XVI Congresso Nacional de Doenças Infeciosas e Microbiologia Clínica

XIV Congresso Nacional VIH/SIDA

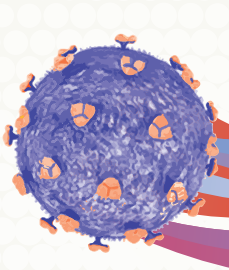


Imagem: Ad Médic

2024 27 | 30 novembro

Hotel Vila Galé Coimbra

27 novembro | **CURSOS PRÉ-CONGRESSO**
Hotel NH Coimbra Dona Inês

PROGRAMA

XVI Congresso Nacional de Doenças Infeciosas e Microbiologia Clínica

XIV Congresso Nacional VIH/SIDA

Presidentes dos Congressos

Joaquim Oliveira
Rui Sarmento e Castro

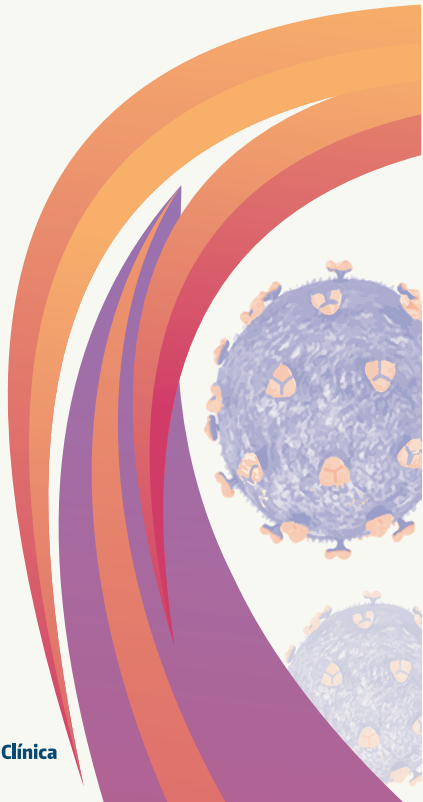
Comissão Organizadora

António Maio
Isabel Ramos
Graça Ribeiro
Patrícia Pacheco
Perpétua Gomes
Rosário Serrão
Saraiva da Cunha

Júri de Avaliação dos Trabalhos

Presidente Ana Paula Reis

Ana Cláudia Miranda
André Santos Silva
Carmela Piñeiro
Catarina Chaves
Fausto Roxo
Luís Trindade
Paulo Rodrigues



Quarta-feira | 27 de novembro de 2024

CURSOS PRÉ-CONGRESSO | Hotel NH Coimbra Dona Inês

08:15h Abertura do Secretariado

09:00-17:00h **CURSO PRÉ-CONGRESSO 1** HOTEL NH COIMBRA DONA INÊS | SALA INÊS DE CASTRO

Infeções Associadas a Cuidados de Saúde e Resistência a Antimicrobianos Dr. Germano do Carmo

Coordenadores: Ana Lebre, José Artur Paiva e Hugo Cruz

Participantes: 40 max.

09:00-09:15h **Apresentação de estrutura e objetivos do curso**
Ana Lebre, José Artur Paiva e Hugo Cruz

09:15-11:00h PARTE I **A microbiologia aplicada à clínica**
Moderador: Hugo Cruz

Rastreio e vigilância epidemiológica orientada para a clínica
Ana Claúdia Santos

Técnicas de diagnóstico microbiológico rápido *vs.* clássico:

Qual o atual *standard of care*: Os testes
Elsa Gonçalves

Como otimizar o que temos: A logística
Catarina Chaves

Diagnostic stewardship – Intervenções que podem fazer a diferença
Filipa Vicente

Questões e debate

11:00-11:15h Coffee-Break

11:15-13:00h PARTE II **Epidemiologia e controlo de infeção e de RAM**
Moderadora: Ana Lebre

Epidemiologia nacional e global das IACS / CAM / RAM:
O que aprendemos com estes dados?
Pedro Crespo

Triagem, rastreio, fluxos e *coortes*: Para quem, como?
Nuno Pereira

Gestão de surtos em cuidados de saúde: Orientação prática
Joana Alves

Optimização da vigilância epidemiológica – Como reduzir a carga de trabalho?
Rui Malheiro

Questões e debate

(Continua)

(Continuação do Curso 1)

13:00-14:00h	Almoço
14:00-15:45h	PARTE III **Terapêutica antibiótica** Moderador: José Artur Paiva PK/PD e PK/PD e MIC e TDM: Conceitos práticos João G. Pereira Terapêutica empírica *vs. watchful waiting:* Quando e para quem? André Gomes Quando e como usar os novos antibióticos – Em terapêutica empírica e dirigida Carla Mimoso Duração de terapêutica antibiótica com e sem biomarcadores Pedro Póvoa Controlo de inflamação José Manuel Pereira Questões e debate
15:45-16:00h	Coffee-Break
16:00-17:00h	PARTE IV **Casos clínicos** Moderadores: Ana Lebre, José Artur Paiva e Hugo Cruz Caso clínico I João Vilaça Caso clínico II Fábio Videira Santos
17:00h	Encerramento do Curso

09:00-13:00h **CURSO PRÉ-CONGRESSO 2** HOTEL NH COIMBRA DONA INÊS | SALA SANTA CLARA

Infeções por micobactérias

Coordenadora: Raquel Duarte

Participantes: 40 max.

09:00-09:30h Diagnóstico de MNT
Anabela Silva

09:30-10:00h Critérios para inicio de tratamento
Raquel Duarte

10:00-10:30h Tratamento das MNT mais frequentes
André Santos Silva

10:30-11:00h Coffee-Break

11:00-11:30h Tratamento das MNT mais raras
Ines Ladeira

11:30-12:00h O que oferecer para além da terapeutica antibiótica
Raquel Duarte

12:00-13:00h Discussão

13:00h Encerramento do Curso

09:00-17:00h **CURSO PRÉ-CONGRESSO 3** HOTEL NH COIMBRA DONA INÊS | SALA DOM PEDRO

Infeções oportunistas na PVVIH

Coordenadores: Nuno Marques e Luís Malheiro

Participantes: 50 max.

09:00-10:15h PARTE I **IST**
Cristina Soeiro

Mpox | Epidemiologia, particularidades clínicas no doente VIH, prevenção e tratamento e insucesso terapêutico.

Sífilis | Algoritmos de rastreio, apresentação clínica no VIH, indicação para PL, tratamento e retratamento e alternativas terapêuticas, monitorização de falência terapêutica.

10:15-10:45h Coffee-Break

10:45-12:00h PARTE II **Infeções oportunistas tropicais – Com foco na população migrante**

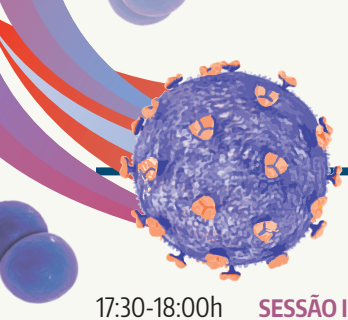
Doença de Chagas | Indicações para rastreio na população migrante, possíveis apresentações clínicas, formas de rastreio em Portugal, prevenção de exposição e doença, tratamento da doença, particularidade do inicio de TARc.
Miguel Abreu

Micoses endémicas (*Histoplasmose*, *Coccidiomicose* e *Paracoccidiomicose*) | Quando pensar nas micoses endémicas? – Indicações para rastreio na população migrante, possíveis apresentações clínicas, formas de rastreio em Portugal, tratamento da doença, particularidade do inicio de TARc.
Nuno Marques

(Continua)

12:15-13:00h	PARTE III **Infeções oportunistas comuns no indivíduo com VIH** Tuberculose | Novidades na abordagem diagnóstica e terapêutica; TB latente – Indicações para rastreio, diagnóstico e tratamento. Ana Cláudia Carvalho
13:00-14:00h	Almoço
14:00-15:30h	PARTE III **Infeções oportunistas comuns no individuo com VIH (continuação)** Infeção citomegálica | Apresentações clinicas comuns, formas de realizar o diagnóstico, como abordar a virémia por CMV, como abordar o atingimento de órgão, tratamento e abordagens no contexto de surgimento de resistência, particularidades no inicio da TARc, gestão de IRIS. Cláudia Franco Criptococcose | Rastreio da criptococose no doente com VIH/SIDA, abordagem na antigenémia positiva e "novas" formas de tratamento da criptococose meníngea, particularidades no inicio da TARc, gestão de IRIS e falência terapêutica. Jorge Velez
15:30-10:45h	Coffee-Break
15:45-17:00h	PARTE IV **Prevenção e rastreios** Luís Malheiro e Margarida Prata Casos clínicos de PVVIH recém diagnosticada, ou já em tratamento, em que se abordam as seguintes questões | Imunização no VIH com foco na PAC, zoster e outras situações; Atualizações no rastreio de HPV na mulher e no homem e outros rastreios oncológicos; Intervenções a nível das mudanças de estilo de vida são possíveis?
17:00h	Encerramento do Curso

09:00-15:00h	**CURSO PRÉ-CONGRESSO 4** HOTEL NH COIMBRA DONA INÊS | SALA COIMBRA **VIH/SIDA – PrEP – Êxito e problemas – Apreciação do novo regulamento da PrEP** Coordenadoras: Cátia Caldas e Josefina Mendez Formadores: Nuno Luís, Raquel Pinho, Sara Lino, Frederico Duarte, Luísa Graça, Ricardo Fernandes, Joana Moreira e Rita Ferraz Participantes: 50 max.
09:00 -09:15h	ABERTURA **Apresentação da estrutura e objetivos do curso** Cátia Caldas e Josefina Méndez
09:15-10:00h	PARTE I **A PrEP em Portugal: 6 anos de experiência** Raquel Pinho e Ricardo Fernandes
10:00-10:45h	PARTE II **Êxito** Frederico Duarte
10:45-11:15h	Coffee-Break
11:15-12:00h	PARTE III **Problemas** Sara Lino e Nuno Luís
12:00-12:45h	PARTE IV Desafios atuais e novas estratégias
13:00-14:00h	Almoço
14:00-15:00h	PARTE V **Novo regulamento – O que vai mudar?** Luísa Graça, Nuno Luís, Sara Lino e Joana Moreira
15:00h	Encerramento do Curso



17:30-18:00h **SESSÃO INAUGURAL**

18:00-19:00h **CONFERÊNCIA DE ABERTURA**
Contribuição do infeciologista e do microbiologista para a renovação dos cuidados de saúde em Portugal
Presidentes: Rui Sarmento e Castro e Joaquim Oliveira
Conferencistas: Raquel Tavares e Hugo Cruz

19:00h **RECEÇÃO DE BOAS-VINDAS**
Confirmações até dia 15 de novembro

Quinta-feira | 28 de novembro de 2024

07:30h Abertura do Secretariado

08:00-09:00h **COMUNICAÇÕES ORAIS I**
Apresentação de trabalhos selecionados
Moderadoras: Ana Claudia Miranda e Catarina Chaves
CO 01 – CO 05

09:00-10:30h **MESA-REDONDA 1**
A esteatose hepática é um problema crescente?
Is fatty liver disease a growing concern?
Moderadoras: Mariana Machado, Rosário Serrão e Patrícia Pacheco
Is fatty liver disease a growing concern?
Jürgen Rockstroh *(Alemanha)*
MASLD – MetALD-ALD, um contínuo no risco de fibrose
Mariana Machado
Comentários: Cátia Caldas e Maria José Manata

10:30-11:00h Coffee-Break

11:00-12:30h **MESA-REDONDA 2**

Alterações climáticas e saúde global

Moderadores: Luís Campos e Kamal Mansinho

Diarreias
Mariana Lopes

Doenças transmitidas por vetores
Nuno Marques

Patologia respiratória
Tiago Marques

Dispositivos médicos e saúde global
Diana Seixas

12:30-13:30h **SIMPÓSIO 1**

ViiV Healthcare

Otimizar os cuidados VIH: O papel da equipa multidisciplinar

Moderador: Fernando Maltez

Palestrantes: Frederico Duarte, Sara Lino e Catarina Esteves

13:30-14:30h Almoço

14:30-16:00h **MESA-REDONDA 3**

Novos avanços no conhecimento das hepatites B e D

New advances in knowledge of hepatitis B and D

Moderadoras: Ana Horta e Cristina Valente

Novidades nas infeções VHB e VHD
Maria Buti *(Espanha)*

Quando alcançaremos a cura das hepatites por VHB, VHD e VHC
Rafael Esteban *(Espanha)*

Comentários: António Ludgero e Josefina Mendez

16:00-16:30h Coffee-Break

16:30-18:00h **MESA-REDONDA 4**

Atualização sobre vacinação

Moderadores: Saraiva da Cunha e Cândida Abreu

Novas vacinas
Diana Póvoas

Vacinação em viajantes
Gabriela Saldanha

Vacinação na imunossupressão
Susana Peres

Como combater a hesitação vacinal
Marta Valente

18:00-19:00h **SIMPÓSIO 2**

ADVANZ PHARMA

Precisamos de novas alternativas para o tratamento de infeções causadas por *enterobacteriaceae* produtoras de *carbapenemase*?
Carla Mimoso

Novos dados de atividade de novas combinações de BL/BLI contra bactérias Gram negativas produtoras de ESBLs, OXA-48 e KPC
Hugo Cruz

19:00h Encerramento do segundo dia das sessões

Sexta-feira | 29 de novembro de 2024

07:30h Abertura do Secretariado

08:00-09:00h **COMUNICAÇÕES ORAIS II**

Apresentação de trabalhos selecionados
Moderadores: Paulo Rodrigues e Luís Trindade
CO 06 – CO 10

09:00-10:30h **MESA-REDONDA 5**

Diretrizes brasileiras de tratamento de infeções causadas por bacilos Gram negativo multirresistentes
Moderadores: Alberto Chebabo e Graça Ribeiro

Enterobacterales
Alberto Chebabo *(Brasil)*

Pseudomonas aeruginosa
Daniel Wagner dos Santos *(Brasil)*

Acinetobacter spp e S. maltophilia
Ana Gales *(Brasil)*

Organizado pela Sociedade Brasileira de Infectologia

10:30-11:00h Coffee-Break

Apoio: GILEAD Creating Possible

11:00-12:00h **CONFERÊNCIA 1**

Discussão das recomendações de VIH – EACS
Discussion of HIV guidelines – EACS
Presidentes: Francisco Antunes e Fernando Maltez
Conferencista: Jürgen Rockstroh *(Alemanha)*
Comentários: Perpétua Gomes e Raquel Tavares

12:00-13:00h **SIMPÓSIO 3**

GILEAD Creating Possible

Moderador: Fernando Maltez

Que doentes? Que preocupações? Que respostas?
José Casado

Desafios atuais do doente VIH-1
Daniel Coutinho

Discussão
Gonçalo Cruz, Gustavo Jesus e Umbelina Caixas

13:00-14:00h Almoço

14:00-15:30h **MESA-REDONDA 6**

Descodificando as *guidelines*

Moderadores: Lurdes Santos e Fernando Maltez

Endocardite
Nuno Pereira

Infeções de transmissão sexual
Cátia Caldas

Choque séptico
Luís Malheiro

Testes de diagnóstico molecular
Ana Claúdia Santos

15:30-16:00h Coffee-Break

Apoio: GILEAD Creating Possible

16:00-16:40h **CONFERÊNCIA 2**

COVID 19 – O futuro da Pandemia

Presidente: António Diniz
Conferencista: Filipe Froes

16:40-17:30h **CONFERÊNCIA 3**

Inteligência artificial e doenças infeciosas

Presidente: António Sarmento
Conferencista: Ricardo Baptista Leite

17:30-18:30h **SIMPÓSIO 4**

MSD INVENTING FOR LIFE

À conversa sobre a saúde metabólica das PVVIH em Portugal

Moderadora: Ana Cláudia Miranda
Palestrante: Paula Freitas

18:30h Encerramento do terceiro dia das sessões

20:00h **JANTAR DO CONGRESSO |** Hotel NH Coimbra Dona Inês

Confirmações até dia 15 de novembro

Sábado | 30 de novembro de 2024

07:30h Abertura do Secretariado

08:00-09:00h **COMUNICAÇÕES ORAIS III**
Apresentação de trabalhos selecionados
Moderadores: Fausto Roxo e Carmela Pinheiro
CO 11 – CO 15

09:00-10:30h **CONFERÊNCIA 4**
Momentos importantes em reuniões de VIH em 2024 (CROI, IAS, ID WeeK ...)
Important moments at HIV meetings in 2024 (CROI, IAS, ID WeeK ...)
Presidentes: Rui Sarmento e Castro e Isabel Aldir
Conferencista: Anton Pozniak *(Reino Unido)*
Comentários: António Diniz e Patrícia Pacheco

10:30-11:00h Coffee-Break

11:00-12:30h **MESA-REDONDA 7**
Infeções fúngicas
Moderadoras: Dinah Carvalho e Isabel Ramos

Diagnóstico laboratorial
Virgínia Lopes

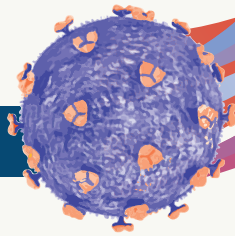
Criptococose
António Maio

Candidose invasiva
Sara Lino

Aspergilose
Tiago Alfaro

12:30-13:30h **CONFERÊNCIA DE ENCERRAMENTO**
Avanços na cura de VIH
Advances in curing HIV
Presidentes: Kamal Mansinho e Eugénio Teófilo
Conferencista: Linos Vandekerckhove *(Bélgica)*

13:30h **SESSÃO ENCERRAMENTO**
Entrega de prémios com o apoio da ViiV Healthcare



CO 01

ANTIGÉNIO URINÁRIO DE STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE: TERÁ A SUA POSITIVIDADE IMPACTO NA PRÁTICA CLÍNICA?

José Ganicho; Diana Dinis; Leonilde Barros; Leonor Saldanha; Raquel Garrote; Mariana Popovici; Eunice Patarata; Claudia Mihon; Heidi Gruner
Unidade Local de Saúde de São José

Introdução: A Organização Mundial de Saúde definiu a Resistência aos Antimicrobianos como uma das treze mais importantes ameaças à Saúde Global da década. O Streptococcus pneumoniae (SP) é um dos principais agentes de Pneumonia, sendo que o antigénio urinário permite uma rápida identificação e pode contribuir para uma antibioterapia mais eficiente e dirigida.

Objectivos: Analisar o impacto da positividade do antigénio urinário de SP na prescrição antibiótica.

Material e métodos: Estudo observacional descritivo retrospectivo dos registos clínicos de doentes com antigenúria positiva para SP entre janeiro de 2018 e dezembro de 2019 num hospital terciário. A amostra foi caracterizada de acordo com o género, a indicação e o local de requisição, prescrição antibiótica prévia e posterior ao resultado.

Resultados e conclusões: Foram analisadas 234 antigenúrias positivas para SP, 111 (47,4%) do sexo feminino e 123 (52,6%) do sexo masculino. Treze (5,56%) tinham registo de uma antigenúria positiva a SP no passado, dos quais 11 nos 12 meses prévios ao período analisado. Com base nos critérios da *Infectious Diseases Society of America/American Thoracic Society*, 105 (44,9%) cumpriam critérios de Pneumonia Adquirida na Comunidade grave. A maioria das antigenúrias foram solicitadas na Urgência (156; 66,7%) e resultaram no Internamento numa Enfermaria (188; 80,3%). A antibioterapia empírica mais prescrita foi Ceftriaxone e Azitromicina (79; 33,7%). Após o resultado da antigenúria, 155 (68,3%) doentes mantiveram a antibioterapia, mantendo-se o Ceftriaxone e Azitromicina como a antibioterapia mais prescrita (61; 26,9%). Com o propósito de analisar a duração e a antibioterapia prescrita, foram excluídos 6 doentes que faleceram na Urgência e 1 que foi transferido (n=227). A média e mediana de dias de antibioterapia foram, respectivamente, 8,3 e 7 dias (com um máximo de 27 e mínimo de 0 dias). A maioria (204; 87,2%) colheu hemoculturas, dos quais 32 (13,7%) com isolamento de SP. A destacar que 61 (26,1%) doentes tinham uma co-infecção viral respiratória. Relativamente ao desfecho dos doentes, registaram-se, no total, 43 (18,4%) óbitos. Este estudo sugere que o resultado do antigénio urinário de SP não teve impacto na prescrição antibiótica. No entanto, importa referir que o estudo recorreu aos registos clínicos de doentes, pelo que nem sempre foi clara a indicação de internamento e da requisição, a valorização do resultado da antigenúria e o racional da prescrição antibiótica.

CO 02

STEWARDSHIP EM TERAPÊUTICA ANTI-FÚNGICA: CONSUMO DE EQUINOCANDINAS NUM HOSPITAL DISTRITAL

Sónia Duarte Rocha; Susana Ramos Oliveira; Fábio Reis; Sara Vale Araújo; Clara Bacelar; Frederico Duarte; Clara Batista; Cristina Soeiro; Ricardo Correia de Abreu
ULSM -Hospital Pedro Hispano

Introdução: As equinocandinas são a primeira linha de tratamento empírico da candidémia, no entanto, devem ser reservadas para quadros de maior gravidade ou cenários de elevada prevalência de resistências aos azóis. A stewardship antifúngica, tal como antibiótica, é essencial na prevenção de resistências preservando a sua eficácia.
Objectivos: Avaliação do consumo e da adequação da prescrição de equinocandinas.
Material e métodos: Análise retrospetiva, entre janeiro de 2020 e junho de 2024, do processo clínico de doentes a quem foi prescrita equinocandina. Avaliação estatística realizada em SPSS, utilizando o teste Chi-quadrado.
Resultados: Verificou-se a prescrição de equinocandinas em 81 doentes (num total de 86 internamentos): 64% homens, com idade mediana de 75 anos [30-94], numa mediana de 13 dias [1-76]. Cerca de 58% dos doentes apresentava, pelo menos, uma causa de imunodepressão (66% com doença neoformativa) e 43% foram admitidos em unidades de nível II ou III previamente ou concomitantemente à prescrição do antifúngico. A maioria (66%) dos doentes foram internados no departamento cirúrgico, mais frequentemente com infeção abdomino-pélvica (35%) e candidémia com ponto de partida em dispositivo endovascular ou indeterminado (23%). De um total de 37 candidémias (43%), foi excluído envolvimento ocular em 67%. A prescrição da equinocandina foi empírica (sem isolamento microbiológico, ou com fungigrama em curso) em 56% dos episódios e, em 8 destes, não houve confirmação microbiológica posterior. Na prescrição empírica os principais agentes identificados foram a Candida glabrata (43%), Candida albicans (23%) e Candida parapsilosis (15%). Globalmente, 33% dos agentes apresentavam sensibilidade ao fluconazol e 38% sensibilidade com aumento de exposição, tendo sido alterada terapêutica para outro antifúngico em 15% dos casos. Na prescrição dirigida (44%), 18% das estirpes eram sensíveis ao fluconazol, tendo sido alterada terapêutica em apenas um doente. Foram relatados efeitos adversos em três doentes, motivando suspensão do fármaco em dois. Em nenhum doente foi documentada posterior resistência a equinocandinas. Cerca de 19% dos doentes apresentaram mortalidade intra-hospitalar, metade durante o tratamento. Não houve diferença significativa na presença de fungémia nos doentes que apresentaram mortalidade hospitalar (56% vs 40%, p=0,24).
Conclusão: As equinocandinas são uma arma terapêutica fundamental nas infeções fúngicas graves, no entanto, na ecologia local, 64% das estirpes para as quais foram prescritos estes antifúngicos apresentavam sensibilidade a, pelo menos, um azol (em dose normal ou aumentada), verificando-se um amplo potencial numa intervenção de stewardship antifúngica.

