2 positivo. A angio-TC de tórax mostrou a presença de tromboembolismo pulmonar (TEP) segmentar bilateralmente e zonas de enfarte. Assumida COVID-19 com sobreinfecção bacteriana e TEP, iniciando amoxicilina/clavulanato.

Agravamento com dessaturação, obnubilação e hipotensão. Neste contexto, realizada ecografia à cabeceira para classificação do tipo

de choque que documentou imagem hiperecogénica com cerca de 3cm apensa à válvula tricúspide, sugestiva de vegetação.

As hemoculturas (HC) viriam positivas para *Estafilococcus lugdunensis* e o ecocardiograma transesofágico viria a confirmar o diagnóstico de endocardite de válvula nativa.

O doente cumpriu 42 dias de flucloxacilina, com hemoculturas negativas ao final de 14 dias. Fez janela antibiótica, com novo episódio de febre e hipotensão ao final de 48h. Colheu novas HC, com identificação de *Enterobacter aerogenes*. Após 41 dias de meropenem e 32 de vancomicina, por manter achados ecocardiográficos sobreponíveis, foi aceite para substituição valvular, sem intercorrências intraoperatórias. Cultura da válvula negativa aos 12 dias de incubação. O *E. lugdunensis* é um microorganismo agressivo quando causador de endocardite, com as primeiras séries a reportar elevadas taxas de complicações e mortalidade de 50%. O prognóstico tem melhorado, o que se tem atribuído a maiores taxas de cirurgia e a um diagnóstico mais precoce. Este caso mostra-nos o papel fundamental da ecografia à cabeceira no diagnóstico etiológico de choque.

PO 146

ABCESSO HEPÁTICO – APRESENTAÇÃO INESPECÍFICA MAS POTENCIALMENTE FATAL

Marta Arriaga Rocha¹; Filipa Figueiredo¹; Catarina Roquete¹; Marta Mendes Lopes¹; Sara Vilas-Boas¹

¹Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

Introdução: A ocorrência de abscessos hepáticos é rara na população geral, porém, trata-se de uma doença de enorme relevância pela elevada mortalidade. Historicamente relacionados com infeções intra-abdominais a evolução da antibioterapia tornou a patologia neoplásica (hepatobiliar e cólon) no grupo mais prevalente. O caso que se segue realça a forma de apresentação inespecífica de um

abscesso hepático com uma evolução indolente que motivou múltiplos contactos com os serviços de saúde até ao diagnóstico final

Caso clínico: Homem, 50 anos sem doenças conhecidas ou medicação habitual. Recorreu à urgência por febre, cefaleia e vômitos, associado a sudorese noturna e artralguas com 4 meses de evolução. Referia internamentos prévios por síndrome febril indeterminado. Ao exame objetivo, à admissão, encontrava-se hipotenso (PA 90/57 mmHg) com dor abdominal na região peri-umbilical, sem defesa ou sinais de reação peritoneal. Analiticamente a destacar leucocitose e neutrofilia, PCR 21.81 mg/dL, PCT 7,47 ug/L, VS 80 mm/h, Ferritina 1091 ug. INR 1.3, TGO 73 UI/L, TGP 70 UI/L, G-GT 177 UI/L Hemoculturas e urocultura negativas. Dos exames de imagem apurou-se radiografia do tórax, ecografia renal e abdominal sem alterações. Realizou TAC abdominal que revelou, no segmento II, em localização subcapsular, coleção líquida multiloculada com realce marginal, medindo cerca de 70 x 45 x 54 mm. Excluído processo inflamatório/infecioso intestinal ou colecistite/colangite. Assumido abscesso hepático pelo que iniciou terapêutica com Ceftriaxone e Metronidazol e foi submetido a drenagem percutânea com resolução clínica.

Conclusão: O presente caso clínico realça a forma de apresentação inespecífica desta entidade clínica reforçando a dificuldade de diagnóstico. Frequentemente de etiologia polimicrobiana a escolha de antibioterapia assume particular destaque no prognóstico. Paralelamente fica demonstrada a mudança de paradigma no tratamento de eleição de drenagem cirúrgica para drenagem percutânea por cateter, guiada por imagem.

PO 147

DA MORDEDURA À FASCEÍTE NECROTIZANTE

Mariana Ribas Laranjeira¹; Cristóvão Figueiredo¹; Daniel Coutinho¹; Sofia Nunes¹; Carlos Azevedo¹; Tiago Teixeira¹; Rui Casimiro¹; Carolina Andresen¹; Luís Malheiro¹

¹Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho

Introdução: Apenas uma pequena proporção das lesões relacionadas com cavalos correspondem a mordeduras. Na sua grande maioria, as lesões não requerem intervenção dirigida, resolvendo com antibioterapia empírica e cuidados de penso em regime de ambulatório. Contudo, nalguns casos, podem complicar com infeções da pele e tecidos moles, acarretando cuidados cirúrgicos complexos, acompanhamento e cuidados peri-operatórios diferenciados e antibioterapia.

Casuística: Neste trabalho apresentamos dois casos clínicos que representam os dois extremos da mordedura de cavalo. O primeiro caso clínico refere-se a uma mulher de 29 anos, mordida na mama direita por uma égua. Macroscopicamente apresentava perda de epitélio nos quadrantes internos da mama. Procedeu-se à limpeza e desinfeção da ferida e instituiu-se antibioterapia empírica (amoxicilina + ácido clavulânico) com boa evolução e sem demais complicações, tendo sido ainda aconselhada a completar o plano nacional de vacinação (nomeadamente vacina antitetânica).

O segundo caso clínico é relativo a um homem de 58 anos, mordido no membro superior esquerdo por um cavalo. Foi admitido no serviço de urgência (SU) e observado pela Cirurgia Plástica, e nesse contexto proposto e submetido a desbridamento da ferida no bloco operatório, tendo concomitantemente iniciado antibioterapia empírica (amoxicilina + ácido clavulânico e clindamicina). No 4º dia do período pós-operatório, pela presença de sinais inflamatórios na ferida - cheiro fétido, locais

com saída de conteúdo purulento e massas musculares necrosadas, com possível envolvimento do feixe neurovascular - foi necessária nova intervenção, evidenciando-se fasceite necrotizante extensa, com necessidade de desbridamento e fasciectomias dos tecidos e áreas desvitalizadas. Foi colhido exsudado e tecido muscular para microbiologia.

No material biológico colhido - foram isolados, em tempos distintos *Enterobacter cloacae*, *Enterococcus faecalis*, *Hafnia avei*, *Citrobacter freundii*, *Aeromonas hydrophila*, *Providencia rettgeri*, e, por último, *Clostridium sporogenes* com testes de sensibilidade a antibioterapia (TSA) distintos. Tal motivou inicialmente a escalada de antibioterapia para piperacilina-tazobactam + ciprofloxacina e posteriormente para vancomicina e meropenem.

A complexidade da ferida motivou mais 4 intervenções num período de aproximadamente 6 semanas até resolução do processo infeccioso e conclusão com plastia do defeito com matriz dérmica e enxerto de pele.

Conclusão: A amplitude de gravidade dos ferimentos potencialmente associados às mordeduras de cavalo carece de uma abordagem multidisciplinar que se inicia na observação à admissão, prossegue na escolha de antibioterapia eficaz, até à ponderação da necessidade de intervenção cirúrgica.

Organização



Major Sponsors



Sponsors



Secretariado



ORGANIZAÇÃO E SECRETARIADO
DE EVENTOS

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

+351 21 842 97 10

paula.cordeiro@admedic.pt | sofia.gomes@admedic.pt

www.admedic.pt