CO 03

CANDIDÉMIA – O PANORAMA NUM HOSPITAL TERCIÁRIO

Ana Venâncio de Barros; Dinah Carvalho; Maria Luís Bragança; José Melo Cristino
Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Introdução: As infeções fúngicas invasivas (IFI) são uma ameaça global, ocorrendo cerca de 6,5 milhões de IFI por ano, resultando em 3,8 milhões de mortes. A candidémia está entre as três mais comuns. As manifestações

clínicas são inespecíficas pelo que o diagnóstico é laboratorial e urgente pois um atraso 1-2 dias no início da terapêutica está associado à duplicação da mortalidade. O repertório terapêutico é limitado e ameaçado pelo aumento de estirpes resistentes. O teste de suscetibilidade a antifúngicos (TSAF) é útil na orientação terapêutica, mas são muitas as variáveis interferentes na eficácia e segurança da terapêutica.

Objetivos: Avaliar a prevalência das espécies de Candida nas candidémias num hospital terciário entre 2012 e 2023. Identificar o padrão de suscetibilidade das estirpes isoladas e a mortalidade no ano 2023.

Material e métodos: Realizou-se uma análise retrospetiva das hemoculturas positivas para fungos, entre janeiro 2012 e dezembro 2023 e os TSAF do ano 2023, realizados por microdiluição em placa - MICRONAUT-AM, Bruker®.

Resultados e conclusões: Identificaram-se 653 casos de fungémia, com 93,6% (611) causados por Candida spp. A espécie mais isolada foi Candida albicans, com 277 casos (45,3%), seguida por C. parapsilosis (143 casos, 39,6%), C. glabrata (99 casos, 16,2%) e C. tropicalis (44 casos, 7,2%).

Em 2023, registaram-se 45 casos de candidémia, com 25 óbitos associados. Dois terços das mortes ocorreram nos primeiros sete dias após a colheita de hemocultura. As espécies identificadas foram: C. albicans (18), C. glabrata (9), C. parapsilosis (9), C. tropicalis (5), C. krusei (1), C. guilliermondii (1), C. lusitaniae (1) e C. dubliniensis (1). Em relação ao TSAF, todas as estirpes apresentaram suscetibilidade à anfotericina B. A resistência às equinocandinas manifestou-se em pelo menos uma estirpe de todas as espécies, exceto C. krusei e C. dubliniensis. Em 18 (40%) estirpes verificou-se resistência ao fluconazol e todas as estirpes de C. glabrata apresentaram resistência a este antifúngico.

Os resultados evidenciam a emergência desta condição e a importância do diagnóstico rápido, uma vez que a maioria dos doentes estão sem cobertura terapêutica até ao resultado laboratorial. É fundamental padronizar as abordagens clínico-laboratorial.

Palavras-chave: Infeções Fungicas Invasivas, Candidémia, Prevalência especies de Candida, Teste de Suscetibilidade a Antifúngicos, Anfotricina B, Equinocandinas, Fluconazol

CO 04

CASUÍSTICA DE RESISTÊNCIAS DO STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE À PENICILINA DE UM HOSPITAL TERCIÁRIO

Inês Beatriz Pereira Trabucho
Hospital Garcia de Orta, EPE

O Streptococcus pneumoniae continua a ser um dos microrganismos com maior impacto na comunidade e em internamento a nível mundial, associado taxas de mórbida-mortalidade significativas, em especial nos extremos de idades e entre imunocomprometidos. Segundo os últimos dados European Centre for Disease Prevention and Control, anualmente com 6.4 casos de doença pneumocócica invasiva por cada 100 000 habitantes na União Europeia. A resistência antibacteriana do Streptococcus pneumoniae é um problema crescente a nível mundial.

Conforme os breakpoints empíricos determinados pela *Clinical and Laboratory Standards Institute* e *European Committee on Antimicrobial Susceptibility Testing*, é considerada resistência à penicilina se a concentração inibitória mínima (CIM) ≥ 2µg/ml em infeções não meníngeas e ≥ 0.06 µg/ml em infeções meningeas.

Realizou-se uma casuística das CIM de S. pneumoniae à penicilina, com base em isolamentos efetuados entre julho de 2020 e abril de 2024 num hospital terciário. Foram analisados um total de 205 isolamentos de S. pneumoniae provenientes de diversas amostras, incluindo hemoculturas, expetorações

e exsudados. Dos 205 isolamentos, 93,17% apresentaram CIM ≤ 0,5 µg/ml; 4,88% apresentaram CIM entre >0,5-≤1 µg/ml; e 1.43% apresentaram CIM entre >1-≤1,5 µg/ml. Apenas um isolado foi classificado como resistente à penicilina, com uma CIM de 3 µg/ml.
Estes dados corroboram a sensibilidade do Streptococcus pneumoniae à penicilina, permitindo que a grande maioria das pneumonias não complicadas por este patógeno sejam tratadas com penicilina 1,2 g (2 MU) administrada intravenosamente a cada 6 horas, quando a CIM é ≤ 0,5 mg/L. Para CIM ≤ 1 mg/L, recomenda-se um aumento da dose para 1.2 g (2 MU) a cada 4 horas intravenosamente. Caso a CIM seja ≤ 2 mg/L, a dose pode ser ajustada para 2,4 g (4 MU) a cada 4 horas intravenosamente. No caso de infeção meníngea o *breakpoint* é mais estreito, podendo se optar por tratar com penicilina se CIM ≤0.06 mg/L.

CO 05

COLONIZAÇÃO E INFEÇÃO SUBSEQUENTE POR ENTEROBACTERALES PRODUTORES DE CARBAPANEMASES

André Cartaxo; David Ranhel; Elsa Gonçalves; Ana Claúdia Miranda; Cristina Toscano; Susana Peres; Kamal Mansinho
Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital Egas Moniz

Introdução: A colonização intestinal por agentes produtores de carbapenemases está associada a infeção pelos mesmos, contudo ainda não foram completamente esclarecidos a probabilidade de ocorrência e alguns fatores para o desenvolvimento de infeção e a sua relevância clínica.
Objetivos: Caracterizar a população de doentes com colonização intestinal por agentes produtores de carbapenemases e avaliar a ocorrência de infeção pelo mesmo agente.
Material e métodos: Estudo observacional retrospetivo com base em registos clínicos e dados laboratoriais de todos os doentes internados num centro hospitalar, durante o ano de 2023, com colonização intestinal por enterobacterales produtores de carbapenemases, definida como o primeiro resultado positivo na pesquisa por PCR dos genes das respetivas betalactamases, em amostras do exsudado retal colhidas por zaragatoa. Para cada episódio, foi estabelecido um período de seguimento de seis meses, após ter sido documentado o estado de portador, para verificar a ocorrência de infeção pelo agente produtor da mesma carbapenemase.
Resultados e conclusões: Foram documentados 119 episódios de doentes colonizados, sem registo prévio de estado de portador, 75 (63%) do género masculino, com mediana de idades de 76.5 anos, com a seguinte distribuição por tipo de carbapenemase: 105 com KPC, 16 com OXA-48, 9 com VIM e 2 com NDM.
A maioria das colheitas foram realizadas em medicina intensiva (43; 37%), seguidas de enfermarias de medicina interna (17; 14.3%) e infeciologia (10; 8.4%). O intervalo de tempo entre a data de internamento e a colheita de exsudado retal foi em média 24.9 dias.
Verificaram-se 32 (26.9%) infeções, dentro do período de seguimento, em média 22.3 dias após colonização (mediana 6.5 dias), a maioria (21; 65.6%) nos primeiros 15 dias, 16 (50%) do género masculino, com mediana de idades de 74.5 anos. As principais comorbilidades destes doentes foram hipertensão arterial (24; 75%), diabetes mellitus (10; 31.3%) e neoplasia ativa (8; 25%). Neste subgrupo, verificou-se maior frequência de uso de dispositivos e procedimentos invasivos, bem como admissão em cuidados intensivos.
A grande maioria (27, 84.4%) das infeções foram causadas por agentes produtores de KPC. O foco de infeção mais frequente foi o urinário (14, 43.8%), seguido do respiratório (8, 25%), abdominal (5, 15.6%) e da ferida operatória (3, 9.4%). Sete (21.9%) das infe-

ções cursaram com bacteriemia e 9 (28.1%) com choque sético. A mortalidade aos seis meses após a infeção foi de 50%.
A taxa de infeção em doentes colonizados é significativa, sobretudo pelo impacto clínico e eventuais implicações na utilização empírica de antibióticos dirigidos a estes agentes. Neste estudo, mais de 1 em cada 4 doentes colonizados desenvolveu infeção em 6 meses, sobretudo com foco urinário, com elevada mortalidade associada.

CO 06

IMPACTO DA INFEÇÃO PELO VÍRUS SINCIAL RESPIRATÓRIO NA POPULAÇÃO IMUNOCOMPROMETIDA

Inês Trabucho; João Lourinho; Joana Correia; António Leão; Alice Alicerces; Tomás Robalo Nunes; Vilma Laís Grilo; Ana Luísa Broa
Hospital Garcia de Orta, EPE

Introdução: O vírus sincial respiratório (VSR) é uma causa comum de infeção respiratória superior, principalmente na população pediátrica. No entanto o impacto na população com algum grau de imunossupressão não está esclarecida.
Métodos: Avaliado impacto da imunosupressão na avaliação e prognóstico dos doentes com VSR. Comparados dados clínicos de indivíduos adultos com infeção por VSR que apresentaram pesquisa de VSR por Polymerase chain reaction (PCR) positiva entre novembro 2022 a março 2023. Foram excluídos os doentes que não apresentaram registos clínicos ou perderam seguimento hospitalar. Considerados doentes com algum grau de imunossupressão se tivessem infecção pelo vírus da imunodeficiência humana, neoplasia, corticoterapia crónica, quimioterapia ou imunossupressores. Considerado outcome primário a mortalidade e secundários a sobreinfeção bacteriana, necessidade e duração de internamento.
Resultados: Foram incluídos 222, dos 371 doentes(61,3% do sexo feminino; mediana de 74 anos; 16.2% imunossuprimidos). Em relação a outras comorbilidades, apenas se verificou maior frequência de doença renal crónica no grupo de doentes com imunossupressão (25% vs 10.2%, p=0.025). Em relação ao outcome primário, não houve diferença na mortalidade nos 2 grupos (p=0,182). Ficaram internados 66.7% dos indivíduos imunossuprimidos vs 58.1% do imunocompetentes (p=0.336). A mediana de duração do internamento nos indivíduos imunossuprimidos foi 15 dias (IIQ 7.25-31.50) e 11 dias nos indivíduos imunocomperentes (IIQ 7-19) (p=0.244). Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas em relação à sobreinfeção bacteriana entre os dois grupos (p=0.261).
Conclusão: Não observamos diferenças na mortalidade, número e duração de internamento e sobreinfeção bacteriana entre os indivíduos imunossuprimidos e imunocompetentes. Contudo, uma das limitações foi o reduzido número de individuos com algum grau de imunossupressão.

CO 07

PREDITORES DE MORTALIDADE NA DOENÇA DOS LEGIONÁRIOS: 10 ANOS DE EXPERIÊNCIA

Fábio Reis; Eduarda Pena; Clara Bacelar; Constança Azeredo; Sara Araújo; Susana Ramos Oliveira; Clara Batista; Cristina Soeiro; Frederico Duarte; Maria João Gonçalves; Mário Guimarães; Sónia Rocha; Sofia Jordão; Ricardo Correia Abreu
Hospital Pedro Hispano

Introdução: A Doença dos Legionários (DL) é o nome dado à infeção respiratória causada pela Legionella spp. Existem várias condicionantes associadas a maior morbimortalidade, como idade avançada, tabagismo e imunodepressão.
Objetivos: Identificar fatores preditivos de morbimortalidade nos doentes internados com DL.
Material e métodos: Estudo retrospetivo dos adultos internados por DL entre janeiro de 2014 e dezembro de 2023, com recurso à con-

sulta do processo clínico eletrónico. A análise estatística foi realizada em SPSS e o nível de significância estatística definido foi de 0,005.
Resultados: Foram analisados 158 internamentos, a maioria homens (72%), com idade mediana de 66 anos [25-94]. As comorbilidades mais frequentes foram o tabagismo (47%), Diabetes Mellitus (30%), etilismo (24%) e doença pulmonar crónica (16%); 44% tinham pelo menos uma causa de imunodepressão. A maioria dos doentes teve febre (93%) e insuficiência respiratória (70%), porém as manifestações extrapulmonares também foram frequentes: 31% apresentou disfunção neurológica e 28% sintomas gastrointestinais. Todos apresentaram positividade do antigénio de Legionella pneumophila serogrupo 1 na urina e dois tiveram amostra respiratória concomitantemente positiva (biologia molecular). Do estudo complementar, as alterações mais frequentes foram a citólise hepática (75%), linfopenia (70%) e proteína C reativa superior a 300 mg/L (63%). A maioria (84%) recebeu tratamento com levofloxacina, os restantes azitromicina. Um terço dos doentes necessitou de admissão em unidades de nível II e III e a mortalidade intrahospitalar foi de 9%. Os fatores associados a maior mortalidade foram a presença de pelo menos uma causa de imunodepressão (17.1% vs 3.4%; p <0,005), insuficiência cardíaca (38.1% vs 5.1%; p <0,001) e lesão renal aguda (15.3% vs 4.7%; p <0,005). A linfopenia associou-se a maior admissão em unidades de nível II e III (36.4% vs 18.8%; p < 0,003). Não houve diferença significativa na mortalidade consoante o tratamento administrado.
Conclusões: Na amostra abrangente de doentes avaliados ao longo de 10 anos, a imunodepressão e insuficiência cardíaca prévias ao internamento, tal como a disfunção renal à admissão foram fatores condicionantes de maior mortalidade. Neste contexto, a suspeita diagnóstica deve ser precoce para garantir o início célere de antibioterapia de espectro e duração adequados, bem como a gestão por equipas diferenciadas, otimizando o prognóstico destes doentes.
Palavras chave: Legionella; pneumonia; preditores de mortalidade

CO 08

PARVOVIROSE NA GRAVIDEZ: UMA AMEAÇA À SAÚDE FETAL

Flávia Faria; Francisco Neto Novela; Inês Caetano; João Matos; Luis Silva; Hugo Cruz; Ana Cipriano; Soraia Almeida; António Ludgero Vasconcelos
ULS de Santo António

Introdução: O parvovírus B19 (PV B19) transmite-se por contato com secreções respiratórias, via transplacentária, transplantação de órgãos sólidos e por transfusões sanguíneas. Verificou-se um aumento do número de casos desta infeção na Europa em 2024, estimando-se 30-40% de suscetibilidade nas mulheres em idade fértil. A infeção em grávidas no 1º e 2º trimestres aumenta o risco de anemia, hidrópsia e morte fetal, já que os precursores de eritrócitos desenvolvem-se principalmente nesta fase e são as células mais afetadas.
Objetivos: Descrever casos de parvovirose nas grávidas e o possível impacto no feto.
Materiais e métodos: Análise retrospetiva dos casos de infeção por PV B19 em grávidas num hospital terciário entre 1 de janeiro de 2013 e 31 de agosto de 2024. Foi realizada consulta dos processos clínicos eletrónicos e resultados de serologias para PV B19 das doentes. O diagnóstico foi feito por positividade da serologia IgM e/ou deteção antigénica por técnica imunohistoquímica na placenta.
Resultados e conclusões: A serologia do PV B19 (IgM/IgG) foi solicitada às grávidas mediante sintomatologia sugestiva, após contacto com casos positivos, alterações de líquido amniótico/malformações e óbito fetal. Foram identificadas 24 grávidas com IgM positiva, oito foram excluídas após análise do perfil

serológico (provável reatividade cruzada), assumindo-se 16 com infeção por PV B19. A mediana de idades foi de 31.5 (22-39) anos. No ano de 2024 ocorreram 31,3% de todos os casos. Em 37.5% das grávidas estava descrita exposição a crianças com parvovirose. Oito (50%) grávidas apresentaram complicações fetais: quatro (50%) polidrâmnios, um com parto prematuro e outro com ventriculomegalia bilateral; um (12.5%) com dilatação ventricular cerebral fetal e três (37.5%) mortes fetais, uma resultante de complicações de hidrópsia fetal por parvovirose confirmada por técnica imunohistoquímica na placenta e duas em contexto de síndrome antifosfolipídica. Das restantes grávidas, cinco tiveram sintomas ligeiros (febre, exantema, prurido e/ou quadro respiratório) e três eram assintomáticas, nenhuma com infeção congénita documentada.

A infeção por PV B19 na grávida tem risco de complicações e de evolução desfavorável para o feto, principalmente quando ocorre até à 20ª semana de gravidez. Dado que a doença não tem vacina nem tratamento dirigido disponíveis e a principal via de aquisição é o contato com crianças, sugere-se informação às grávidas para diagnóstico precoce, maior vigilância dos casos e tratamento atempado das complicações fetais.

Palavras-chave: Parvovirose, gravidez, feto

CO 09

NEUTROPENIAS FEBRIS NUM CENTRO HOSPITALAR TERCIÁRIO: A EXPERIÊNCIA DE 10 ANOS

João Carlos Silva Matos; Flávia Faria; Francisco Novela; Filipe Ribeiro Pinto; Tiago Monteiro-Brás; Hugo Cruz; Ana Cipriano
Centro Hospitalar Universitário de Santo António

Introdução: A neutropenia febril (NF) trata-se de uma emergência médica que requer atuação atempada e eficaz. Contudo, existe pouca informação relativamente às características dos doentes com episódio inicial de NF, os seus achados microbiológicos e terapêutica empírica.

Objetivo: Caracterizar episódios de NF iniciais em doentes internados num centro hospitalar terciário entre 2012 e 2022.

Métodos: Estudo observacional retrospetivo unicêntrico, que incluiu doentes adultos com o diagnóstico de NF entre 2012 e 2022. Foram considerados episódios com contagem ≤500 neutrófilos/μL em hemograma associada a febre (temperatura ≥38ºC). Foram excluídos episódios NF posteriores ao primeiro identificado.

Resultados e conclusões: Identificaram-se 524 episódios de NF iniciais de 440 doentes. A mediana de idades foi de 62 anos [51-69], e 57.8% dos episódios ocorreram em doentes do sexo masculino. O índice de comorbilidade de Charlson mediano foi de 4 [3-6]. A duração mediana dos internamentos foi de 14 dias [7-28]. A maioria dos episódios ocorreram em doentes com neoplasias hematológicas (69.3%) seguidos de neoplasias sólidas (23.7%). Os scores de MASCC e de CISNE apresentaram uma mediana de 19 [13-23] e 2 [1-2]. Nos 6 meses prévios, 28.6% dos casos realizaram antibioterapia com mediana de 7 dias [6-13]. Antibioterapia empírica em monoterapia foi usada na maioria dos casos (48.5%), sendo esquemas com dois (31.1%) ou mais (3.3%) antibióticos também utilizados. Destaca-se piperacilina-tazobactam (31.4%), carbapenemos (20.7%) e carbapenemos associados a vancomicina (10.3%). Não foram identificados agentes microbiológicos em 55.7% dos episódios. Dos identificados, as infeções bacterianas predominavam (95.7%), das quais agentes Gram negativos foram identificados em 62.1%, Gram positivos em 22.8%. As espécies mais identificadas incluíram: E. coli (31.9%), K. pneumoniae (19.0%) e P. aeruginosa (11.6%); S. aureus (7.8%), S. epidermidis (5.2%) e S.

viridans (3.9%). Estes agentes foram identificados principalmente em hemoculturas (66.4%) seguido de uroculturas (21.9%). Desde 2016, foram realizados 115 rastreios de enterobactérias produtoras de carbapenemases com identificação de 32 casos de colonização, contudo apenas em 4 (12.5%) destes foi isolado um agente com esse mecanismo de resistência. A mortalidade global foi de 23.1%. As NF são complicações graves em populações vulneráveis. A sua caracterização detalhada é crucial para adequar a antibioterapia empírica à epidemiologia local.

CO 10

TUBERCULOSE RESISTENTE A ANTIBACILARES DE 1ª LINHA: UMA ANÁLISE RETROSPETIVA DE 2018 A 2023

Miguel Póvoas[1]; Marta Sousa[2]; Diva Trigo[1]; Clara Portugal[1]; Patrícia Pacheco[1]
[1]Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca; [2]Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa

Introdução: A tuberculose (TB) continua a ser uma das principais causas infeciosas de morbilidade e mortalidade global, ocupando o segundo lugar entre as principais causas infeciosas de morte. A resistência aos antibacilares representa um desafio significativo no combate à doença.

Objetivos: Analisar os casos de TB resistente a antibacilares de primeira linha (excluindo resistência à estreptomicina) diagnosticados num hospital da região de Lisboa entre 2018 e 2023, descrevendo a sua frequência, padrões de resistência e características sociodemográficas e clínicas das pessoas afetadas.

Material e métodos: Foi realizada uma análise descritiva e retrospectiva dos casos de TB com resistência a isoniazida, rifampicina, pirazinamida e/ou etambutol, diagnosticados entre 1 de janeiro de 2018 e 31 de dezembro de 2023. Foram considerados como meios de diagnóstico o exame micobacteriológico em meio sólido (Lowenstein-Jensen) e líquido (BACTEC) e/ou a PCR para M. tuberculosis.

Resultados e conclusões: Dos 574 casos de TB com confirmação laboratorial neste período temporal, 6,3% apresentou resistência a, pelo menos, um dos antibacilares de primeira linha considerados, pelo que constituíram a amostra do estudo (n=36). A maioria (61,1%) destes era do género masculino e a idade mediana à data de diagnóstico foi de 38 anos. Cerca de 69% havia nascido fora de Portugal, sobretudo em países da África Subsaariana; maioritariamente com entrada em Portugal nos 2 anos anteriores. Os factores de risco encontrados incluíram: contacto prévio conhecido com pessoa com TB, tratamento prévio de TB, coinfeção por vírus da imunodeficiência humana e tabagismo. A forma clínica mais comum foi a TB pulmonar (52,8%). A demora mediana até ao diagnóstico, definida como o intervalo de tempo entre o início dos sintomas e a confirmação do diagnóstico de TB, foi de 67 dias, sendo menor durante o período pandémico. A taxa de positividade dos testes de amplificação de ácidos nucleicos realizados foi de 91,7%. A monoresistência à isoniazida foi o padrão de resistência mais frequente (66,7%). Apenas 1,4% dos casos foram identificados como TB multirresistente, TB resistente à rifampicina ou TB pré-extensivamente resistente. Os resultados demonstram uma incidência de TB resistente alinhada com a reportada por outros países europeus. Simultaneamente, revelam que a população migrante representa um grupo de risco significativo, com a nacionalidade portuguesa a representar apenas cerca de 30% da amostra.

Palavras chave: Tuberculose resistente; população migrante; M.tuberculosis

CO 11

AS EXPERIÊNCIAS SUBJETIVAS DE JOVENS QUE VIVEM COM VIH E A RELAÇÃO COM O TRATAMENTO ANTIRRETROVÍRICO

Gonçalo Fonseca
Centro de Investigação e Estudos de Sociologia (CIES-Iscte). Instituto Universitário de Lisboa; Instituto de Saúde Ambiental, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa (ISAMB-FMUL)

Introdução: A infeção por vírus da imunodeficiência humana (VIH) evoluiu de uma doença potencialmente fatal para uma condição crónica em pessoas que vivem com VIH (PVVIH) em terapêutica antirretrovírica (TARV), com carga vírica indetetável. Embora a biomedicalização da PVVIH promova o discurso "normalizador de VIH", baseado em marcadores biomédicos, o estigma e a discriminação continuam a afetar a saúde e o bem-estar das PVVIH, potenciando múltiplas desigualdades sociais. Em Portugal permanecem pouco explorados os impactos da infeção por VIH e da TARV em pessoas jovens que vivem com VIH (PJVVIH).

Objetivos: Compreender a experiência subjetiva da infeção em PJVVIH e a sua relação com a TARV.

Material e dados: Este estudo qualitativo com 10 entrevistas semi-estruturadas, online e presenciais, com PJVVIH, com idades entre os 18 e 29 anos, residentes em Portugal e seguida de análise de conteúdo.

Resultados: Identificaram-se duas categorias distintas baseadas no modo de transmissão da infeção: PJVVIH por transmissão vertical e PJVVIH por transmissão sexual. O primeiro grupo teve uma educação orientada para a "normalização de VIH", permitindo-lhes incorporar a TARV, no seu quotidiano, assumindo a infeção por VIH como parte integrante das suas identidades. Apesar da confiança estabelecida junto dos médicos, enquanto fontes únicas de informação, inclusive em temas como a sexualidade, o conhecimento destas PJVVIH limita-se à experiência subjetiva da infeção, desconhecendo potenciais eventos associados à infeção por VIH e aos efeitos secundários da TARV. No segundo grupo, o diagnóstico de seropositividade para VIH foi um momento traumático com impacto na saúde mental e nas relações sociais. As suas trajetórias foram marcadas por momentos traumáticos (tentativas de suicídio, sofrimento na infância e violação) e pela sua condição socioeconómica vulnerável e associada a formas de discriminação pelo VIH (emprego, habitação, intimidade, espaços de sociabilidade e redes sociais). A relação com a TARV foi assinalada por efeitos secundários a curto e longo prazo, bem como pela acessibilidade dos jovens a saberes periciais e à adoção de práticas reflexivas (prática desportiva e alimentação saudável). A relação com os médicos foi marcada pela descredibilização dos profissionais pela experiência subjetiva da infeção por VIH, prevalecendo uma abordagem médica heteronormativa com implicações negativas cumulativas especialmente em homens que fazem sexo com homens e imigrantes.

Conclusões: As PJVVIH continuam a enfrentar formas de discriminação associadas à infeção por VIH em Portugal, com implicações psicossociais e nos seus projetos de vida.

CO 12

VARIANTES MINORITÁRIAS DO HIV-1 RESISTENTES AOS ANTIRRETROVIRAIS NA REGIÃO CENTRO DE PORTUGAL

João Pereira-Vaz[1]; Rodrigo Martins[2]; Ana Alves[1]; Alexandra Mendes[1]; Célia Morais[1]; Júnia Ferreira[1]; Fernando Rodrigues[2]; Anália Carmo[1]
[1]Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE / Hospital Pediátrico de Coimbra; [2]Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra

Introdução: As metodologias de sequenciação de nova geração (NGS) têm sido progressivamente utilizadas na genotipagem do HIV-1 apresentando várias vantagens potenciais, nomeadamente a detecção e quantificação de variantes genéticas minoritárias resistentes (VMRs) aos fármacos antirretrovirais (ARV). No entanto, o impacto da presença de VMRs previamente ao início da terapêutica na resposta aos ARV permanece controverso.
Objetivos: Estimar a prevalência de VMRs (<10%) em estirpes do HIV-1 sem exposição prévia aos ARV, isoladas na região centro de Portugal entre outubro de 2023 e agosto de 2024.
Material e métodos: Foram incluídas neste estudo 65 estirpes do HIV-1, nas quais não foram detectadas variantes genéticas resistentes aos ARV com frequências ≥10%. As leituras em formato FASTQ resultantes da sequenciação do gene pol através do ensaio AD4Seq HIV-1 Solution v2 (Arrow Diagnostics) e do sistema iSeq 100 (illumina), foram processadas, alinhadas e analisadas, usando a aplicação HyDRA Web. A identificação e a determinação da frequência das VMRs a diferentes limites de detecção (LDs: 5%, 2% e 1%) foram efetuadas de acordo com a tabela de mutações da International Antiviral Society (2022) e da aplicação HyDRA web, respectivamente. As posições de aminoácidos com coberturas <1000 leituras foram excluídas da análise.
Resultados e conclusões: Foi detectada pelo menos uma VMRs aos ARV em 3,1% (PIs: M46I; NNRTIs: E138A), 23,1% (PIs: M46I, I50V e L90M; NRTIs: D67N, K70R e M184I; NNRTIs: K101E, K103N, E138A/G, Y188H e F227L; INSTIs: G140R e Q148K) e 53,9% (PIs: M46I/L, I50V e L90M; NRTIs: M41L, A62V, K65R, D67N, K70R e M184I; NNRTIs: K101E, K103N, V106A/M, V108I, E138A/G, Y188C/H e F227L; INSTIs: G140R, S147G e Q148K/R) das sequências analisadas com LDs de 5%, 2% e 1%, respetivamente. Foi detectada resistência a mais do que uma classe de ARV em 3,1% e 20% das sequências analisadas, quando aplicados LDs de 2% e 1%, respetivamente. Em conclusão, como expectável a aplicação de metodologias de NGS aumenta consideravelmente a detecção de mutações associadas com a resistência aos ARV. Contudo, esta alta sensibilidade é clinicamente questionável, já que algumas destas VMRs poderão resultar de mecanismos de hipermutação G-A mediados por desaminases de citidina da família APOBEC e de erros nas reacções de PCR. Mais estudos são necessários para definir LDs de VMRs com relevância clínica e determinar o respectivo impacto na resposta virológica às diferentes classes de fármacos ARV.
Palavras chave: HIV-1; NGS; Resistência; Antirretrovirais

CO 13

ACHADOS IMAGIOLÓGICOS NO ENVOLVIMENTO PULMONAR POR DOENÇAS ASSOCIADAS A INFEÇÃO VIH

João Sá Couto; Joana Marinho; Adriana Dias; Diogo Canhoto; Yvette Martins
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra

O envolvimento pulmonar nas doenças associadas a infeção VIH é uma causa significativa de morbimortalidade mesmo com o advento da terapêutica antirretroviral. A avaliação imagiológica é essencial para o rápido diagnóstico e início precoce de terapêutica dirigida.

Realizou-se um estudo observacional retrospetivo onde foram selecionados 35 doentes com infeção HIV e patologia infeciosa respiratória, admitidos no serviço de Doenças Infeciosas de um hospital terciário ao longo de 18 meses. Estes doentes foram submetidos a avaliação imagiológica com tomografia computorizada torácica (TC-T) e avaliação broncoscópica (BF) com recolha de produtos biológicos para estudo microbiológico e virológico.

A amostra compreendia uma população maioritariamente do sexo masculino (71,4%), com diagnóstico inaugural de infeção HIV-1 (54,3%), estádio CDC-C3 (68,6%) e com insuficiência respiratória ligeira a moderada à admissão (71,4%).

Os achados imagiológicos mais comuns em TC-T foram a presença de tree-in-bud (31,4%); micronodulação ápico-caudal bilateral (25,7%) e vidro despolido bilateral (25,7%).

A presença de tree-in-bud e de alterações em vidro despolido em TC-T associou-se especialmente à infeção por P. jirovecii (45,4% e 77,8% respetivamente). A micronodulação bilateral foi frequentemente observada na infecção por CMV (55,6%) e M. tuberculosis complex (44,4%).

Em avaliações por TC-T com múltiplos achados imagiológicos, a combinação mais comum foi a presença de vidro despolido bilateral, tree-in-bud e reticulação bilateral (17,1%) associada a coinfeção P. jirovecii-CMV (50%) ou a infeção isolada por P. jirovecii (33,3%). De destacar a presença de micronodulação ápico-caudal e tree-in-bud como a segunda combinação mais comum (14,3%), associada frequentemente a infeção por CMV (40%).

Nos doentes com infecção VIH, o diagnóstico de envolvimento pulmonar por patologia infeciosa respiratória poderá ser desafiante, uma vez que 5 a 10% destes doentes apresentam achados inespecíficos na avaliação inicial com radiografia torácica convencional. A maior facilidade de acesso a TC-T e a protocolos de alta resolução permitem, através da conjugação de achados imagiológicos mais sensíveis, estabelecer hipóteses diagnósticas com maior grau de confiança e de forma mais célere, permitindo o início precoce de terapêutica, com benefício em morbimortalidade nesta população de doentes.

CO 14

RESISTÊNCIA ADQUIRIDA AOS INIBIDORES DA INTEGRASE, NOS ÚLTIMOS DOIS ANOS, EM PORTUGAL

Margarida Veloso[1]; Marta Ribeiro[1]; Joaquim Cabanas[1]; Fátima Gonçalves[1]; Sandra Fernandes[1]; Isabel Diogo[1]; Inês Costa[1]; Victor Pimentel[2]; Marta Pingarilho[2]; Ana Abecasis[2]; Perpétua Gomes[1]
[1]Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital Egas Moniz; [2]Instituto de Higiene e Medicina Tropical

Introdução: Os inibidores da transferência da integrase (ITI) são uma das seis classes de antirretrovirais (ARV) atualmente utilizados no tratamento de pessoas com VIH, estando incluídos nos regimes recomendados para primeira linha. Atualmente, os ITI de segunda geração, como o bictegravir ou o dolutegravir são amplamente utilizados. Apesar de serem fármacos potentes, com alta barreira genética, e consequentemente onde a seleção de mutações de resistência é pouco comum, a sua utilização em massa e uma monitorização menos adequada pode conduzir ao aumento da resistência a estes ITI, o que pode vir a comprometer e/ou a reduzir significativamente as opções terapêuticas futuras.

Objetivos: Neste estudo investigámos os padrões de resistência aos ITI nos doentes tratados com falência virológica, em Portugal, nos últimos dois anos.

Material e métodos: Entre Fevereiro de 2022 e Maio de 2024, realizámos 2193 testes de resistência aos antirretrovirais para VIH-1. As amostras analisadas são referentes ao centro, sul e regiões insulares de Portugal. Des-

tes, 644 testes foram realizados em amostras de indivíduos sob TARV que se encontravam em falência virológica. O RNA do VIH-1 foi sequenciado recorrendo a tecnologia de sequenciação de nova geração (Vela Diagnostics System). O cutoff utilizado para as quasispecies detetadas foi de 5%.

Resultados e conclusões: Dos 2193 testes realizados, 644 (29,4%) pertenciam a pessoas experimentadas em falência virológica. Destes, 41 (6,4%) apresentaram mutações major para os ITI, que representam o grupo em estudo. Este grupo é constituído por 24 homens e 17 mulheres, 21 (51,22%) são de origem portuguesa e a maioria está infetado com subtipos não-B (n=29; 70,7%). Em relação às mutações observadas, 7 (17%) indivíduos apresentavam mutações de resistência só à integrase e 5 (12,2%) tinham mutações de resistência às três classes de fármacos (inibidores da integrase, transcriptase reversa e protease). As mutações mais comuns na região da integrase foram N155H (n=14; 34,1%) e R263K (n=14; 34,1%). A seleção de mutações aos ITIs de segunda geração não é comum devido à sua elevada barreira genética e potência, contudo, neste estudo, encontrámos 41 casos. Este valor alerta para a importância do acompanhamento das pessoas a fazer TARV, de forma a detetar precocemente as falências e evitar a seleção e acumulação de mutações, que possam comprometer opções terapêuticas e contribuir para a transmissão de variantes resistentes. A monitorização é importante para garantir a sustentabilidade da TARV a longo prazo.

Palavras-chave: Resistência aos antirretrovirais HIV-1; mutações de resistência à integrase; inibidores da integrase; falência virológica; Portugal.

CO 15

O DESAFIO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DE DOENTES COM SIDA COM MÚLTIPLAS INFEÇÕES OPORTUNISTAS

Daniel Toscano
Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

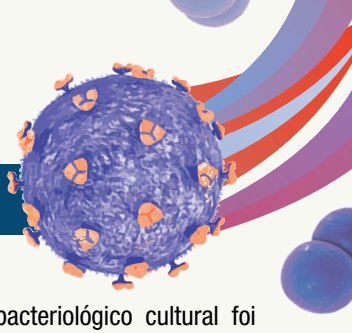
O diagnóstico de infeções oportunistas em doentes com SIDA continua a ser um desafio na atualidade. Estas podem ocorrer simultaneamente e apresentar sintomas semelhantes, dificultando a sua identificação. A rápida progressão das infeções complica a interpretação dos exames complementares, e acresce dificuldade no correto diagnóstico e tratamento.

Os autores descrevem o caso de uma mulher brasileira de 58 anos, residente em Portugal há 25 anos, hipertensa, que apresentava um quadro com 6 meses de evolução de perda ponderal, febre e astenia.

No exame físico, foram observadas febre e candidíase orofaríngea. Os exames laboratoriais mostraram anemia sugestiva de etiologia inflamatória, leucopenia, PCR de 3,38 mg/dL e serologia positiva para VIH. Revelou-se doença em estádio avançado com imunossupressão grave (CD4 de 10 células/mL). A presença de infiltrado intersticial no RX de tórax levou à realização de tomografia toraco-abdominal, que documentou condensações parenquimatosas pulmonares bibasais com micronódulos e hepatomegalia, sem esplenomegalia. Tendo em conta os achados, realizou broncoscopia, com pesquisa de M. tuberculosis por PCR, exame direto e cultura no lavado broncoalveolar com resultado negativo.

Ao fim de duas semanas de internamento, a doente evoluiu com insuficiência respiratória, agravamento do infiltrado intersticial, citocolestase, e aumento de LDH e PCR. Considerando a evolução clínica e a imunossupressão, iniciou-se tratamento com cotrimoxazol por pneumocistose pulmonar presumida. Após o

início da terapia, a bicitopenia evoluiu para pancitopenia, levando à alteração do regime terapêutico para reduzir a mielotoxicidade.
Pela persistência de pancitopenia foi realizado mielograma e quantificação de DNA de CMV no soro e sangue medular, com 2.783 e 1.135.249 cópias/mL, respetivamente, tendo sido iniciado o tratamento com Valganciclovir. O mielograma mostrou a presença de amastigotas de Leishmania spp. Verificou-se evolução com discrasia hemorrágica, choque séptico de etiologia fúngica e óbito, à quarta semana de internamento, sem possibilidade de otimizar tratamento.
Neste caso, as múltiplas infeções oportunistas e toxicidades medicamentosas, contribuíram para a difícil interpretação do quadro clínico e exames complementares. Apesar da atual disponibilidade e eficácia da terapêutica antirretroviral, a apresentação tardia de doentes com SIDA continua a ser um desafio, face à forma de como as doenças oportunistas se apresentam e evoluem.
Palavras-chave: Infeção VIH; Síndrome de imunodeficiência adquirida; Infeções oportunistas;



PODI 01

ACTINOMICOSE: UMA INFEÇÃO ESQUECIDA? ESTUDO RETROSPETIVO DE 10 ANOS NUMA UNIDADE LOCAL DE SAÚDE

Fábio Reis; Eduarda Pena; Clara Bacelar; Frederico Duarte; Maria João Gonçalves; Sofia Jordão; Ricardo Correia Abreu
Hospital Pedro Hispano

Introdução: A actinomicose é uma infeção rara e indolente causada por espécies de bactérias tipicamente encontradas na cavidade oral dos humanos: Actinomyces israelii, Schaalia meyeri, e Schaalia odontolytica. Estas infeções ocorrem preferencialmente na região cervicofacial, torácica ou abdominopélvica. Pode mimetizar neoplasias, o seu diagnóstico é difícil e o tratamento requer cursos de antibioterapia prolongados.
Objetivos: Caracterizar a população adulta internada por actinomicose relativamente à demografia, manifestações clínicas, tratamento e outcome.
Material e métodos: Estudo retrospetivo dos adultos internados por actinomicose num hospital português entre janeiro de 2014 e dezembro de 2023. Os dados foram obtidos através da consulta do processo clínico.
Resultados: Foram analisados 25 casos de actinomicose: 52% do sexo masculino, idade entre os 25 e os 87 anos (média de 50.7). As formas clínicas mais comuns foram abdominopélvica (36%), cervicofacial (24%) e pulmonar (20%). Documentada bacteremia em 8% dos doentes. Os fatores de risco mais comuns foram neoplasia (28%) e diabetes mellitus (28%) e apenas dois doentes tinham realizado procedimentos dentários previamente. O exame bacteriológico cultural foi positivo em 60% dos casos e nos restantes o diagnóstico foi realizado através do exame histopatológico. A maioria dos doentes (91%) foi tratada com antibióticos beta-lactâmicos: média de 26 dias de indução endovenosa, seguido por uma média de 201 dias por via oral. Em 68% dos casos foi feito controlo de foco cirúrgico e apenas 2 doentes tiveram recorrência (antibioterapia supressora insuficiente). Houve apenas um óbito (neoplasia terminal em cuidados paliativos).
Conclusões: A actinomicose é uma infeção rara e com diagnóstico desafiante. Ainda assim, apresentamos uma série de vários casos, o que mostra que a suspeição clínica e valorização de achados histológicos é essencial na abordagem desta infeção. Mais de metade dos doentes tinham uma causa de imunossupressão identificada, o que está descrito como fator de risco. O prognóstico destes doentes foi favorável dado que a larga maioria cumpriu tratamento antibiótico prolongado e, quando necessário, foi realizado controlo de foco cirúrgico. Uma abordagem multidisciplinar médico-cirúrgica e laboratorial é fundamental para um diagnóstico precoce e tratamento adequado de modo a melhorar o outcome destes doentes.
Palavras-chave: Actinomicose; diagnóstico; imunodepressão

PODI 02

MICOBACTERIOSE ATÍPICA – SERÁ A CHINCHILA O PROBLEMA?

João Borralho[1]; Inês Roxo[2]; Diogo Santos[2]; Nuno Rombo[2]; Carla Rocha[2]; João Vaz Alves[1]; Susana Peres[1]; André Weigert[2]; Kamal Mansinho[1]
[1]Hospital Egas Moniz, ULSLO; [2]Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital de Santa Cruz

Os doentes transplantados têm risco infecioso acrescido, nomeadamente micobacterioses. Mycobacterium genavense é uma micobactéria fastidiosa, de crescimento lento, oportunista, com poucos casos descritos.

Caso: Mulher, 43 anos, residente em Lisboa com o marido, tendo como animal de estimação uma chinchila com 13 anos. Tem história de doença renal crónica por nefronoftise, submetida a transplante renal (dador morto) em 2001 e retransplante renal (dador vivo) em 2006, com atual disfunção do enxerto (creatinina 2mg/dL). Medicada com tacrolimus, micofenolato de mofetil e prednisolona.

Desde 04/2024 com emagrecimento progressivo (10 kg), cansaço, dor abdominal inespecífica e dejeções líquidas alternadas com obstipação. Entre abril e maio teve três episódios de suboclusão intestinal que motivaram internamento. Realizou ecografia e TC abdominal que demonstraram estenose do jejuno sem dilatação, com adenopatias associadas e espessamento do cólon transverso de eventual etiologia inflamatória/infeciosa. Colonoscopia e ileoscopia terminal sem alterações, biópsias sem evidência de CMV ou EBV por imunohistoquímica. Coproculturas, hemoculturas e uroculturas negativas e carga viral sérica CMV indetetável. Enteroscopia identificou uma zona de estenose curta, com edema e bordos elevados, não franqueável, e duas úlceras superficiais com 10 mm no jejuno médio. A biópsia revelou mucosa de intestino com expansão da lâmina própria por infiltrado histiocitário com múltiplos bacilos ácido álcool resistentes, intracelulares, coloração Ziehl Neelsen positiva, sugestivos de micobacteriose atípica, sem granulomas necrotizantes. PCR M. tuberculosis e exame cultural de micobactérias foram negativos.

Iniciou rifabutina, etambutol e azitromicina, enviando-se a amostra para PCR de micobactérias atípicas. Apesar do início de terapêutica, ao fim de um mês, manteve-se febril, pelo que se adicionou ciprofloxacina. Teve nova suboclusão intestinal e a TC abdominal mostrou agravamento das adenopatias, apesar de terapêutica quádrupla. Resultado de PCR positiva para M. genavense, pelo que se alterou a quinolona para moxifloxacina, evoluindo ao final do 2º mês de terapêutica, com episódio de oclusão que obrigou a enterectomia, mantendo atualmente o tratamento antibacilar.

Conclusão: Nos poucos casos descritos de doença por M. genavense em transplantados, esta apresenta-se sobretudo com manifestações gastrointestinais e atingimento ganglionar, como nesta doente. Embora seja uma bactéria ambiental, estão reportados casos de infeção em animais de estimação, incluindo chinchilas. A evidência a suportar o estado de portador e o seu potencial zoonótico é escassa, de qualquer forma, a colheita da história epidemiológica pode dar pistas para aumentar a suspeição de agentes menos comuns. O prognóstico desta entidade em doentes transplantados é incerto, frequentemente com evolução desfavorável.

PODI 03

INFEÇÃO RARA POR BURKHOLDERIA CEPACIA COMPLEX: DESAFIOS E IMPLICAÇÕES CLÍNICAS

Fábio Reis[1]; Joana Costa[2]; Susana Ramos Oliveira[1]; Mafalda Felgueiras[1]
[1]Hospital Pedro Hispano; [2]Hospital de São Teotónio, E.P.E. - Viseu

Introdução: O complexo Burkholderia cepacia (Bcc) é constituído por espécies de bacilos Gram-negativo, aeróbios, não fermentado-

res, com resistência intrínseca a múltiplos antimicrobianos, sendo que, sob pressão antibiótica, pode desenvolver rapidamente resistência a todas as classes. Apesar de estar mais frequentemente associado a infeções respiratórias em doentes com fibrose quística ou doença granulomatosa crónica, também estão descritas infeções por Bcc noutras localizações anatómicas, principalmente em doentes imunodeprimidos ou expostos previamente a antibioterapia de largo espetro.
Descrição do caso: Apresentamos o caso de um homem de 90 anos, com pluripatologia (Diabetes mellitus tipo 2 mal controlada, doença renal crónica, carcinoma urotelial metastizado, sem condições sistémicas para quimioterapia), recentemente submetido a RTU-V e radioterapia hemostática. Admitido em internamento por sépsis com ponto de partida urinário, por pielonefrite bilateral obstrutiva, com disfunção renal, cardiovascular e neurológica, com necessidade de derivação urinária urgente com nefrostomias bilaterais. Nas hemoculturas e urocultura colhidas à admissão hospitalar foi isolada e identificada uma Bcc (VITEK®MS, bioMérieux) e aferido o perfil de suscetibilidade aos antimicrobianos de acordo com as recomendações nacionais do Consenso em Microbiologia de 2018 e dos breakpoints atualizados em 2023 pelo Clinical & Laboratory Standards Institute. A estirpe isolada apresentava sensibilidade ao cotrimoxazol, à ceftazidima, à levofloxacina e ao meropenem. Dada a lesão renal aguda condicionada pela infeção sistémica (sCr máxima de 5.5 mg/dL, TFG 8.49 ml/min/1.73m2) e a necessidade de evicção de nefrotoxicidade por cotrimoxazol, foi alterada antibioterapia empírica para ceftazidima em dose aumentada, ajustada à função renal. O doente apresentou boa evolução clínica, tendo completado 14 dias de tratamento dirigido.
Conclusão: A multirresistência associada às infeções por Bcc, aliada à complexidade clínica dos doentes é um desafio. Por outro lado, a ausência de orientações europeias padronizadas relativamente aos breakpoints definidores de suscetibilidade, acresce dificuldade no ajuste da terapêutica antimicrobiana. Neste contexto, a identificação célere do agente de infeção e do seu perfil de suscetibilidade, tem impacto significativo no prognóstico dos doentes.
Palavras-chave: Burkholderia cepacia complex, imunodepressão, multirresistência

PODI 04

INTERNATO EM DOENÇAS INFECCIOSAS: PERCEPÇÃO SOBRE O AMBIENTE CLÍNICO DE APRENDIZAGEM

José Ganicho[1]; Ana Raquel Garrote[1]; Raquel Tavares[2]; Maria José Manata[1]; Fernando Maltez[1]
[1]Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central; [2]Hospital Beatriz Ângelo

Introdução: A Organização Mundial de Saúde definiu as 13 mais importantes ameaças à Saúde Global, das quais se destacam a prevenção de doenças infecciosas e a resistência antimicrobiana. Tendo em conta a actualização constante da evidência científica e as ameaças identificadas, é imperativo discutir a formação em Doenças Infecciosas.
Objectivos: Este estudo tem como objectivo explorar a percepção dos inquiridos relativamente à sua formação e ao ambiente clínico de aprendizagem.
Material e métodos: Foi desenvolvido um questionário sobre a formação e o ambiente clínico de aprendizagem, dirigido a Internos e Recém Especialistas (≤5 anos).
Resultados e conclusão: O questionário obteve 73 respostas, sendo que 75,3% eram Internos. A maioria considera os tempos previstos para os estágios de Medicina Interna, Microbiologia e Infecciologia Geral adequados (83,5%, 76,7% e 71,2%, respectivamente), mas que o último deveria estar dividido e incluir as áreas de Controlo de Infecção e Pres-

crição Antibiótica e Imunossupressão e Risco Infeccioso (84,9% e 65,8%, respectivamente). A maioria (64,4%) considera que o estágio de Medicina Intensiva deveria ser inferior a 6 meses. Relativamente à Urgência Externa de Medicina Interna, apenas 34,2% dos inquiridos realiza até ao 4º ano. A maioria não considera importante a sua realização para além do 1º ano e que a mesma prejudica o seu Internato (67,1% e 82,2%, respetivamente). Os inquiridos da região Norte assistem e dirigem mais consultas, realizam mais apresentações em Congressos e estudam mais horas semanalmente. As maiores dificuldades sentidas no Internato foi a "Ausência de tempo de estudo dedicado no horário" e a "Actualização científica". Sobre o modelo de Exame Final de Especialidade e Grelha Curricular, 43,8% e 35,6%, dos inquiridos não concordam ou concordam pouco, respectivamente. Concluindo, a maioria dos inquiridos concorda com a duração dos estágios, excepto o de Medicina Intensiva que deveria ser inferior a 6 meses. As áreas de Controlo de Infecção, Prescrição Antibiótica, Imunossupressão e Risco Infeccioso deveriam ser obrigatórias. Existem assimetrias regionais no que concerne à produção científica e ao ano até ao qual se realiza Urgência Externa de Medicina Interna. As maiores dificuldades reportadas são a ausência de tempo de estudo e a actualização científica. Concluindo, foram identificados aspectos que deverão ser revistos para adaptar a formação em Doenças Infecciosas aos desafios actuais e futuros.

PODI 05

IMPACT OF REMDESIVIR IN PORTUGAL: ENHANCING HEALTHCARE CAPACITY AND OUTCOMES IN COVID-19

Malwina Mejer; Lærke Kilsdal; Nikolaj Siersbæk; Julia Sabine Wahl
Copenhagen Economics

Introduction: In July 2020, remdesivir became the first antiviral therapy approved in Europe for the treatment of adult patients diagnosed with SARS-CoV-2 infection who are at an elevated risk of developing severe disease. This marked a pivotal moment in addressing the healthcare crisis posed by the COVID-19 pandemic. RCT and RWE studies have consistently demonstrated the effectiveness of remdesivir in reducing the usage of Intensive Care Units (ICUs), hospitalisations, and mortality rates, thereby relieving the strain on healthcare systems and improving patient outcomes across Europe (e.g. Blair, 2023). By enabling shorter hospital stays and preventing disease progression, remdesivir became a critical component of treatment protocols during the pandemic.

Objectives: The primary objective of this study is to estimate the impact of remdesivir on hospital capacity, patient outcomes, and economic savings in Portugal from 2021 to 2023. Specifically, the research aims to quantify the effects of remdesivir in terms of hospital and ICU capacity, lives saved, and cost savings to the healthcare system.

Methods: We follow the model-based approach outlined in Jervelund et al. (2023), a non-peer-reviewed publication, which uses efficacy data from RCTs alongside epidemiological data to estimate the potential impact of remdesivir in the EU in years 2021, 2022 and 2023. The model compares hospital admissions, ICU capacity, and mortality rates among COVID-19 patients in two scenarios: one where patients are treated with remdesivir and one where they are not. It also estima-

tes generated cost savings to the healthcare system.

We are currently updating the model and refining the model parameters, considering the efficacy of remdesivir documented in the RWE studies. In addition, we are using available epidemiological data rather than the projections bringing us closer to the measure of actual impact. We aim to evaluate country-specific actual impact, with a particular focus on Portugal.

Results: Jervelund et al. (2023) show that in 2021, remdesivir freed up 550,900 hospital and 377,800 ICU beds across the EU, with an estimated 20,380 lives saved and total economic savings of EUR 755 million (EUR 3,240 per patient) generated in the EU. These estimations demonstrate remdesivir's substantial role in alleviating healthcare burden and improving patient outcomes. The outcome of our work will show the actual impact on healthcare capacity, lives saved and cost savings generated in Portugal.

PODI 06

STRONGYOIDES E SCHISTOSOMA: UMA CASUÍSTICA DE UMA DÉCADA

TIAGO NEVES; Mariana Lopes; Teresa Reis; Cristiana Lopes; Helena Alves; Cristina Valente; Fernando Rodrigues

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

Introdução: O fluxo migratório na Europa verificado na última década tem favorecido o contacto com doenças infeciosas importadas. A estrongiloidíase e a schistosomíase são das parasitoses importadas com maior seroprevalência.

Objetivo: O objetivo deste estudo foi determinar o número de diagnósticos realizados num hospital central durante um período de 10 anos e analisar os dados epidemiológicos e clínicos dos doentes.

Material e métodos: Estudo retrospetivo de doentes com serologia positiva para Strongyloides spp. (Ensaio Imunoenzimático – ELISA) e/ou Schistosoma spp. (electrosinerese, tumefação de cercárias e ELISA) realizadas no Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge e Instituto de Higiene e Medicina Tropical, respetivamente, entre janeiro de 2014 e julho de 2024. Avaliaram-se dados demográficos (sexo, idade, nacionalidade, residência) clínicos (motivo do pedido, presença de imunossupressão, sintomatologia) e laboratoriais (resultado serológico e presença de eosinofilia).

Resultados: Dos 415 doentes a quem foi pedida uma ou ambas as serologias, foram incluídos aqueles com resultado positivo para um dos testes, totalizando 33 doentes (7,95%). A faixa etária variou entre 4 e 78 anos com uma mediana de 44 anos, sendo 75,8% do sexo masculino. Relativamente à nacionalidade, 33.3% eram oriundos de zonas endémicas. Em 45.5% não é referido no registo clínico o contexto epidemiológico. A prevalência de Strongyloides spp. foi 6,5% e de Schistosoma spp. 1,4%. Não foram identificados casos de coinfecção. Em 45.5% dos doentes a serologia foi realizada no contexto de pré-transplante ou presença de imunossupressão (5 doentes com infeção por VIH, 7 sob medicação imunossupressora e 3 em fase pré-transplante). Em 15 doentes é reportada sintomatologia compatível com infeção ativa e 45,5% apresentavam eosinofilia concomitante.

Conclusões: A prevalência de infeção por Strongyloides spp. e Schistosoma spp. reportada neste estudo é baixa, porém ao invés de outros estudos este incluiu doentes migrantes e viajantes. É importante referir dados epidemiológicos no pedido desta análise para estudos futuros. Apesar da presença de eosinofilia ser sugestivo de infeção parasitária não deve ser o único critério para a solicitação destes testes. Desta forma, o rastreio sistemático em doentes com contexto epidemiológico, parti-

cularmente em doentes imunossuprimidos, possibilita a administração de tratamento atempado, prevenindo complicações potencialmente graves a longo prazo.

Palavras chave: Strongyloides; Schistosoma; imunossupressão; migrantes

PODI 07

ANTIBIOTERAPIA EM AMBULATÓRIO: EXPERIÊNCIA DOS PRIMEIROS 2 ANOS DE FUNCIONAMENTO

Helena Barroso; Ana Catarina Guerra; Joana Alves; Joana Laranjinha; Patrícia Alves; Flávia Silva; Cidália Abreu; Alexandra Silva; Ana Cláudia Carvalho
Hospital de Braga

Introdução: A utilização apropriada da antibioterapia é fundamental para aumentar a eficácia do tratamento, reduzir os efeitos adversos e diminuir a morbimortalidade associada à infeção. Os programas de otimização da prescrição de antimicrobianos defendem estratégias que permitem devolver precocemente o doente à comunidade e diminuir o risco de infeção hospitalar, quer através da transição precoce para antibioterapia oral, quer através da administração de antibacterianos parentéricos em ambulatório.

Objetivos: Descrição da organização e resultados da consulta de antibioterapia de ambulatório de um hospital central português.

Material e métodos: Consulta do processo clínico dos doentes seguidos em Consulta de Antibioterapia de Ambulatório e análise dos dados em Excel®. Descrevem-se os resultados dos doentes sob antibioterapia parentérica.

Resultados: Esta consulta prevê o seguimento de doentes adultos, sob antibioterapia, de acordo com protocolo definido na Instituição (ref). A consulta "Antibioterapia de Ambulatório", decorre no Hospital de Dia de Infecciologia e tem um corpo clínico em dedicação parcial constituído por 2 médicas e 3 enfermeiras. Podem ser admitidos simultaneamente 5 doentes sob antibioterapia endovenosa, 1x/dia, 7/7 dias.

Entre 01/04/2022 e 31/08/2024 (17 meses) foram observados 89 doentes sob antibioterapia endovenosa (31,4% do total). A mediana da duração dos tratamentos foi 9 dias (mínimo 1; máximo 84). Os diagnósticos mais frequentemente abordados foram infeções do aparelho urinário (40%), infeções osteoarticulares (15%) e infeções da corrente sanguínea (n=15%), incluindo 4 endocardites. Apenas 3 doentes não tiveram isolamentos microbiológicos, destacando-se Enterobacterales ESBL+ em 60% casos e Staphylococcus spp em 11%. Os antimicrobianos utilizados foram ertapenem em 62% casos, daptomicina em 17%, ceftriaxone em 13% e aminoglicosídeos em 9%. Verificaram-se 3 reinternamentos, nenhum relacionado com infeção.

No total da amostra, evitaram-se 1212 dias de internamento, dos quais 660 dias em vagas de isolamento.

Conclusões: A antibioterapia em ambulatório é uma estratégia eficaz e segura de tratamento de doentes com infeção bacteriana, incluindo doentes com infeções de corrente sanguínea e endocardites. Permite ao doente ter mais qualidade de vida, diminui a taxa de eventos adversos relacionados com o internamento e aumenta a disponibilidade de vagas a nível hospitalar.

PODI 08

ENFERMAGEM DE IMUNODEPRESSÃO SEM PRESENÇA DE UTENTE ENQUANTO ESTRATÉGIA DE PROXIMIDADE

Barbara Cardoso; Andreia Martins; Beatriz Miranda; Claudia Ferreira; Jennifer Ribeiro; Zélia Sobral
Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Introdução: Em 2014, a consulta de enfermagem de Imunodepressão sem presença de utente (CESPU), criada no âmbito do projeto da consulta de enfermagem de um serviço de ambulatorio de infecciologia, surgiu para

dar resposta a uma necessidade sentida pela equipa de enfermagems e manifestada pela população-alvo, utentes portadores da infeção por VIH desta consulta, com o intuito de promover maior acessibilidade e proximidade e aumentar a retenção nos cuidados de saúde. Ao longo dos anos a CESPU têm-se tornado uma estratégia promotora de saúde, criando oportunidades de acesso a cuidados de saúde individualizados, rápidos, diferenciados e seguros, à distância de um telefonema, respeitando os princípios intrínsecos ao processo de cuidados, de qualquer interação presencial, com o utente.

Objetivo: Identificar os principais resultados da CESPU realizadas entre 2014-2024, num serviço de ambulatório de Imunodepressão.

Metodologia: Estudo descritivo, longitudinal, retrospetivo, com recurso à extração de dados dos processos eletrónicos.

Resultados e conclusões: Entre janeiro de 2014 e agosto de 2024, foram realizados 9926 CESPU. Os principais motivos da realização da mesma foram: ausência de comparência a consultas/tratamentos (66%), gestão de terapêutica (16%), gestão da situação clínica (8.7%), sessões de Hospital de Dia (3%) e consulta do processo clínico (6,3%). Como condicionantes à efetivação da CESPU foram identificadas lacunas nos processos dos utentes, com números de telemóveis inexistentes ou desatualizados, bem como o não atendimento da chamada por parte do utente e/ou do enfermeiro. A CESPU é uma forma de contato com o utente que promove a educação em saúde, permite avaliar necessidades em saúde, avaliar a adesão ao tratamento, capacitar o utente, esclarecer dúvidas, identificar e gerir sintomas e prevenir complicações de saúde. Tem como vantagem a promoção de cuidados de enfermagem de proximidade, o que é particularmente vantajoso para as populações vulneráveis e para a gestão de doenças crónicas. Em suma, a consulta de enfermagem não presencial contribui significativamente para o cumprimento dos ODS, oferecendo uma abordagem inovadora que melhora o acesso aos cuidados de saúde e promove um sistema de saúde mais inclusivo, eficiente e sustentável.

PODI 09

CASUÍSTICA DE 10 ANOS DE INFEÇÃO POR MALÁRIA EM IDADE PEDIÁTRICA NUM HOSPITAL TERCIÁRIO

Teresa Magalhães; Maria Pavão Sousa; Laura Leite de Almeida; Ana Reis Melo; Margarida Tavares
Centro Hospitalar de S. João, EPE

Introdução: A malária é uma doença parasitária, transmitida pela picada do mosquito fêmea do género Anopheles infetado. Apesar de não ser endémica em Portugal, observa-se um aumento do número de casos importados nos últimos anos.

Objetivos: Descrever a casuística dos internamentos por malária em idade pediátrica.

Material e métodos: Realizada análise retrospetiva das características clínicas e epidemiológicas dos doentes internados com malária em idade pediátrica num hospital terciário entre 2014 e 2024.

Resultados: 25 casos de malária, 64% do sexo feminino, mediana de idades de 11 anos (mínimo 2, máximo 17). O continente Africano foi a origem da infeção em 84% (n=21) dos casos (72% Angola, 12% Moçambique). 19 crianças eram naturais/residentes em África e as restantes tinham estado em região endémica. Em 72% o motivo da viagem foi visita de familiares/ amigos, em 16% migração e 12% motivos médicos. Em nenhum caso tinha sido realizada quimioprofilaxia antimalárica ou medidas de controlo de vetor. O Plasmodium falciparum foi identificado em 15 casos (60%) e em 7 (28%) não foi identificada a espécie do Plasmodium. A média de início de sintomas após chegada a Portugal

foi 6,3 dias. A média de dias até recorrer aos serviços de saúde foi 2,1 dias e a média de dias para o diagnóstico foi 2,3. 32% (n=8) já tinham tido episódios prévios de malária e 84% (n=21) das crianças eram previamente saudáveis. A febre foi a manifestação clínica mais frequente (96%), seguida de cefaleias (64%) e queixas gastrointestinais (54%). A duração média do internamento foi 10,6 dias (mínimo 1, máximo 64). 9 (36%) doentes cumpriam critérios de malária grave e 5 (20%) necessitaram de internamento em cuidados intensivos. Os critérios de gravidade mais comuns foram anemia normocítica grave (20%), lesão renal aguda (20%), parasitémia > 10% (16%) e alteração do estado de consciência (16%). Não se verificaram óbitos. Em relação ao tratamento, 48% realizaram artesunato endovenoso e posteriormente artemether-lumefantrina oral, 36% realizaram apenas artemether- lumefantrina oral e 16% realizaram quinino endovenoso.

Conclusões: A malária é uma infeção potencialmente fatal que deve ser rastreada em todas as crianças febris, naturais ou com história de estadia recente num país endémico. É essencial o aconselhamento pré-viagem, quimioprofilaxia e alto índice de suspeição diagnóstica, principalmente com o aumento da migração. O diagnóstico precoce é crucial para o início imediato de tratamento e, consequentemente, redução de complicações.

PODI 10

COVID-19 – UM CASO RARO DE POLISSEROSITE

António G. P. Bastos; Alexandra Miranda Gaspar; Clara Rosa; Ermelinda Pedroso; Patrícia Carneiro
Centro Hospitalar de Setúbal, EPE / Hospital de São Bernardo

Introdução: Polisserosite (PS) é uma entidade descrita como a inflamação com efusão de duas ou mais membranas serosas (pleura, mediastino, pericárdio e peritoneu) simultaneamente [1]. Em doente com COVID-19, os derrames pleurais e pericárdicos isoladamente são relativamente frequentes com uma prevalência de 4,41 % (n=9.182 doentes) e 9,55% (n= 6.234 doentes), respetivamente, sendo parecem estar associados a maior gravidade e mortalidade da doença[2, 3]. Apesar de ser comum a inflamação com consequente efusão da serosa, a inflamação de 2 ou mais (PS) é raramente descrita na literatura[1].

Caso clínico: Doente de 44 anos, sexo masculino, sem antecedentes pessoais de relevo. Recorreu ao serviço de urgência pela primeira vez com quadro de febre, tosse e mialgias. Apresentava PCR positiva para Sars-CoV-2, medicado com antibioterapia com ciclo de amoxicilina + ácido clavulânico e azitromicina para ambulatório. Regressa 7 dias depois por manutenção de febre, tosse e cansaço para pequenos esforços. Gasimetricamente sem insuficiência respiratória em ar ambiente. Anaticamente com Leuc 10,5, PCR 26,2 mg/dL; Hipoalbuminemia 2,8 g/dL; Anemia ferropénica 11,3 g/dL (ferro 22 mcg/dL e Saturação transferrina 12,9%), padrão colestático e hiperbilirrubinemia ligeira (ALT 62 U/L; AST 28 U/L; FA 278 U/L; GGT 280 U/L; BT 1.48 mg/dL; Bilirrubina Direta 0.67 mg/dL). Ecocardiograma sumário com derrame pericárdico ligeiro-moderado. Rx tórax demonstra derrame pleural bilateral de ligeiro-moderado volume, sem consolidações. ECG sem criterios de pericardite. O doente ficou internado para estudo. Ecografia abdominal sem alterações nomeadamente hepatoesplenomegalia, dilatação das vias biliares ou ascite; estudo infecioso efetuado: antigenúrias Streptoccocus Pneumoniae e Legionella Pneumoniae negativas; HIV e monoteste negativo; Hemoculturas estéreis; painel de vírus respiratório com PCR apenas positiva para Sars-CoV-2; IgM negativa para CMV, EBV, Parvovírus e Mycoplasma; ANA's negativos. Durante o internamento, realizou terapêutica fixa com anti-inflamató-

rios não esteroides com melhoria das queixas, tendo tido alta com reavaliação a curto prazo em Hospital de Dia.

Conclusão: Este doente apresenta alterações enquadráveis e descritos na COVID-19 –anemia ferropénica, citocolestase hepática e hipoalbuminemia [4-6]. Associadamente, a polisserosite associada ao COVID-19, pela sua raridade, é um diagnóstico de exclusão que pode ser feito após investigação aprofundada de outras causas mais frequentres como patologia patologia autoimune, neoplásica ou outro tipo de patologia infeciosa. Neste contexto clínico e, tendo em conta o estudo realizado, parece a etiologia mais provável.

PODI 11

PICOS SAZONAIS DE GRIPE: O QUE OS DISTINGUE E O QUE TEMOS A APRENDER?

João Pedro Marques Macedo; Maria Luísa Olim; Luís Filipe Santos Silva; Miguel Silva Cruz; Nadine Almeida; João Bessa Martins; Gabriel O. Fernandes; Diana Isabel Dias
Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga, EPE / Hospital de S. Sebastião

Introdução: Gripe comum é a infeção sazonal por Influenza e com elevados custos e morbimortalidade hospitalar, com sobrecarga e exaustão de recursos.

Objetivos: Estudar o impacto dos picos sazonais da gripe no serviço de medicina interna (SMI), comparando a semana com maior número de casos em 2023/4 vs. 2022/3. Secundariamente foi feita análise comparativa entre as populações.

Material e métodos: De acordo com Instituto de Vigilância Epidemiológica Ricardo Jorge, a semana com maior número de casos de Influenza A ou B nos dois últimos picos sazonais de gripe foram de 14-20/11/2022 e 25-31/12/2023. Identificou-se em base de dados laboratorial todos os doentes com isolamento respiratório em zaragatoa de Influenza A ou B internados no SMI nesse período. Com recurso ao processo clínico, caracterizou-se: idade, comorbilidades, demora de internamento, infeções nosocomiais, uso de antibioterapia e morbimortalidade após internamento. A análise estatística utilizou o Chi-quadrado (variáveis categóricas) e o teste T de Student e o Mann-Whitney-U (associação entre variáveis continuas e categóricas).

Resultados e conclusão: Foram observados pela Medicina Interna 181 doentes com Influenza. Foram internados no SMI 110 doentes, 28 (65.1%) em 2022 e 82 (59.4%) em 2023. Do total de doentes analisados: 92.7% (n=101) cumpriu oxigenoterapia, 89.1% (n=98) fez Oseltamivir e 82.6% (n=92) antibioterapia ao longo do internamento.

Da análise comparativa dos picos, verificou-se significância estatística na população total incluída, entre maior carga de doença pré-mórbida e, tanto maior mortalidade, como reinternamento a 30 dias ($p=0.012$; $p=0.039$) e ainda que maior tempo de internamento se associa a necessidade de escalar antibioterapia ($p<0.001$) e mais infeções nosocomiais ($p<0.001$).

Mais ainda, apesar de entre os dois picos gripais, a população não ser estatisticamente diferente no que toca a idade, carga de doença pré-mórbida ou estado de dependência nas atividades de vida diária, encontraram-se diferenças significativas no tempo de internamento (43 vs. 60 dias, $p=0.013$) e de infeções nosocomiais (0% vs. 14.8%, $p=0.031$).

A análise realizada sugere que apesar de populações semelhantes entre os anos, a demora de internamento e as infeções hospitalares foram mais relevantes em 2023, traduzindo maior sobrecarga hospitalar. Assim, é importante um planeamento anual adequado aos picos da gripe não obstante variação na virulência entre anos.

Palavras-chave: Gripe; Influenza; Infeção sazonal

PODI 12

PNEUMONIA NECROTIZANTE POR PSEUDOMONAS AERUGINOSA

Stefano Dias Pinto; Leonardo Andrade; João Nuak; Lurdes Santos
Centro Hospitalar de S. João, EPE

Introdução: A pneumonia necrotizante é uma complicação associada à desvitalização do tecido pulmonar durante a infeção e aparecimento subsequente de focos de necrose em áreas consolidadas. Muito embora o pneumococo continue a ser o agente predominante são cada vez mais identificados outras agentes etiológicos.

Caso clínico: Homem, 66 anos, com doença pulmonar cronica não estratificada, hipertenso, tabagismo / etilismo crónicos e heroinómano. História de dispneia com 2 semanas de evolução e foi observado no serviço de urgência por episódio súbito de dispneia em repouso durante a madrugada, sem posição de alívio. Sem febre ou toracalgia. À admissão: polipneico, hipertenso, taquicárdico, apirético e à auscultação pulmonar com diminuição global dos sons e sibilância nas bases. Analiticamente com elevação dos parâmeros inflamatórios, D-dímeros 2.75 microg/ml, BNP 1255pg/mL; gasometria arterial com Ph 7.45, pO2 74.7 mmHg, pCO2 43.2 mmHg, HCO3 29.6 mmHg, sO2 95.1%; Rx tórax sem condensações e Angio TC Torax com dissecção da aorta ascendente e arco aórtico. Admitido inicialmente em Sala de Emergência por crise hipertensiva e por dissecção da aorta ascendente. Posteriormente admitido em unidade de cuidados intensivos por insuficiência respiratória onde foi entubado; desmame ventilatório difícil. Diagnosticado Pneumonia necrotizante com empiema por P.aeruginosa MDR, isolado em secreções brônquicas e LB/LBA. Por Cirurgia Vascular e Cardiotorácica, doente sem condições para cirurgia. Após estabilização clínica foi transferido para enfermaria de doenças infeciosas para continuação de cuidados. Cumpriu 6 semanas de antibioterapia com meropenem, tendo na avaliação imagiológica seriada melhoria progressiva.

Conclusão: A pneumonia necrotizante por P.aeruginosa, implica adequação criteriosa do regime antibiótico e controlo do foco de forma a evitar novas complicações, com aumento da morbi-mortalidade e consumo de recursos. A imagem revela-se um elemento essencial na monitorização da evolução clinica e eficácia do tratamento instituído.

PODI 13

INFEÇÃO CUTÂNEA DISSEMINADA RECORRENTE POR HERPES SIMPLEX 1

Stefano Dias Pinto; Leonardo Andrade; Nuno Pardal; Lucia Ribeiro; Isabel Gomes Abreu; Lurdes Santos
Centro Hospitalar de S. João, EPE

Introdução: A imunodisfunção associada a algumas patologias auto-imunes pode ser agravada pela imunossupressão farmacológica necessária para o seu controlo. A infeção pelo vírus do herpes simples leva a um quadro clínico característico e de diagnóstico simples na maioria das situações. No entanto, nos imunossuprimidos, um defeito na imunidade mediada por células leva ao declínio da resposta imunológica ao HSV, podendo acarretar uma apresentação clínica atípica que se pode tornar crônica e progressiva.

Caso clinico: Mulher de 31 anos com doença de Crohn, sob vedolizumab desde Janeiro de 2024 e sulfassalazina desde Maio de 2024. Com 1 episódio prévio de infeção cutânea disseminada por herpes simplex 1, em 2013, resolvido rapidamente com ciclo de aciclovir endovenoso (EV), tendo cumprido terapêutica profilática com valaciclovir, nos 3 anos seguintes, sem recorrência. Recorre ao serviço de urgência em Junho 2024, por febre e erupção cutânea vesicular de novo no antebraço esquerdo, com progressão rápida para a face,

tronco e membros. Diagnóstico presuntivo de infeção cutânea herpética, confirmada por PCR numa das lesões. Agravamento após 48h de aciclovir EV, tendo transitado para foscarnet. Evolução desfavorável com sobreinfeção bacteriana provável (sem identificação de agente) e choque hipodinâmico a requerer ECMO. Biópsia cutânea a identificar síndrome de Sweet que foi interpretado como secundário à sulfassalazina (dada relação temporal). Submetida a alta dose corticoterapia sistémica, com resposta clínica e analíticas favoráveis. A doente sobreviveu ao episódio tendo, contudo, tido alta hospitalar ao fim de 75 dias ainda sob prednisolona oral 50 mg/dia e com lesões cutâneas ainda em cicatrização. Não foi possível amplificar a amostra para realização de teste de resistências ao aciclovir. Foi iniciado estudo para exclusão.

Conclusão: De momento, não se apuram medidas que permitam antecipar novos episódios de reativação grave por este vírus, dada suspeita de resistência ao aciclovir. Este caso ilustra a dificuldade de gestão desta tipologia de doentes e o possível risco associado às terapêuticas imunomoduladoras que existem atualmente. Existem poucos casos descritos de resistências do HSV1 ao aciclovir, cursando muitas vezes com défices imunológicos subjacentes que devem ser identificados.

PODI 14

DOENÇA INVASIVA POR STREPTOCOCCUS PYOGENES, UMA DOENÇA A DECLARAR? - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Raquel Moura Azevedo; Soraia Araújo; Martinha Vale; Diana Pimenta; Mariana Conde; Ana Paula Pacheco; Margarida Robalo; Sofia Esperança; Luísa Graça; Ana Cláudia Carvalho
Hospital de Braga

Streptococcus pyogenes é um microorganismo comum que está associado a uma grande diversidade de infeções. Embora maioritariamente responsável por doença ligeira, nos últimos anos tem-se verificado um aumento da incidência de doença invasiva por este agente, levando alguns países a incluí-la na lista de doenças de declaração obrigatória e a recomendar profilaxia em contactos de alto risco.

Homem de 74 anos com antecedentes de hipertensão arterial, internado por pneumonia lobar associada a insuficiência respiratória hipoxémica aguda. História epidemiológica relevante: neta com quadro de amigdalite pultácea complicada com abcesso, diagnosticada na semana anterior. O doente iniciou empiricamente amoxicilina-ácido clavulânico e azitromicina. Após conhecimento de bacteremia por Streptococcus pyogenes, a antibioterapia foi otimizada para penicilina e clindamicina. Evolução clínica complicada por empiema, com necessidade de drenagem (Fig.1). Cumpriu 24 dias de penicilina e 13 dias de clindamicina com melhoria clínica, analítica e imagiológica. Simultaneamente, a esposa do doente esteve internada durante 22 dias por pneumonia adquirida na comunidade (PAC) complicada com derrame pleural e insuficiência respiratória hipoxémica aguda e apesar de não se ter isolado o agente, presumiu-se que a infeção terá sido provocada por Streptococcus pyogenes.

Anteriormente reconhecida como etiologia comum de pneumonia da comunidade, sobretudo após infeção vírica, Streptococcus pyogenes é agora raramente identificado no contexto de pneumonia. O seu isolamento em amostras invasivas, tem implicações clínicas importantes, tanto no que concerne à antibioterapia, com benefício na associação da clindamicina, como na suspeita de complicações, uma vez que é comum o desenvolvimento de empiema. Adicionalmente, a vigilância e profilaxia antibiótica de contactos de alto risco poderá estar indicada, com vista a prevenir infeções graves.

Mediante o aumento de casos de infeção grave por este agente torna-se relevante conhecer melhor a epidemiologia nacional e alertar para a avaliação de contactos. A declaração obrigatória, na nossa opinião, podia permitir ambos.

Palavras-chave: Streptococcus pyogenes, Doença Invasiva, Doença declaração obrigatória

PODI 15

ANÁLISE DAS INTERNAÇÕES HOSPITALARES POR SARAMPO NO BRASIL E CORRELAÇÃO COM COBERTURA VACINAL

Mara Cristina Ribeiro Furlan;
Maria Eduarda Pascoaloto da Silva;
Catchia Hermes Uliana
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil

O aumento no número de casos de sarampo tem chamado a atenção de todos os sistemas de saúde do mundo, principalmente por ser uma doença em processo de erradicação e imunizada desde 1963. Por se tratar de um evento recente, poucos estudos justificam o aumento do número de casos de sarampo no mundo. O tema é importante, por se tratar de uma doença com grande potencial de surtos epidêmicos, sendo a vacinação o método mais eficaz no combate ao sarampo. Objetivo: analisar as internações hospitalares por sarampo em regiões do Brasil e sua correlação com a cobertura vacinal. Método: Trata-se de estudo epidemiológico com abordagem quantitativa. Os dados analisados abrangeram pessoas vacinadas e internadas por sarampo em todo o Brasil no período de janeiro de 2011 a dezembro de 2020. Foram confeccionados gráficos e utilizada análise estatística descritiva e exploratória. Resultados: Entre 2011 e 2020, houve um total de 2.724 internações hospitalares por sarampo no Brasil, com taxa de 1,32 por 1.000.000 de habitantes. A maior incidência foi entre pardos, seguidos por brancos, pretos, amarelos, indígenas e ignorados, com 1.376 (50,5%), 497 (18,3%), 38 (1,4%), 27 (1%), 9 (0,3%) e 776 (28,5%) internações hospitalares, respectivamente. A análise entre a correlação de internações hospitalares por sarampo e cobertura vacinal entre 2011 e 2020 obteve uma relação negativa e inversamente proporcional (-0,4134), ou seja, quando a cobertura vacinal diminuiu, o número de internações hospitalares aumentou e vice-versa. Conclusão: Como um país cultural e socialmente diverso, o Brasil necessita possuir monitoramento epidemiológico nos níveis estadual, regional e nacional, principalmente quando se trata de doenças como o sarampo, que tem rápida disseminação. Necessita-se de aumento das campanhas de vacinação contra o sarampo a nível nacional por meio não só da vacinação em si, mas da educação sanitária relacionada com a doença, os seus fatores de risco, a elevada taxa de mortalidade e a importância da vacinação para a prevenção, evitando a disseminação de informações erradas sobre saúde: as fake news.

PODI 16

ESPONDILODISCITE E ENDOCARDITE INFECIOSA POR STREPTOCOCCUS GORDONII

Ana Jorge Martins; Rúben Carvalho; Cristina Valente
ULS Coimbra, Hospital Universitário de Coimbra

Introdução: Streptococcus gordonii pertence ao grupo viridans e é agente comensal de localização oral, cutânea e intestinal. Em situações excecionais pode tornar-se patogénico com formação de biofilme, causando infeção local da cavidade oral ou sistémica, incluindo endocardite infeciosa na maioria dos casos.

Caso clínico: Homem, 82 anos, com antecedentes de hipertensão arterial e lombalgia de agravamento progressivo com 4 meses de evolução. Apresentava limitação funcional na marcha e dor refratária com 3 semanas de evolução. Ao exame objetivo tinha diminuição da força muscular grau 3/4 nos membros inferiores e sopro sistólico aórtico grau III/VI de novo. Por suspeita de hérnia discal L3-L4 com

estenose canalar em TC e RM da coluna lombossagrada, foi submetido a cirurgia. Durante o intraoperatório foi identificado conteúdo purulento em L3-L4 e realizado controlo de foco, tendo sido de seguida iniciada antibioterapia empírica. Em RM lombossagrada, realizada após 2 semanas, foi identificado abcesso intraósseo no corpo de L3 e exuberante inflamação dos tecidos moles subjacentes. No ecocardiograma transtorácico foi descrito espessamento fibrótico da válvula aórtica. As hemoculturas isolaram Streptococcus gordonii resistente a clindamicina e eritromicina, pelo que a terapêutica foi alterada para ceftriaxone e gentamicina que fez durante 4 semanas e posteriormente descalada para amoxicilina/ácido clavulânico oral, perfazendo 8 semanas de antibioterapia. O doente apresentou melhoria clínica e analítica com posterior confirmação de melhoria imagiológica. Ingressou em programa de reabilitação com recuperação quase total da capacidade funcional prévia.

Conclusão: Estão descritos até ao momento poucos casos de espondilodiscite por Streptococcus gordonii, a maioria com apresentação síncrona com endocardite infeciosa, indiciando a disseminação por via hematogénea. A antibioterapia por pelo menos 6 semanas, preferencialmente dirigida após teste de sensibilidade aos antibióticos, e a realização de cirurgia para controlo de foco são fundamentais para o tratamento adequado e redução da morbilidade.

PODI 17

FEBRE NO VIAJANTE REGRESSADO: UM CASO DE SOBREPOSIÇÃO DE MALÁRIA E DOENÇA DE LYME

Ana Jorge Martins; Rúben Carvalho; Gonçalo Alves Silva; Maria João Faria; Cristina Valente
ULS Coimbra, Hospital Universitário de Coimbra

Introdução: Malária e dengue são causas comuns de febre em viajantes oriundos de países endémicos; outras etiologias incluem febre entérica, síndrome mononucleósido e infeções por Rickettsia. A epidemiologia, distribuição geográfica e tempo desde a viagem são aspetos a ter em conta na abordagem destes doentes.

Caso clínico: Homem, 59 anos, regressado 3 semanas antes de Angola, estadia de 1 ano, com residência em Portugal em meio rural; antecedentes de diabetes sob antidiabético oral e doença de Crohn controlada sem medicação. Foi admitido por febre com 3 dias de evolução, associada a cefaleia holocraniana, mialgias, artralgias, sudorese e flutuação do estado de consciência. Referia diagnóstico de malária 1 semana antes do regresso a Portugal, medicado com antimalárico (não soube identificar) durante 3 dias, com aparente melhoria. No episódio mais recente, apresentava discurso lentificado, escala de coma de Glasgow 14, sem outras alterações ao exame físico. Tinha elevação dos parâmetros inflamatórios e pancitopenia ligeira. A TC cranioencefálica não mostrava alterações e foi excluída infeção do sistema nervoso central. Foi diagnosticada malária por Plasmodium falciparum, parasitémia de 0,5%, e o doente iniciou artesunato IV alterado após 2 tomas para artemeter/lumefantrina, que cumpriu durante 3 dias. O restante estudo identificou serologia de Borrelia burgdoferi com IgM positiva e IgG negativa, compatível com infeção aguda, diagnosticando-se doença de Lyme. Fez 4 dias de ceftriaxone e, após exclusão de

neuroborreliose, doxiciclina por 10 dias. Apresentou boa evolução clínica e analítica, com resolução das alterações neurológicas. Após recobro, foi documentada cura de malária e seroconversão de Borrelia spp.

Conclusão: A coinfeção por Plasmodium spp. e Borrelia burgdoferi é rara. Ambos são transmitidos por vetores, mas em regiões geográficas diferentes, respetivamente pelo mosquito Anopheles em regiões tropicais e carraça Ixodes no hemisfério norte. As doenças infeciosas ocorridas em viajantes podem estar associadas a outras infeções, que devem ser investigadas sempre que a apresentação e evolução clínicas não sejam as esperadas.

PODI 18

INFEÇÃO LOCALMENTE INVASIVA E REFRATÁRIA POR SCEDOSPORIUM APIOSPERMUM NUM DOENTE IMUNOCOMPETENTE

Ana Jorge Martins; Rúben Carvalho; Cristina Valente
ULS Coimbra, Hospital Universitário de Coimbra

Introdução: Scedosporium apiospermum é um fungo filamentoso com distribuição ubíqua. A infeção em humanos ocorre por inalação de esporos ou inoculação direta, na maioria dos casos em indivíduos imunodeprimidos.

Caso clínico: Homem, 81 anos, sem antecedentes de relevo, admitido por otalgia esquerda com 3 semanas de evolução, sem resposta a tratamento para otite externa, e paresia facial esquerda com 1 dia de evolução. Apresentava otorreia, sinais inflamatórios e tecido de granulação no canal auditivo externo. O estudo imagiológico identificou otite externa necrotizante complicada com otomastoidite e extensão à articulação temporomandibular e espaços carotídeo, parafaríngeo, parotídeo e mastigador esquerdos. Por ausência de melhoria após 3 semanas de antibioterapia empírica, associou-se voriconazol via IV. Foi realizada mastoidectomia canal wall-up, com identificação de Scedosporium apiospermum em cultura de exsudato. Após 4 semanas de voriconazol sem resposta clínica, o regime foi alterado para posaconazol durante 12 semanas, com boa evolução. O doente foi reinternado 5 meses depois por agravamento com síndrome de Gradenigo e disfonia. O novo estudo imagiológico revelou osteomielite da base do crânio e trombose do seio transverso. Cumpriu 6 semanas de antibioterapia empírica associada a posaconazol, com melhoria e alta. Manteve posaconazol até suspensão sem indicação médica após 2 meses, com rápido agravamento da cefaleia e otalgia, necessitando de reinternamento. Apresentava novo atingimento contralateral das células mastóides e do espaço parafaríngeo e carotídeo, cumprindo terapêutica antifúngica combinada com voriconazol e micafungina durante 4 semanas com excelente resposta clínica, apesar de manter alterações imagiológicas. Aos 24 meses de seguimento após alta mantém-se assintomático sob regime antifúngico oral ad eternum, com melhoria imagiológica.

Conclusão: A otite externa necrotizante por S. apiospermum é uma entidade rara. A quase totalidade dos casos descritos ocorreu em doentes com diabetes mellitus ou infeção por VIH. Neste caso não se encontraram fatores de imunossupressão, para além da idade. O S. apiospermum apresenta elevados níveis de resistência à terapêutica, com sensibilidade relatada a voriconazol, posaconazol e equinocandinas, constituindo um desafio terapêutico.

PODI 19

TUBERCULOSE: RETROSPETIVA DE UM CENTRO HOSPITALAR TERCIÁRIO

Emanuel Fernando Matias[1]; Margarida Oliveira[2]; Mariana Azevedo[1]; Filipa Ceia[1]; Isabel Abreu[1]; Sofia R. Valdoleiros[1]; Fernando Oliveira e Silva[1]; João Nuak[1]; Lurdes Santos[1]
[1]Centro Hospitalar de S. João, EPE; [2] Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

Introdução: A Tuberculose (TB) constitui uma doença infeciosa com importante impacto em Saúde Pública, associada a elevada morbimortalidade e significativos custos em cuidados de saúde. É uma infeção prevenível e curável, sendo essencial o diagnóstico precoce e pronto acesso a tratamento para a quebra de transmissão na população. As estratégias globais da Organização Mundial de Saúde promoveram o atual decréscimo na sua incidência mundial, com vista à mitigação da doença até 2035.

Objetivos e métodos: Descrever a experiência de um centro hospitalar terciário com doentes internados por Tuberculose. Estudo observacional retrospetivo. Revisão de bases eletrónicas hospitalares de doentes internados em Doenças Infeciosas com diagnóstico ou suspeita de TB entre janeiro de 2020 e junho de 2024. Recolhidas informações sociais, demográficas e clínicas.

Resultados: Foram internados 94 doentes no Serviço de Doenças Infeciosas — 52 (55.3%) com Tuberculose pulmonar, 41 (43.6%) com doença disseminada, 1 (1.1%) com outras formas. Estavam presentes fatores de imunossupressão em 38 doentes (40.4%), 12 (12.8%) medicamentosa e 18 (19.1%) por infeção VIH, 13 dos quais (13.8%) com TCD4<200/µL. Os sintomas mais comuns à apresentação foram astenia e perda ponderal (71.3%), tosse (59.6%) e outras queixas focalizadoras (48.9%), com tempo médio até diagnóstico de 86.8 dias. O diagnóstico de doença pulmonar foi confirmado em 49/52 doentes (94.2%), 44 dos quais (84.6%) com isolamento em exame cultural. A maioria era bacilífera (67.3%) e apresentava cavitação (65.4%). O envolvimento extrapulmonar mais comum foi ganglionar (16%), músculo-esquelético (13.8%) e genitourinário (11.7%). Foram admitidos em UCI 19 doentes (20.2%), 8 dos quais (8.5%) para ventilação mecânica. Apenas 3 doentes (3.2%) não iniciaram antibacilares por óbito precoce. Dos tratados, 80/91 (87.9%) apresentaram evolução clínica favorável, 8 (8.8%) faleceram e 4 (4.4%) abandonaram internamento. Neste grupo, 16/84 doentes (19%) necessitaram de readmissão hospitalar nos primeiros 6 meses após alta médica.

Conclusão: O presente trabalho retrata a heterogeneidade clínica e epidemiológica da Tuberculose, e demonstra o seu ainda atual impacto na Saúde Pública. Destaca o diagnóstico tardio e recorda a importância do rastreio quando indicado, do acesso ao tratamento e a consolidação de medidas estruturantes para a sua eliminação.

PODI 20

INFEÇÕES FÚNGICAS INVASIVAS: EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO HOSPITALAR TERCIÁRIO

Emanuel Fernando Matias; Mariana Azevedo; Filipa Ceia; Isabel Abreu; Sofia R. Valdoleiros; Fernando Oliveira e Silva; João Nuak; Lurdes Santos
Centro Hospitalar de S. João, EPE

Introdução: As infeções fúngicas invasivas (IFI) são responsáveis por morbilidade e mortalidade significativas em doentes imunocomprometidos, em especial com patologia hemato-oncológica, transplantação de medula óssea ou órgão sólido. A sua prevalência tem acompanhado o crescimento da população em risco, evolução dos cuidados, maior suspeita clínica e melhoria das ferramentas de diagnóstico. São síndromes mais comuns o atingimento pulmonar e rino-órbito-cerebral pela doença fúngica. O prognóstico global

permanece desfavorável na maioria dos casos, em função das comorbilidades dos doentes, apresentação e natureza agressivas, sendo fundamental o reconhecimento precoce e a abordagem terapêutica multidisciplinar.
Objetivos e métodos: Caracterização da experiência de um centro hospitalar terciário com doentes internados por infeções fúngicas invasivas. Estudo observacional retrospetivo. Revisão de bases eletrónicas hospitalares de doentes internados em Doenças Infeciosas entre janeiro de 2023 e junho de 2024 com diagnóstico ou suspeita de IFI. Recolhidas informações sociais, demográficas e clínicas.
Resultados: Foram internados 12 doentes — 6 (50%) apenas com doença pulmonar, 5 (41.7%) com rino-sinusite e 1 (8.3%) com atingimento cerebral isolado. A maioria era do sexo feminino (83.3%), com idade média ao diagnóstico de 54.8 anos. Estavam presentes fatores de imunossupressão em todos exceto um doente, dos quais 4 (33.3%) com doença hemato-oncológica, 3 (25%) com Diabetes Mellitus, 2 (16.6%) transplantados de órgão sólido. O tempo médio de internamento foi de 58 dias. Foram admitidos em UCI 9 doentes (75%), 7 (58.3%) para ventilação invasiva. Foi isolado/identificado agente etiológico em 9 doentes (75%) — 7 (58.3%) com Aspergillus fumingatus e 2 (16.6%) com fungos da ordem Mucorales. Nos casos de doença dos seios perinasais, verificou-se atingimento orbitário e intra-craniano em 4 doentes (80%), todos submetidos a controlo de foco cirúrgico precoce, dos quais 3 (60%) com necessidade de exenteração orbitária. Nove doentes (75%) apresentaram evolução favorável, 3 (25%) faleceram. Apenas 1 doente (9%) foi readmitido nos primeiros 6 meses após alta hospitalar.
Conclusão: O presente trabalho chama a atenção para o espetro clínico e potencial gravidade das infeções fúngicas invasivas, a complexidade associada à sua gestão e a importância da articulação multidisciplinar para mitigar a morbimortalidade que lhes está associada.

PODI 21

ESPONDILODISCITES: OITO ANOS DE EXPERIÊNCIA CLÍNICA 2018-2024 NUM SERVIÇO DE DOENÇAS INFECIOSAS

Leonardo Araújo Andrade; Stefano Pinto; João Nuak; Lurdes Santos
CHUSJ - ULS São João

A espondilodiscite é uma forma de infeção osteoarticulares prevalente em indivíduos com mais de 50 anos. Bactérias Gram-positivo são os agentes etiológicos mais frequentes.
Objetivos: Descrever e analisar a experiência de um hospital terciário no tratamento de doentes internados com espondilodiscite entre 2018-2024. Identificar os fatores de risco mais frequentes, agentes etiológicos e prognóstico.
Métodos: Estudo retrospetivo por pesquisa de processo clínico de doentes internados com diagnóstico de espondilodiscite. Análise estatística feita com SPSS Statistics 29.
Resultados: Foram identificados 77 doentes, 47 (61%) do sexo masculino com idade média de 64,6 (±19,3) anos. Em 37 doentes identificou-se um fator de risco: diabetes mellitus (48%), imunossupressão (35%) e cirurgia recente à coluna vertebral (13%).
Houve identificação microbiológica em 67 casos (87%). Diagnóstico microbiológico foi feito por: hemocultura (33,8%), material colhido durante a cirurgia (28,6%) e amostra colhida por radiologia de intervenção (24,7%). Os agentes Gram-positivo foram identificados em 59,7% dos isolamentos, sendo o MSSA o mais frequente, seguido do S. epidermidis.
O ponto de partida foi objetivado em 48,1% dos doentes: endocardite (11,5%), pele e tecidos moles (10,3%); gastrintestinal (9,0%); genito-urinário (9,0%); outras (8,9%).
Por região anatómica, a focalização mais comum: região lombar (70,1%), torácica (31,2%)

e cervical (29,9%); alguns doentes apresentavam mais do que uma região atingida. Ao diagnóstico 39 doentes (50, 6%) tinham empiema endocanalar, e houve necessidade de intervenção cirúrgica em 24 doentes (62,5%), os restantes resolveram com tratamento antimicrobiano.
A duração média de internamento foi de 64,7 (+/- 47,3) dias. 14 doentes (18,2%) foram propostos para antibioterapia supressiva. A taxa de mortalidade foi de 14,3% (11 doentes).
Dos doentes sem isolamento microbiológico (10), 7 tiveram alta após 42-65 dias de antibioterapia, um faleceu por neoplasia, um cumpriu 107 dias de antibioterapia por antecedentes de várias infeções osteoarticulares com necessidade de cirurgia e 1 teve alta contra parecer.
Conclusão: A idade mais avançada em associação com a imunossupressão e a instrumentalização cirúrgica foram os fatores mais prevalentes nos doentes com espondilodiscite. Os agentes gram-positivo foram os agentes mais comuns. O tempo de internamento foi longo e a antibioterapia prolongada. Na presença de empiema deve questionar a necessidade de intervenção cirúrgica.

PODI 22

CHOQUE TÓXICO ESTREPTOCÓCICO E IMUNOSSUPRESSÃO – A IMPORTÂNCIA DE UM DIAGNÓSTICO RÁPIDO

Leonardo Araújo Andrade; Stefano Pinto; João Nuak; Lurdes Santos
CHUSJ - ULS São João

Introdução: O choque tóxico estreptocócico é uma complicação possível e grave das infeções invasivas por Streptococcus pyogenes. Apresenta uma evolução rápida para choque e disfunção multiorgânica. A taxa de mortalidade varia entre os 30 e 60%.
Descrição do caso: Mulher de 50 anos com antecedentes de LES (diagnostico em 2014), sob metotrexato 25mg e prednisolona 5mg; história prévia de 2 ciclos de rituximab em 2018 e 2019. Recorre ao SU por febre com 3 dias de evolução associada a náuseas, vómitos e hematoma espontâneo no flanco esquerdo sem história de trauma.
À admissão encontrava-se obnubilada polipneica, hipotensa (62/46 mmHg), taquicárdica (125 bpm), T 39ºC, com hematoma de 10cm de diâmetro no flanco esquerdo e sinais de isquemia aguda do MID. Analiticamente: leucocitose 18 400 com 92% neutrófilos; LRA AKIN 3; apTT 46; pT 18,4; fibrinogénio 672. Gasimetria artérial: pH7.19; HCO3- 7.1; lactatos 4.26; Radiografia de tórax sem alterações. TC-AP: densificação difusa do tecido celular subcutâneo com líquido (10x18 cm) no flanco esquerdo. Fez angioTC-MI por palidez, parestesias e ausência de pulsos dos MIs, não tendo sido objetivada isquemia dos MI ou outras alterações.
Foi admitida na sala de emergência onde fez fluidoterapia e necessitou de suporte vasopressor. Após colheitas para estudo microbiológico, iniciou antibioterapia empírica e foi realizado desbridamento cirúrgico.
Ás 24h, foi isolado Streptococcus pyogenes nas hemoculturas, sendo alterada a antibioterapia inicial para Ceftriaxona (alergia à penicilina) e associada a clindamicina e imunoglobulinas ev.
Para além da disfunção cardiovascular e renal, teve coagulação intravascular disseminada com consequência necrose das extremidades: mão direita (poupada a palma), falange distal (D3-D4) da mão esquerda, o terço distal da perna direita e dos dedos do pé esquerdo.
Houve melhoria progressiva e após estabilidade clínica foi transferida para a enfermaria onde cumpriu 33 dias de antibioterapia. Necessitou de amputação do membro interior direito, abaixo do joelho, e apresentou regressão da necrose dos restantes segmentos.
Conclusão: Descreve-se um caso grave cho-

que de tóxico por S. pyogenes com DMO e sequelas motoras. Realça-se a presença de uma clínica inespecífica e alterações cutâneas frustres desproporcionais ao envolvimento extenso subjacente que obriga a consideração deste diagnóstico e ao controlo urgente de foco. Só com uma intervenção multidisciplinar precece se consegue a melhoria do prognóstico.

PODI 23

EVOLUÇÃO IMAGIOLÓGICA DE PNEUMONIA NECROTIZANTE NOSOCOMIAL – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Leonardo Araújo Andrade
CHUSJ - ULS São João

Introdução: A pneumonia necrotizante é uma complicação rara, mas grave das infeções respiratórias. A clínica, inicialmente indolente, tem potencial para evolução desfavorável grave, sendo as hemoptises uma das complicações potenciais.

Caso clínico: Homem de 53 anos, diabético mal controlado, trazido ao SU por quadro de agitação psicomotora. Objetivado rubor maleolar direito e úlcera punctiforme cicatrizada na ponta de D2 com rubor e exsudado. TC-CE sem alterações. Analiticamente, leucocitose (13.980) e PCR de 438. Internado em Endocrinologia até transferência para Infeciologia por suspeita de endocardite dada a persistência de HC positivas com Streptococcus agalactiae, apesar de terapêutica dirigida por TSA com Penicilina.

Pela febre sob antibioterapia fez TC-TAP que não tinha alterações. Repetiu TC 1 semana depois por manter febre e apresentava áreas de densificação de novo, com vidro despolido e padrão de crazy-paving atingindo a totalidade dos segmentos pulmonares e uma lesão nodular espiculada. As HC subsequentes foram negativas. Eco-TT e TE e PET sem alterações sugestivas de endocardite. RM-MID: coleção no compartimento lateral e fístula junto ao maléolo sem sinais de osteomielite.

Após uma semana, tosse hemoptoica e repetiu estudo de imagem, que revelou consolidação hipodensa de 18 mm potencialmente cavitada preenchida por líquido (18 mm) e micronódulos sugestivos de infeção de origem endobronquica. Foi alterada a antibioterapia para piperacilina/tazobactam.

Apresentou descida de hemoglobina tendo efetuado angio TC que mostrou persistência da lesão com vidro despolido em redor. BFC com biopsia revelou fenómenos inflamatórios crónicos. Isolou-se K. pneumoniae ESBL negativa e descalou-se antibioterapia para Ceftriaxona.

Teve como intercorrência PNA obstrutiva litiásica com LRA e necessidade de TSFR. Apresentava IResp pelo que repetiu imagem para exclusão de TEP que mostrou persistência de fenómenos compatíveis com pneumonia necrotizante. TC de reavaliação mostrou melhoria dos achados pulmonares. Cumpriu 21 dias de antibioterapia com evolução clinica favorável.

Conclusão: Este caso ilustra a complexidade e gravidade da evolução de uma pneumonia necrotizante associada a várias complicações infeciosas num doente diabético mal controlado. Permitiu uma avaliação imagiológica seriada de pneumonia necrotizante, proporcionada pelas várias intercorrências, e o uso de diferentes testes de imagem para exclusão de endocardite num doente com HC persistentemente positivas.

PODI 24

DIAGNÓSTICO DE INFEÇÃO POR VÍRUS DA HEPATITE E NUM HOSPITAL CENTRAL DA REGIÃO CENTRO 2015-2023

Joana Marinho Silva; João Pereira-Vaz; Ricardo Velho; Carlos Chaves; Gonçalo Cruz; Dulce Diogo; Cristina Valente
ULS Coimbra, Hospital Universitário de Coimbra

Introdução: Nas regiões tropicais a principal via de transmissão do vírus da Hepatite E (VHE) é a via fecal-oral. No entanto, em Portugal, a maioria dos casos ocorre por transmissão zoonótica, no contexto do consumo de produtos mal cozinhados de animais infetados (principalmente suínos).

Objetivos: Analisar os casos de infeção por VHE e procurar os fatores que possam estar na origem de um desfecho menos favorável.

Material e Métodos: Foram identificados os doentes que realizaram pesquisa do RNA do VHE, entre janeiro 2015 - dezembro 2023, tendo sido analisados os que apresentavam RNA VHE detetável. Os dados demográficos, clínicos e laboratoriais foram recolhidos a partir do processo clínico dos doentes.

Resultados e conclusões: Identificaram-se 36 doentes (26 do sexo masculino e 10 do sexo feminino) com idades compreendidas entre os 6 e os 83 (média 58,33; mediana 61), residentes, na sua maioria no distrito de Coimbra (n=25; 69,4%), seguindo-se de Leiria, Castelo Branco e Viseu (n=2 em cada distrito), e, Braga, Porto e Setúbal (n=1 em cada distrito). Um dos doentes era residente em Moçambique (2,8%). Dos doentes observados, 66,7% apresentavam comorbilidades: 9 transplantados (7 hepático, 2 renal), 5 doença hepática crónica (DHC) de etiologia alcoólica, 5 diabéticos, 2 lúpus (LES) e 2 com infeção por VIH (estadios CDC B1 e C3). Dos examinados, 21 (58,3%) apresentaram sintomas de hepatite aguda e viremia mais elevada com alterações analíticas significativas (aumento das transaminases 5x superior ao valor normal, trombocitopenia e hiperbilirrubinémia). Nesse grupo, 4 eram diabéticos, 2 transplantados, 2 com DHC e 2 com LES. Destes, apenas 3 tiveram complicações: hepatite fulminante com necessidade de transplantação, síndrome de Guillain-Barré e hepatite autoimune, contudo, com boa evolução. Do grupo de doentes assintomáticos (n=15), 4 (transplantado renal, diabético, DHC, VIH) apresentaram apenas aumento das transaminases 3x superior ao valor normal, e, os restantes 11 (7 transplantados hepáticos, 2 DHC, 1 infetado por VIH e 1 sem comorbilidades) não apresentaram alterações analíticas significativas. Quanto às complicações, 2 doentes entraram em falência hepática. Em conclusão, os doentes com DHC têm maior risco de desenvolver falência hepática. A sintomatologia e complicações mais severas ocorrem em situações de menor imunossupressão e os indivíduos classicamente descritos como de maior risco apresentaram formas de doença mais ligeiras.

Palavras-chave: hepatite E; transplante de órgão sólido; doença hepática crónica; VIH; RNA HEV

PODI 25

OTITE TUBERCULOSA – A APRESENTAÇÃO CLÍNICA TÍPICA DE UM DIAGNÓSTICO INFREQUENTE

Sara Velho Meirinhos; Miguel Jesus; Carlos Ribeiro; Tiago Marques; Robert Badura; Álvaro Aires Pereira; J. Melo Cristino
Hospital Universitário Santa Maria

Palavras-chave: surdez; paralisia facial periférica; otite tuberculosa

O diagnóstico de otite tuberculosa é desafiante por ser uma forma rara de tuberculose extrapulmonar e pela sua apresentação insidiosa. Pode levar a complicações como surdez e paralisia facial, cuja reversibilidade depende da instituição precoce de terapêutica adequada.

Os autores descrevem o caso de um homem português de 74 anos, com antecedentes pessoais de cardiopatia isquémica, doença renal crónica sob hemodiálise (com rastreios serológicos preconizados negativos) e neoplasia da próstata, submetido a cirurgia e radioterapia 6 anos antes, internado 3 meses antes por infeção respiratória complicada de derrame pleural, que foi orientado para um Serviço de Urgência Central, a partir da Consulta Externa de outra Instituição de Saúde, por quadro de surdez e otorreia ipsilateral com 2 meses e meio de evolução, sem melhoria clínica após vários esquemas antibióticos, com otoscopia não característica de colesteatoma, e TC e RM auricular a revelarem preenchimento inflamatório da mastoide e deiscência do nervo facial, associado a paralisia facial periférica com 3 dias de evolução. Perante resultado positivo em interferon-γ release assay (IGRA), foi realizada pesquisa para micobactérias no exsudado auricular por técnica de Biologia Molecular (rt-PCR), que se revelou positiva para Mycobacterium tuberculosis. Diagnosticada otite tuberculosa, foi descartada tuberculose pulmonar ativa bacilífera concomitante. Imagiologicamente, a radiografia de tórax não revelou cavitações e a TC de tórax documentou ausência de cavitações ou condensações parenquimatosas pulmonares, mas micronodularidade parenquimatosa pulmonar com distribuição peribroncovascular, podendo traduzir processo inflamatório/infecioso, não excluindo disseminação brônquica de tuberculose. Foram realizados exames diretos de expetoração, por método de Ziehl-Neelsen, onde não foram observados bacilos álcool-ácido resistentes, aguardando-se resultados dos exames culturais. O doente teve alta para o Centro de Diagnóstico Pneumológico, onde se garante seguimento com terapêutica antibacilar e corticoterapia.

Este caso sublinha a importância de se considerar precocemente a otite tuberculosa como diagnóstico diferencial, num doente imunodeprimido, no contexto de doença renal crónica sob hemodiálise e antecedente neoplásico submetido a radioterapia. Demonstra-se, ainda, a relevância da abordagem multidisciplinar e do uso de técnicas de Biologia Molecular, no diagnóstico de formas extrapulmonares de tuberculose.

PODI 26

PLASMODIUM MALARIAE: A UTILIDADE DA SEQUENCIAÇÃO METAGENÓMICA NA FEBRE DO VIAJANTE REGRESSADO

Francisca Bartilotti Matos; Guilherme Jesus; Cristóvão Figueiredo; Daniel Coutinho; Sofia Nunes; Tiago Teixeira; Carlos Azevedo; Luís Malheiro
Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho

Introdução: O Plasmodium (P.) malariae é a segunda espécie mais comum de Plasmodium na África sub-sariana, a seguir ao P. falciparum. É o Plasmodium com o período de incubação mais longo, que vai de 18 a 40 dias, podendo estender-se até vários anos. Geralmente, causa doença ligeira, com baixa parasitémia, que pode surgir meses a anos após a infeção. É uma infeção subdiagnosticada, sendo que a infeção crónica pode gerar quadros de anemia grave.

Descrição de Caso Clínico: Homem, de cerca de 30 anos, regressado, 40 dias antes da apresentação no Serviço de Urgência (SU), de viagem a Angola.

Descreve quadro de febre com 1 semana de evolução, sem sintomas associados. Tinha vindo ao SU quatro dias antes, tendo tido alta com medidas sintomáticas. Regressa por manutenção de febre.

O estudo analítico inicial mostrou trombocitopenia ligeira e LDH ligeiramente elevada. Função renal e hepática sem alterações. Fez três testes rápidos de Plasmodium spp e três esfregaços de sangue periférico em dias consecutivos para pesquisa de parasitas, que foram negativos.

Na incerteza diagnóstica, perante doente com sintomas inespecíficos, febre persistente e regresso de viagem já fora do período de incubação de arboviroses, foi enviado sangue periférico para sequenciação metagenómica, a qual identificou P. malariae.
Foi medicado com 3 dias de artemeter/lumefantrina 12/12h, com resolução sintomática total, sem recorrência de sintomas.
Conclusão: O P. malariae é uma espécie de Plasmodium que causa infeções com baixa parasitémia. Como tal, a sensibilidade dos testes rápidos e do esfregaço de sangue periférico é limitada. Os testes moleculares de deteção de ácidos nucleicos são, assim, uma ferramenta útil para o seu diagnóstico. A sequenciação metagenómica, como usada neste caso, é uma alternativa prática à polymerase chain reaction, quando os sintomas e o contexto epidemiológico não apontam para nenhum agente específico. Apesar da doença causada por este parasita ser, normalmente, ligeira, pode ter também atingimento pulmonar e renal, havendo até casos raros de malária cerebral por P. malariae. A sequenciação metagenómica mostrou-se, assim, uma ferramenta útil e rápida em febre de origem indeterminada em viajantes regressados.

PODI 27

TUBERCULOSE DA GLÂNDULA TIROIDEIA

Maria Ana Flores; Hugo Mineiro Félix;
Ana Rita Santos; Sérgio Eduardo Paulo
Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Introdução: A tuberculose da glândula tiroideia é uma doença com baixa incidência, mesmo em países onde a prevalência de tuberculose pulmonar é elevada (0,1–0,4%). As propriedades antibacterianas do material coloidal da tiróide, aliadas à sua rica vascularização e níveis elevados de iodo contribuem para que seja um local pouco comum de tuberculose primária.

Caso clínico: Mulher de 66 anos, natural e residente em Seia, com antecedentes pessoais de bócio multinodular. Em seguimento em consulta de ORL desde 2012, com controlo ecográfico e por punção aspirativa por agulha fina anuais. Ao longo dos anos, o maior nódulo inicialmente com 35 mm, sofre um crescimento lento e progressivo, mas sempre com características ecográficas e anatomopatológicas de nódulo colóide benigno. Realizou terapêutica ablativa com micro-ondas do macronódulo do lobo esquerdo da glândula tiroide com boa resposta - em reavaliação ecográfica aos 6 meses com redução do tamanhão do nódulo de cerca de 83%, mas com aparecimento de área pseudonodular de sugestão necrótico-supurativa junto do seu contorno póstero-inferior. Foi efetuada punção aspirativa com obtenção de material necrótico-purulento que se enviou para exame citológico e microbiológico, tendo ficado com volumetria melhorada. Um mês após punção aspirativa, com sinais inflamatórios locais e dor ligeira com sensação de preenchimento cervical esquerdo, mantendo-se apirética e sem sintomas respiratórios, sempre com perfil tiroideu sem alterações laboratoriais. Em reavaliação ecográfica, constata-se que o achado nodular misto com componentes líquidos não puros refez, atingindo novamente cerca de 55 mm de grande eixo, tendo sido realizada aspiração parcial com alívio. Entretanto, são emitidos os resultados microbiológicos do pus colhido em janeiro que revelam isolamento cultural de M. tuberculosis sensível a isoniazida, rifampicina, pirazinamida e etambutol. Na reavaliação, um mês após segunda punção aspirativa, com diminuição volumétrica de 85% ao volume inicial. A doente é reencaminhada para o Centro de Diagnóstico Pulmonar da área de residência onde se encontra há 5 meses sob HRZE, com melhoria clínica.
Conclusão: Embora seja uma entidade rara,

a tuberculose da tiróide deve ser considerada como diagnóstico diferencial em doentes com nódulos tiroideus. Atendendo à alta eficácia da terapêutica antibacilar, um diagnóstico adequado por punção aspirativa por agulha fina, com exame microbiológico e exame histopatológico pode evitar intervenções cirúrgicas desnecessárias.

PODI 28

LEPTOSPIROSE GRAVE – PARA ALÉM DO SÍNDROME DE WEIL

Raquel Diogo; António Moreno Marques; Hugo Mineiro Félix; Álvaro Ayres Pereira; Tiago Marques; Diogo Mendes Pedro
ULS Santa Maria - Hospital Santa Maria

Leptospira spp., meningoencefalite, pneumonia viral, adenovírus

A Leptospira spp. é uma espiroqueta, Gram variável (geralmente Gram negativo), endémica em países de clima tropical e subtropical. É uma zoonose, transmitida ao Homem por roedores, porcos, gado e cães. O período de incubação é 1 a 2 semanas. Normalmente apresenta-se como uma infeção ligeira e autolimitada, podendo evoluir com quadros graves (formas icterohemorrágica ou anictérica). Homem de 48 anos, natural do Bangladesh, a residir em Portugal há 4 anos, sem antecedentes conhecidos, com viagem recente ao país natal.

Dois dias após regressar a Portugal iniciou febre, tosse seca, dor lombar e abdominal, odinofagia e cefaleia. Recorreu ao serviço de urgência (SU) onde se documentou elevação dos parâmetros inflamatórios (PI) e ausência de alterações imagiológicas. Contudo abandonou o SU.

Cinco dias depois foi encontrado no aeroporto de Lisboa, com síndrome confusional agudo e foi trazido ao SU. À admissão apresentava GCS 8 (abertura ocular à estimulação álgica, sem emissão de discurso, sem cumprimento de ordens, localizava estímulo doloroso), movimentos esterotipados dos membros superiores; insuficiência respiratória com necessidade de aporte suplementar de oxigénio e elevação dos PI. Fez TC e RMN cranioencefálica, que não apresentavam alterações; eletroencefalograma com atividade lenta frontal, central e temporal bilateralmente; TC tórax que mostrou condensação no lobo inferior direito; A primeira punção lombar não apresentava alterações. Repetiu punção lombar 24 horas depois, apresentando pleocitose (predomínio de polimorfonucleares), proteinorráquia, sem hipoglicorráquia e PCR multiplex negativo.Foi internado no Serviço de Doenças Infeciosas. Foram consideradas as hipóteses diagnósticas de infeção por Nipah, Leptospira spp, Rickettsia spp, Mycoplasma spp, Chlamydia psittaci, Orientia tsutsugamushi, Brucella spp, Coxsackie, Echovirus, Adenovirus e Influenza. Foram feitas, hemoculturas, urocultura, antigenúrias, serologias VIH e hepatites víricas. Cumpriu empiricamente 7 dias de doxiciclina, com resolução do quadro, persistindo apenas com amnésia para o período inicial da doença. Do estudo etiológico, verificou-se positividade para Leptospira spp. por PCR do LCR com IgM positiva no soro (leptospirúria negativa) e para Adenovirus por PCR de exsudado nasofaríngeo com IgA positiva no soro (resultados no líquor negativos). Assumiu-se leptospirose anictérica com meningoencefalite e pneumonia viral por adenovírus. Este caso evidencia que a leptospirose nem sempre se apresenta com o síndrome de Weil, fazendo parte do diagnóstico diferencial da meningoencefalite aguda. Esta apresentação infrequente de leptospirose requer um elevado grau de suspeição, sobretudo perante um contexto epidemiológico compatível. Reitera-se a importância da história clínica e do conhecimento do epidemiológico.

PODI 29

EXPOSIÇÃO OCUPACIONAL OU RECREATIVA – UM CASO DE CORIOMENINGITE LINFOCÍTICA

Raquel Diogo; António Moreno Marques; Hugo Mineiro Félix; Álvaro Ayres Pereira; Diogo Mendes Pedro; Tiago Marques
ULS Santa Maria - Hospital Santa Maria

Coriomeningite linfocítica, vírus LCM, cefaleia O vírus da coriomeningite linfocítica (vírus LCM) pertence ao género Mammarenavirus, com envelope e duas cadeias simples de RNA e o seu reservatório são os roedores. O período de incubação é 1 a 2 semanas. A infeção pode ser assintomática ou apresentar-se com sintomatologia inespecífica, meningoencefalite, febre hemorrágica ou pneumonia. Mulher de 41 anos, portuguesa, a residir em Lisboa, mas com viagens frequentes a Alcobaça, inspetora sanitária. Tem história de colite ulcerosa bem controlada com budesonido. Apresentava-se com cefaleia holocraniana tipo pressão, com foto e sonofobia e febre com 1 mês de evolução, após a última viagem a Alcobaça. Evoluiu com episódio de diplopia enquanto conduzia. Após várias idas aos Cuidados de Saúde Primários, recorreu a um hospital privado, onde ficou internada. À admissão, nesse local apresentava diplopia horizontal na levoversão, tremor postural fino de ambas as mãos, hiperreflexia generalizada, falhas na sensibilidade posicional dos membros inferiores e Romberg instável. Fez punção lombar que documentou pleocitose (predomínio polimorfonucleares), proteinorráquia ligeira, sem hipoglocorráquia. O líquor foi estudado com PCR multiplex, exame micobacteriológico, bacteriológico, pesquisa de antigénio criptocócico e TPHA que foram negativos. No soro, o VDRL e o TPHA foram também negativos. Realizou RMN cranioencefálica que documentou realce leptomeningeo e TC toracoabdominopélvica que não apresentou alterações relevantes. Foi iniciado meropenemo 2g a cada 8 horas.
Foi transferida para o Serviço de Doenças Infeciosas do nosso hospital para continuação do estudo. À chegada, mantinha cefaleia com fono e fotofobia, sem sinais meníngeos ou outras alterações neurológicas. Foi feito switch de meropenemo para ceftriaxone em dose meníngea. Após resultado de IgM > 16 e IgG > 32 para vírus LCM, assumiu-se coriomeningite linfocítica e foi suspensa a antibioterapia (fez 9 dias no total), verificando-se eventualmente a resolução do quadro. Foram excluídas leptospirose, brucelose, borreliose, criptococose, VIH e doença autoimune. Teve alta assintomática, repetindo em ambulatório a serologia do vírus LCM e verificando-se seroconversão (IgM < 16 e IgG 64). Com a apresentação deste caso, pretende-se lembrar a necessidade de considerar este agente como causa de meningite sem identificação etiológica pelos meios diagnósticos convencionais. Reitera a importância da colheita de história clínica completa com foco na investigação epidemiológica, para a otimização do estudo de diagnósticos diferenciais.

PODI 30

DOENÇA DO LEGIONÁRIO: INVESTIGAÇÃO CLÍNICA, EPIDEMIOLÓGICA E AMBIENTAL

Filomena Horta Correia; João Azeredo; Rosário Jorge; Hugo Ribeiro; Leila Pardal; João Sousa; Paula Proença
ULS ALGARVE

Introdução:A doença dos Legionários (DL), é uma infeção respiratória aguda causada por bactérias do género Legionella transmitida habitualmente por inalação de microaerossóis. Tem maior incidência em adultos, dos 40-70 anos, homens e com fatores de riscos associados (hábitos tabágicos, DPOC, diabéticos, imunodeprimidos). A doença ocorre sob a forma de casos esporádicos ou de surtos epidémicos principalmente no Verão e Outono, associados a Empreendimentos Turísticos e a

estabelecimentos de Saúde, Unidades Fabris e Estruturas Residenciais para Idosos (ERPIs). Constitui um problema de Saúde Pública, pelo que tem sido alvo de programas e legislação no sentido de prevenir a ocorrência de casos isolados, clusters ou surtos. A análise de risco e implementação de programas de vigilância e monitorização para implementação de medidas corretivas, minimiza o risco de contaminação e o aparecimento de novos casos. Recentemente ocorreram casos positivos com internamento hospitalar provenientes de habitações particulares.

Objetivos: Investigação epidemiológica dois casos de DL.

Métodos: Recolha de dados através Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SINAVE) e S Clinic; investigação Epidemiológica: com confirmação do caso e realização de inquérito epidemiológico após clínica; investigação Ambiental, com avaliação de risco da habitação dos doentes e colheita de amostras de água nos pontos críticos identificados para realização de ensaios microbiológicos por método PCR e exame cultural para a LP.

Resultados: Foram notificados dois casos de doença dos legionários entre Julho e Agosto de 2024 em dois concelhos do Algarve central. São indivíduos do sexo masculino com idades de 58 e 73 anos, com co morbilidades (diabetes, DPCO, tabagismo fumadores e doença renal).Ambos foram diagnosticados com pneumonia por legionella, confirmada laboratorialmente por antigenúria positiva para LP serogrupo 1 (LPs1). Num dos casos foi confirmada presença de LPs1 na expetoração. A investigação ambiental, nas habitações em ambos, revelou avaliação de risco elevada e presença de LPs1 no sistema de rega do domicílio de um dos doentes, verificando-se uma correspondência entre os achados clínicos e os ambientais. Em ambos os co-habitantes não desenvolveram a doença, no mesmo período de tempo.

Conclusão: A doença dos Legionários pode considerar-se um problema de saúde pública quer ligada á saúde de comunidades ou grupos vulneráveis quer ao individuo. A articulação atempada, entre as unidades de saúde prestadoras de cuidados e a saúde pública é importante para a investigação e implementação no terreno, de medidas integradas numa abordagem "One Health". A implementação de programas de monitorização e controle da LP, aliada á vigilância deve ser uma preocupação das entidades e estabelecimentos, e do próprio cidadão. Palavras-Chave: Doença do Legionário, SINAVE, Investigação epidemiológica e ambiental

PODI 31

SARNA CROSTOSA E DUPILUMAB: COINCIDÊNCIA OU COMPLICAÇÃO?

Sofia Gomes Rocha[1]; André Cartaxo[1]; Carolina Santos[1]; Marta Almeida[1]; Filipa Macieira[2]; Pedro Moules[3]; Raquel Flores[1]; Teresa Baptista[1]; Kamal Mansinho1

[1]Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital Egas Moniz; [2]Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE / Hospital Pedro Hispano; [3]Hospital Beatriz Ângelo

Introdução: O dupilumab é um anticorpo monoclonal que se liga à subunidade alfa do recetor da IL-4, inibindo a sinalização das IL-4 e IL-13. Estas participam na imunidade Th2 mediada por células, que protegem contra infeções parasitárias, mas que também contribuem para doenças inflamatórias crónicas, como asma e alergias. O dupilumab é amplamente utilizado na dermatite atópica e, mais raramente, no prurigo nodularis. A sarna crostosa é uma variante rara e grave de escabiose, caracterizada por hiperinfestação parasitária. É altamente contagiosa, difícil de tratar e afeta principalmente imunodeprimidos ou pessoas com condições sociais e de higiene precárias. Pode complicar-se com sobreinfeção bacteriana e, em idosos, com sépsis.

Descrição do caso: Mulher de 61 anos com infeção crónica por VIH-1, estádio C3 do CDC Atlanta, com controlo virológico e recuperação imunitária, mas sequelas cognitivas de criptococose meníngea, com Diabetes mellitus tipo 2 não insulinotratada, doença renal crónica estádio IV e ?prurigo nodularis grave. Medicada habitualmente com antiretrovirais, antidiabéticos orais, antihipertensores e desde 18/01/2024, com dupilumab quinzenal como terapêutica de recurso para prurigo nodularis sem resposta à corticoterapia tópica. A 28/02 recorreu ao Serviço de Urgência por mal estar generalizado e lesões cutâneas pruriginosas descritas como ?dermatose generalizada com placas eritematodescatamativas crostosas, ?predominantemente nas regiões acrais, pregas, tronco, face e couro cabeludo, com 2 semanas de evolução. Relatava história recente de sarna no marido e filho, não tratados. Assumida escabiose crostosa foi medicada com ivermectina 15mg bissemanal por 5 semanas e aplicação diária de pomada de enxofre a 6%. Às 4 tomas de ivermectina, apresentava resolução quase total das lesões. ? O dupilumab foi suspenso até resolução da infeção.

Conclusão: O dupilumab representa um avanço no tratamento de doenças inflamatórias crónicas, mas não é isento de riscos. Este caso ilustra o equilíbrio delicado entre o controlo da inflamação crónica e a preservação da imunidade inata, enaltecendo a necessidade de investigação sobre a relação entre terapêutica imunomoduladora e a ocorrência de infeções oportunistas, nomeadamente parasitárias. Evidencia também a importância de definir estratégias de vigilância e mitigação eficazes.

PODI 32

COMPLICAÇÕES NEUROLÓGICAS E VASCULARES GRAVES DE UMA SIMPLES GASTROENTERITE

Hugo Mineiro Félix[1]; Diogo Mendes Pedro[1]; Sérgio Eduardo Paulo[1]; Maria Ribeiro da Cunha[1]; Inês Moreira Sousa[1]; Maria Ana Flores[1]; António Moreno Marques[1]; Guilherme Miranda[2]; Marta Anastácio[3]; Álvaro Ayres Pereira[1]
[1]ULS Santa Maria - Hospital Santa Maria
[2]Hospital Distrital de Santarém, EPE
[3]Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital de S. Francisco Xavier

Introdução: Bactérias do genus Campylobacter estão regularmente associadas a patologia gastrointestinal. Em certos doentes, nomeadamente com patologia hepática, imunocomprometidos ou de idade avançada, a campilobacteriose pode resultar em bacteriemia ou infeção extra-intestinal. Apesar das espécies mais frequentemente causadoras de infeção serem C. jejuni e C. coli, o C. fetus é o principal agente de complicações extra-intestinais.

Discussão do caso: Apresentamos o caso de um homem de 68 anos, natural da Guiné-Bissau, com um quadro clínico de diarreia, sem sangue, auto-limitada após 5 dias, cerca de um mês previamente à admissão. Nos dias antes de viajar para Portugal, com síndrome gripal associado a diminuição da força nos membros inferiores e retenção urinária. Foi realizada punção lombar com saída de líquor límpido e incolor, sem alterações na análise citoquímica e ainda RM dorsolombar com sinais de mielite do corno anterior, sem evidência de compressão medular ou de raízes adjacentes.

Após a admissão, foi identificado Campylobacter fetus nas hemoculturas, tendo mantido antibioterapia com amoxicilina/ácido clavulânico iniciada em serviço de urgência, com boa resposta. No entanto, por reinciência de febre e agravamento clínico, foi realizada an-

gioTC para exclusão de complicações endovasculares e verificou-se processo de aortite infeciosa multifocal com úlcera penetrante do arco aórtico. O doente foi submetido a cirurgia vascular e cardiotorácica para colocação de patch na região ulcerada, nesta fase encontrando-se sob antibioterapia com ciprofloxacina. A salientar que, em coronariografia pré-operatória, foi detetada lesão grave obstrutiva/trombótica da artéria coronária direita. Observou-se uma boa evolução clínica pós-cirúrgica, com a intercorrência de uma paralisia da hemilaringe esquerda e mantendo pé pendente mesmo após reabilitação física extensa. Visto posteriormente em consulta de seguimento com ótima evolução.

Conclusão: Com este caso pretendemos demonstrar e alertar para as possíveis complicações vasculares (e neurológicas) de um agente infecioso de risco para as mesmas. Desta feita, com lesão estrutural importante e possivelmente fatal de um grande vaso.

PODI 33

RISCOS DE UM PASSEIO NO PARQUE

Hugo Mineiro Félix; Sérgio Eduardo Paulo; Maria Ribeiro da Cunha; Luísa Mendonça; Ana Venâncio de Barros; Álvaro Ayres Pereira
ULS Santa Maria - Hospital Santa Maria

Introdução: A febre escaronodular, também conhecida como Mediterranean spotted fever, é uma zoonose endémica dos países da orla mediterrânica e a rickettsiose com maior impacto em saúde pública em Portugal. O agente etiológico é a R. conorii, da qual a subespécie israelensis está presente em Israel, Portugal e Itália (região da Sicília). É transmitida através da mordedura da carraça Riphicephalus e tem um período de incubação de 5-7 dias. Apresenta-se com uma escara negra, com halo eritematoso, linfadenopatia, seguido de febre elevada, artromialgias e cefaleias. Ao 2º/4º dia de febre, desenvolve-se eritema macular/maculopapular. Na infeção pela subespécie israelensis, a escara de inoculação não costuma estar presente.

DIscussão do caso: Homem de 67 anos, admitido no serviço de urgência com um quadro de mialgias, cansaço e febre com 8 dias de evolução. Encontrava-se hipotenso, febril e em taquifibrilhação auricular, com lesões de púrpura cutânea disseminada. Analiticamente com elevação de parâmetros inflamatórios (PCR de 35 mg/dL, PCT de 41 ng/mL), LDH de 625 U/L, CK de 1085 U/L. Na colheita da história, apurou-se que reside num apartamento em meio urbano, sem contacto com animais para além de cão e gato. Referia ter passeado o cão num parque junto da sua casa previamente ao início do quadro clínico.

Por evolução desfavorável com necessidade de suporte vasopressor, com necessidade de internamento em Cuidados Intensivos. Durante este internamento em choque com disfunção cardiocirculatória com miocardiopatia, lesão renal aguda, trombocitopenia (50 x10^9/L), disfunção hepática e neurológica. Tendo em conta os dados anamnésicos, etiologia infeciosa provável e púrpura vasculítica (confirmada por biópsia cutânea), colocada a hipótese de zoonose, mais propriamente, de febre escaro-nodular.

Serologia positiva para febre escaronodular – IgG de 1/2048 e IgM 1/128 – e pesquisa de Rickettsia por PCR positiva em biópsia cutânea. Confirmado com o Instituto Ricardo Jorge tratar-se de Rickettsia conorii israelensis. Atitude inicial conservadora por exclusão de fasceíte e por viabilidade muscular, no entanto, novo agravamento local ultimamente com decisão de amputação infragenicular bilateral. Pós-cirúrgico com evolução favorável, com transferência para cuidados em enfermaria.

Conclusão: Trata-se de um dos casos mais complexos de febre escaronodular recentemente observados neste centro hospitalar numa doença que é, habitualmente, autolimitada. Este trabalho serve para reforçar a co-

lheita de uma eficiente anamnese e a importância de manter vigilância para os agentes infeciosos endémicos.

PODI 34

CISTITE ENFISEMATOSA: UMA RARA COMPLICAÇÃO DE INFEÇÕES DO TRATO URINÁRIO

Andreia Paulos; , Pedro Vasques; Maria Lima; Isabel Casella; Evelise Ramos; Catarina Gonçalves; Nuno Luís

Centro Hospitalar de Setúbal, EPE / Hospital de São Bernardo

Introdução: A cistite enfisematosa (CE) e´ uma complicação extremamente rara de infeções do trato urinário. Consiste na presença de gás na parede e lúmen da bexiga, sendo os agentes mais frequentemente implicados a Escherichia coli e a Klebsiella pneumoniae. O principal fator de risco é a diabetes descompensada e tem uma taxa de mortalidade de aproximadamente 7,4%, associada a complicações como a pielonefrite enfisematosa (PNE), rutura da bexiga e choque sético.

O tratamento recomendado consiste em antibioterapia de largo espetro (dirigida assim que possível), cateterização vesical e controlo glicémico rigoroso.

O diagnóstico e tratamento atempados são essenciais para uma evolução favorável.

Descrição do caso: Os autores apresentam o caso de um homem de 92 anos com antecedentes de diabetes mellitus tipo 2, hiperplasia benigna da próstata, hipotiroidismo, fibrilhação auricular, insuficiência cardíaca e portador de pacemaker, trazido ao serviço de urgência por febre e alteração do estado de consciência.

Ao exame objetivo realça-se: agitado, com pressão arterial de 67/44 mmHg, temperatura de 37,8ºC. Analiticamente: leucócitos 13 700/mm3, creatinina 3,76 mg/dL, lactatos de 1,7 mmol/L e PCR 17,5 mg/dL. Análise sumária da urina com 500 leuco´citos/µL. A tomografia computorizada (TC) abdominal e pélvica revelou dilatação de todo o sistema excretor bilateralmente com imagens compatíveis com pielonefrite e cistite enfisematosas.

Urocultura: desenvolvimento polimicrobiano.

Hemocultura em aerobiose: Escherichia coli produtora de beta-lactamase de espetro estendido (ESBL).

Apesar da gravidade inicial do quadro assistiu-se a resposta clínica e analítica favoráveis. O doente cumpriu catorze dias de antibioterapia dirigida com meropenem com resolução do quadro infecioso.

Conclusão: A CE complicada de PNE é uma patologia rara e pouco descrita na literatura. Destaca-se a importância do diagnóstico e início de antibioterapia o mais precoces possível de modo a evitar as complicações graves que dela possam advir.

Palavras-chave: Infeções do trato urinário; Urossépsis; Escherichia coli ESBL; Cistite enfisematosa; Pielonefrite enfisematosa

PODI 35

TRATAMENTO DA INFEÇÃO PELO VÍRUS DA HEPATITE DELTA COM PEGINTERFERÃO ALFA 2A – UM CASO DE SUCESSO

Andreia Paulos; , Pedro Vasques; Maria Lima; Isabel Casella; Evelise Ramos; Catarina Gonçalves; Nuno Luís

Centro Hospitalar de Setúbal, EPE / Hospital de São Bernardo

Introdução: O vírus da hepatite Delta (VHD) e´ um vírus de RNA, defetivo, que apenas se consegue replicar na presença do vírus da hepatite B (VHB). Na maioria dos casos, o VHD suprime a replicação do VHB e, nestas circunstâncias, esta´ recomendado o tratamento com interferão. A prevalência da hepatite Delta é variável consoante as séries, mas sabe-se que quando crónica tem grande potencial de evolução para cirrose e maior risco de carcinoma hepatocelular.

Descrição do caso: Apresentamos o caso clí-

nico de um homem de 38 anos de idade, referenciado a` consulta de Infeciologia em abril de 2022 por infeção crónica VHB, conhecida desde 2020 no contexto do estudo de infertilidade, assintomático na altura do diagnóstico. Referia relações sexuais desprotegidas e hábitos etanólicos ligeiros.

Ao exame objetivo sem estigmas de doença hepática crónica.

Analiticamente: Ag HBs e Ag HBe positivos, com carga viral (CV) de 172 UI/mL (2.42 log10) e Ac HBc total positivo. Ac VHD positivo, com ARN VHD superior a 600000 UI/mL (5.78 log10).

Em termos imagiológicos: Ecografia abdominal (abril/23): "alterações estruturais difusas inespecíficas – doença hepática crónica?"

Fibroscan (julho/23): "compatível com F2 – fibrose moderada".

Excluíram-se outras doenças, nomeadamente síndrome metabólico, infeção pelos vírus da hepatite C ou da imunodeficiência humana.

Em julho de 2023, iniciou tratamento com tenofovir (TDF) e peginterfera~o alfa 2A (peglFNa2A) 180 mcg/semana, que manteve durante 52 semanas, com boa tolerância, sem necessidade de ajuste de dose do fármaco, salientando-se apenas subida transitória das transaminases assim como trombocitopenia, que vieram a normalizar posteriormente.

Em termos de evolução virológica, CV VHD com descida superior a um log às 4 semanas, negativa no final do tratamento. Ag HBs positivo com CV VHB não detetável. Transaminases dentro dos valores de referência.

Conclusão: A hepatite Delta é uma doença de tratamento complexo, tanto pela ausência de fármacos eficazes, atualmente apenas aprovado o peglFN e o bulevirtide, sob autorização especial, como pela própria baixa prevalência, que faz com que a experiência no tratamento seja limitada.

Este caso ilustra a importância do tratamento prolongado nos doentes com infeção VHD crónica ate´ resposta virológica mantida, particularmente se ocorrer resposta bioquímica e na ausência de efeitos secundários graves. Descrevemos um caso de sucesso terapêutico às 52 semanas sem eventos adversos importantes, aguardando-se a CV às 24 semanas pós-tratamento.

Palavras-chave: Coinfeção; Vírus hepatite B; Vírus hepatite Delta; peginterferão a2A

PODI 36

A GRANDE IMITADORA – UM CASO DE TUBERCULOSE EXTRAPULMONAR MULTIRESISTENTE

António Moreno Marques; Hugo Félix; Raquel Diogo; Sérgio Paulo; Inês Maury; Álvaro Ayres Pereira; Maria Cunha
ULS Santa Maria

Introdução: A tuberculose é a principal causa de morte infeciosa no mundo, sendo a sua apresentação mais frequente a pulmonar. No entanto, esta cursa muitas vezes com apresentações extrapulmonares, sendo a osteoarticular, uma das mais comuns, atingindo principalmente a coluna vertebral.

A tuberculose multirresistente (MDR-TB) é definida como a resistência a pelo menos rifampicina e isoniazida.

A incidência de TB na Guiné-Bissau, ao contrário do resto do mundo, tem vindo a aumentar, assim como a mortalidade na população VIH, sendo atualmente esta a quarta principal causa de morte no país.

Caso clínico: Mulher de 19 anos, natural da Guiné-Bissau e evacuada para Portugal por lesão abcedada no psoas ilíaco à esquerda e na região glútea posterior com cerca de 3 anos de evolução com informação de isolamento de Staphylococcus aureus MS, dos exames complementares realizados em Portugal, com isolamento de Streptococcus pyogenes em exame cultural de pús. Iniciou antibioterapia com amoxicilina/ácido clavulânico, com pouco efeito. Realizada RM que mostrou

extensas coleções abcedadas na região sacroilíaca esquerda com extensão aos músculos paravertebrais e à região glútea e ainda coleção abcedada na região do psoas ilíaco esquerdo. Realizada drenagem de abcesso, mantendo antibioterapia prévia com alta para o domicílio. Dos exames culturais colhidos intraoperatoriamente não houve crescimento a nível do exame bacteriológico, no entanto com isolamento de Mycobacterium tuberculosis com resistência aos antibacilaresde de primeira linha - HRZE. Referenciada à consulta de MDR-TB tendo iniciado esquema com Bedaquilina + Linezolide + Levofloxacina + Cicloserina + Clofazimina.

Conclusão: O diagnóstico definitivo de tuberculose é, muitas vezes, um verdadeiro desafio, tanto pela sua sintomatologia inespecífica, como pela dificuldade e demora no isolamento do agente.

No caso apresentado, tratava-se de uma localização pouco frequente de tuberculose, com clínica inespecífica e facilmente atribuível a outra causa. Este caso reforça a importância de manter uma vigilância ativa para uma doença ainda muito prevalente e com sintomatologia por vezes inespecífica, e o desafio da multiresistência.

Palavras-chave: Tuberculose, Miosite, Multiresistência

PODI 37

HEPATITE E, SÃO SERVIDOS?

Diana Carolina Dinis; José Ganicho; Rita Bernardino; André Valente; Manuel Serrano; Conceição Loureiro; Eduardo Dutra; Rui Perdigoto

Hospital Curry Cabral, Unidade Local de Saúde de São José

Introdução: A Organização Mundial de Saúde estima que o vírus da hepatite E (VHE) cause 20 milhões de novas infeções anuais [1]. A transmissão é maior em países de baixo rendimento, frequentemente associada ao consumo de água contaminada [2]. A infeção é geralmente aguda e autolimitada, mas alguns doentes podem evoluir para insuficiência hepática aguda ou cronicidade [3].

Descrição do caso: Mulher de 49 anos, residente em Alenquer, com história de capsulite adesiva e a cumprir prednisolona 10 mg desde há duas semanas, inicia quadro de febre, diarreia, exantema e edema das pernas. Posteriormente, desenvolve icterícia e colúria, mantendo picos febris esporádicos, pelo que se dirige ao Serviço de Urgência. À admissão, estava subfebril, ictérica e com edema da metade inferior das pernas. Analiticamente, destacava-se leucocitose com neutrofilia, transaminases na ordem dos 2000 U/L, colestase hepática com bilirrubina 13,15 mg/dL e INR 2,28. A ecografia abdominal mostrou esteatose hepática difusa. Foi admitida na unidade de cuidados intensivos, onde esteve hemodinamicamente estável, sem encefalopatia, com normalização do INR sob fitomenadiona. Da história clínica apurou-se consumo moderado de álcool, negando viagens recentes, relações sexuais desprotegidas, consumo de tóxicos ou produtos de ervanária. Foi excluída a infeção pelos vírus de hepatite A, B e C, citomegalovírus e vírus Epstein-Barr. Do estudo autoimune, tinha consumo de complemento e anticorpos antinucleares e anti-músculo liso positivos. A biópsia hepática revelou hepatite colestática aguda severa (Figura 1), um achado mais associado à etiologia tóxica ou infeciosa. Assim, pediu-se a carga viral do VHE que foi de 2880 UI/ml. Pela possível evolução para cronicidade, a doente iniciou Ribavirina. Por melhoria clínica e analítica, teve alta com indicação para cumprir terapêutica durante seis semanas. Em reavaliação verificou-se normalização das provas hepáticas e clearance viral, e a repetição do estudo autoimune foi negativa. Apurou-se a ingestão de sushi, cerca de quatro semanas antes do início do quadro.

Conclusão: Apesar da Hepatite E ser mais prevalente em países de baixo rendimento,

no estudo de hepatites agudas não se pode excluir a infeção por VHE. A insuficiência hepática aguda tende a ocorrer em pessoas com história de doença hepática, imunocomprometidos ou grávidas [3]. Assim, a deteção atempada da infeção é crucial visto que o tratamento pode ser necessário para a erradicação da infeção.

Palavras-chave: Hepatite aguda; Hepatite E; Transmissão fecal-oral; Insuficiência hepática aguda;

PODI 38

COINFEÇÕES PARASITÁRIAS – UMA CONSEQUÊNCIA DA GLOBALIZAÇÃO?

António Moreno Marques[1]; Raquel Diogo[1]; Hugo Félix[1]; Maria João Gargaté[2]; Álvaro Ayres Pereira[1]; Diogo Mendes Pedro[1]

[1]ULS Santa Maria; [2]Instituto Nacional de saúde publica Dr. Ricardo Jor

Introdução: A toxocaríase é a infeção provocada por parasitas do género Toxocara. A infeção humana ocorre através da ingestão de alimentos contaminados.

Sendo potencialmente responsável por apresentações clínicas distintas, uma habitual pobreza de sintomas pode dificultar a suspeição clínica. Para mais, a coinfeção parasitária, por vezes frequente em climas tropicais, pode levar à incerteza diagnóstica, sobretudo quando a eosinofilia é a única alteração.

Caso clínico: Mulher de 48 anos, natural do Brasil, onde tinha contato habitual com cães e outros animais. Em Portugal há 20 anos, sem viagens recentes.

Encaminhada à consulta de Infeciologia para estudo de eosinofilia, apresentando serologia positiva para Toxocara spp e Strongyloides spp. Clinicamente com astenia e cansaço com cerca de 4 meses de evolução, acompanhada de alterações cognitivas em particular relativamente à memória e à atenção, e sensação de diminuição da acuidade visual com 2 anos de evolução. Sem evidência de mielite.

Foi realizada punção lombar que revelou líquor límpido com exame citoquímico inocente. Foi admitida muito provável neurotoxocaríase após resultado serológico positivo no LCR, sendo o restante estudo negativo. Sem alterações imagiológicas. Não foram identificados parasitas nas fezes nem envolvimento de outros órgãos, em particular cardíaco e ocular. O estudo complementar não revelou outras alterações de relevo.

Após tratamento com ivermectina, cumpriu 14 dias de albendazol e corticoterapia. No follow-up de 6 meses verificou-se uma melhoria lenta, mas progressiva, do défice cognitivo, e resolução da hipereosinofilia.

Conclusão: Numa época de constante migração, a epidemiologia ganha especial importância. Este caso apresenta uma doente natural do Brasil coinfetada com dois nematodes. Embora a seroprevalência de toxocaríase e de estrongiloidíase seja de até 30%, a coinfeção é mais rara, descrita como cerca de 5% em algumas regiões deste país.

Este caso ganha especial relevância pela sintomatologia sugestiva de uma localização pouco comum da infeção. Efetivamente, a toxocaríase, habitualmente oligossintomática, pode evoluir com larva migrans visceral ou ocular. O envolvimento neurológico é menos frequente, estando habitualmente associado a mielite, meningo-encefalite eosinofílica, epilepsia e vasculite. A disfunção cognitiva é especialmente infrequente. No entanto, a sua associação à toxocaríase tem sido descrita, podendo cursar sem eosinofilia no LCR, e corroborada neste caso por uma resposta clínica favorável após terapêutica.

Palavras-Chave: Neurotoxocaríase, Estrongiloidíase, Parasitologia

PODI 39

UROLITÍASE COM PIELONEFRITE E FALÊNCIA RENAL: CONSEQUÊNCIA DO TRATAMENTO DA TOXOPLASMOSE CEREBRAL

Mónica Eusébio; Carolina V. Monteiro; Sofia R. de Valdoleiros; Lurdes Santos
Centro Hospitalar de S. João, EPE

Palavras-chave: Toxoplasmose cerebral; VIH; Litíase renal; Sulfadiazina.

Introdução: A sulfadiazina é um antimicrobiano utilizado quase exclusivamente no tratamento da toxoplasmose. Um dos seus potenciais efeitos secundários é a deposição e precipitação de metabolitos nos túbulos renais, podendo condicionar litíase renal e lesão renal aguda. Os principais fatores de risco para o seu desenvolvimento são o tratamento prolongado e em dose elevada, baixo débito urinário e pH urinário baixo. O presente caso clínico ilustra um quadro de pielonefrite obstrutiva com falência renal consequente ao seu uso.

Descrição do caso: Mulher de 69 anos com pancitopenia em estudo, sob corticoterapia desde há quatro meses. Internada no Serviço de Doenças Infeciosas por diagnóstico inaugural de infeção pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH), com imunodepressão grave (linfócitos T CD4 de 40/mm3) agravada pela corticoterapia, e toxoplasmose cerebral. Iniciado tratamento com sulfadiazina, pirimetamina e levetiracetam por suspeita de crises epiléticas não convulsivas, mas a doente manteve flutuação do estado de consciência. No 14º dia de tratamento, apresentou febre e lesão renal aguda de novo, com anúria não responsiva a fluidoterapia e furosemida. Foi iniciada antibioterapia empírica de largo espetro, mas evoluiu rapidamente para choque sético com disfunção multiorgânica e necessidade de admissão em Unidade de Cuidados Intensivos. Do estudo realizado, salienta-se exame sumário de urina com leucocitúria, eritrocitúria, nitritúria e cristais de sulfadiazina, e ecografia reno-pélvica com hidronefrose bilateral. A TC demonstrou material espontaneamente denso em vários cálices, no bacinete direito, no lúmen vesical e no interior dos ureteres, compatíveis com formações litiásicas. Por pielonefrite obstrutiva por litíase renal extensa, foi realizada derivação urinária bilateral e iniciada técnica de substituição da função renal contínua, com recuperação progressiva. Urocultura e hemoculturas com isolamento de E. faecalis.

Conclusão: A litíase renal induzida pela sulfadiazina deve ser um efeito adverso a prevenir. Para reduzir a sua incidência, deve manter-se aporte hídrico adequado, vigiar a creatinina, com consequente avaliação do exame sumário de urina para pesquisa de cristais de sulfadiazina, se alterada. No presente caso clínico, a flutuação do estado de consciência limitou a anamnese e levou à diminuição do aporte hídrico, contribuindo para a apresentação em choque.

PODI 40

CASO CLÍNICO DE PORFIRIA CUTÂNEA TARDIA (PCT) EM DOENTE COM HEPATITE C E HEMOCROMATOSE

Inês Trabucho; Cláudia Franco; Susana Boavida; Tomás Nunes; Frederico Gonçalves; Maria Miguel; João Lourinho; Alice Alicerces
Hospital Garcia de Orta, EPE

Caso clínico de porfiria cutânea tardia (PCT) em doente com hepatite C e hemocromatose
Homem de 64 anos, português, leucodérmico. Antecedentes de Hipertensão arterial, Etilismo, Hepatite C diagnosticada há mais de 10 anos, tratada com curso de 4 meses de Interferão e Ribavirina. Apresenta hiperpigmentação da pele difusa, de predomínio na face e membros com 20 anos de evolução, associado a prurido há 2 semanas, motivo pelo qual iniciou seguimento em Dermatologia. Iniciou seguimento em Medicina In-

terna por suspeita de Hemocromatose (HH). Foi referenciado à consulta de Infecciologia por carga viral VHC 127000UI/mL. Do estudo realizado a ressalvar ecografia abdominal, que demonstrou discreta esteatose hepática difusa, fibroscan com score de fibrose hepática F3. Analiticamente sem anemia ou trombocitopénia, com ligeira elevação da citólise hepática, albumina 4,3g/dL, bilirrubina total 0.58mg/dL. Dada a suspeita de porfiria cutânea tardia (PCT) foi pedido doseamento das porfirinas na urina, que se encontravam acima dos valores de referência. Foi pedido teste genético que confirmou a presença da mutação H63D no gene HFE, confirmando o diagnóstico de HH. O doente tratou a hepatite C e iniciou tratamento da hemocromatose com melhoria das lesões cutâneas. A porfiria cutânea tardia é o tipo de porfiria mais comum, com envolvimento predominantemente cutâneo de início tardio. Causada pelo défice da atividade da enzima uroporfirinogénio descarboxilase no fígado. A redução da atividade desta enzima leva à acumulação de porfirinogénios nomeadamente na pele que se auto oxidam em proteínas fotossensíveis, levando a lesões cutâneas no locais de maior exposição solar. O diagnóstico pode ser feito com o doseamento sérico ou urinário das porfirias. Alguns fatores aumentam a suscetibilidade para PCT nomeadamente alcoolismo, Hepatite C, vírus da imunodeficiência humana, HH, tabagismo, uso de estrogénios e o tratamento passa pelo controlo destas condições.

PODI 41

CABO VERDE: ESTARÁ MESMO LIVRE DE MALÁRIA?

Raquel Diogo; Luísa Mendonça; Bruno Tiago Carvalho; Fátima Gonçalves; António Moreno Marques; Ricardo Sá Pereira; Gonçalo Jantarada Domingos; Maria Ribeiro da Cunha; Diogo Mendes Pedro; Filipa Paramés; Tiago Marques; Sérgio Paulo; J. Melo Cristino; Álvaro Ayres Pereira
ULS Santa Maria - Hospital Santa Maria

Malária, Plasmodium falciparum, Cabo Verde

A malária é a infeção causada por parasitas do género Plasmodium. Tem uma distribuição predominantemente tropical ou subtropical. O P. falciparum, responsável pela maior parte dos casos graves, é também de longe o mais frequente em África. O arquipélago de Cabo Verde, no entanto, foi declarado pela OMS como livre de malária a 12 de janeiro de 2024, uma vez que não se identificaram casos de transmissão autóctone nos últimos 3 anos. Mulher de 37 anos, natural e residente em Cabo Verde, cidade da Praia. Sem antecedentes relevantes. Sem contacto animais. Negava outras viagens (confirmado com consulta de passaporte). Quadro de cefaleia, mialgias, febre e calafrios, dor abdominal, vómitos alimentares, diarreia e icterícia com início em Cabo Verde. Veio para Portugal 4 dias depois. Por agravamento recorreu ao Serviço de Urgência. À admissão, encontrava-se hemodinamicamente estável, ictérica, com dor à palpação do epigastro. Estava menstruada, negando gravidez ou queixas urinárias. Análises com Hb 9 g/dL, ligeiro aumento das amitransferases, aumento dos parâmetro de colestase (bilirrubina total 6,4 mg/dL); elevação dos parâmetros inflamatórios. Gasimetria com hiperlactacidémia 28 mg/dL, sem acidémia. Antigénio Dengue negativo. Fez esfregaço de sangue periférico com identificação de P. falciparum (0,7% de parasitémia), com antigénio positivo. Assumiu-se malária por P. falciparum e iniciou atovaquona/proguanilo.

Ficou internada no Serviço de Doenças Infeciosas (SDI). Durante o internamento, por perda de via oral, verificou-se agravamento progressivo, com hipotensão e lentificação psicomotora. Laboratorialmente agravamento da parasitémia máxima 7% (às 12h de terapêutica), Hb 6,6 g/dL, bilirrubina total 8,28 mg/dL, hiperlactacidémia máxima de 39 mg/dL. Foi transferida para o Serviço de Medicina Intensiva, onde fez 2 dias de artesunato EV 2,4 mg/Kg/dose com evolução favorável da parasitemia (parasitémia 0,002%); fez também 2 unidades de concentrado eritrocitário. Retornou ao SDI e completou 3 dias atovaquona/proguanilo. Como intercorrência, verificou-se edema palúdico, com necessidade de suporte de oxigenoterapia máxima de 3L/min, mantendo hiperbilirrubinémia.

Apresentou-se um caso de aparente transmissão endémica de malária em Cabo Verde, local declarado como livre de malária, traduzindo a importância de se considerar sempre este diagnóstico perante um síndrome febril no Viajante.

PODI 42

RISCO DA IMUNOSSUPRESSÃO FARMACOLÓGICA – UM CASO DE PNEUMOCISTOSE

Catarina Sottomayor; Rita Pratas; Alice Alves; Diana Ferrão; Jorge Almeida
Centro Hospitalar de S. João, EPE

Introdução: A utilização de fármacos imunossupressores tem-se tornado cada vez mais comum. Contudo, a imunossupressão traz consigo um risco aumentado de infeções oportunistas e importa relembrar o seu potencial iatrogénico.

Descrição do caso: Mulher de 62 anos. História de espondiloartrite seronegativa, sob deflazacorte 48 mg por dia e metotrexato 15 mg por semana desde 2012, e pênfigo bolhoso com diagnóstico em Abril de 2024, sob azatioprina 100mg por dia desde então. Recorreu ao Serviço de Urgência (SU) em junho de 2024, por quadro de dispneia e tosse produtiva com uma semana de evolução apresentando-se com insuficiência respiratória hipoxémica. Os antigénios urinários de streptococcus pneumoniae e legionella pneumophila foram negativos, bem como pesquisa de SARS-CoV2 e radiografia torácica com alterações intersticiais inespecificas. Assumida pneumonia adquirida na comunidade, tendo sido iniciada amoxicilina/ácido clavulânico e azitromicina. No primeiro dia de internamento, apresentou agravamento clínico com necessidade de oxigenoterapia de alto fluxo. Realizou tomografia computadorizada urgente, com imagem muito sugestiva de infeção por Pneumocystis jirovecii. Por instabilidade clínica, iniciou-se sulfametoxazol/trimetropim (20 mg/Kg/dia de 6/6h) empiricamente, associado a corticoterapia, com posterior colheita de secreções traqueobrônquicas, sem isolamentos. Dada a alta probabilidade do diagnóstico e boa resposta à terapêutica, manteve 21 dias de tratamento. Durante este período, apresentou várias intercorrências relacionadas com a antibioterapia: hiponatrémia euvolémica, hipercalémia, hipoglicemias matinais e citocolestase de novo. Por estas razões, foi reduzido o antibiótico para a dose mínima eficaz (20 mg/Kg/dia de 8/8h). Durante o internamento, a doente apresentou dois episódios de hemorragia gastrointestinal baixa com necessidade transfusional. Realizou colonoscopia com evidência de duas úlceras no lúmen cólico, com biologia molecular positiva para citomegalovírus (CMV) e viremia, que foram interpretadas como mais uma consequência do estado de imunossupressão farmacológica. Cumpriu 10 dias de ganciclovir e 3 semanas de valganciclovir. Foi avaliada por Reumatologia e Dermatologia, com suspensão do metotrexato e azatioprina. Por apresentar boa recuperação clínica, teve alta para o domicílio com esquema de desmame de corticoterapia

com dose diária inferior a 20 mg sem necessidade de profilaxia antibiótica.

Conclusão: Este caso mostra a importância da profilaxia antibiótica em doentes com imunossupressão prolongada em altas doses. Deve-se manter alta suspeita clínica de infeções oportunistas, iniciando terapêutica empírica em casos mais graves, mesmo não sendo possível o diagnóstico microbiológico.

PODI 43

BACTEREMIA E ESPONDILODISCITE POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS ASSOCIADA A ACUPUNTURA: RELATO DE DOIS CASOS

Mariana Azevedo; Emanuel Matias; Filipa Ceia; Beatriz Prista Leão; Lurdes Santos
Centro Hospitalar de S. João, EPE

Introdução: A incidência da espondilodiscite tem aumentado, o que pode estar relacionado com o uso mais frequente de dispositivos invasivos, o aumento do nu´úmero de doentes imunodeprimidos, e o envelhecimento da população. A infeção ocorre predominantemente por via hematogénica. O Staphylococcus aureus continua a ser o principal agente patogénico. A acupuntura é uma terapia alternativa especialmente utilizada no ali´vio da dor. Apesar da crescente popularidade, a segurança e eficácia continuam a ser alvo de discussão, e as infeções, sobretudo por Staphylococcus aureus, fazem parte das complicações mais relatadas, resultando principalmente de falhas nas medidas de assepsia.

Descrição dos casos: Relatamos dois casos de espondilodiscite em doentes do sexo feminino que realizaram acupuntura. A primeira doente, de 65 anos, com lombalgia cro´nica por canal lombar estreito, foi submetida a sessões de acupuntura, temporalmente coincidentes com a instalação do quadro cli´nico. Foi internada por bacteremia por Staphylococcus aureus e espondilodiscite em D11-D12, com fratura insta´vel de D11. A segunda doente, de 64 anos, com histo´ria de tabagismo, foi submetida a acupuntura, como terapêutica alternativa na cessação tabágica, também temporalmente relacionada com a instalação dos sintomas. Foi internada com diagnóstico de bacteremia por Staphylococcus aureus e espondilodiscite em L2-L4, com abcesso do mu´sculo psoas direito. Em ambas as doentes, foram excluídos outros focos de infeção, nomeadamente endocardite. Foram também excluídas outras portas de entrada para o microrganismo, como sejam, o uso de drogas injetáveis e procedimentos invasivos recentes.

Conclusa~o: Estes casos sugerem uma possi´vel associac¸a~o entre a acupuntura e bacteremia e espondilodiscite por Staphylococcus aureus. Acreditamos que, em ambas as doentes, o mecanismo primário de infeção possa ter sido o compromisso da barreira cutânea através da punção pelas agulhas de acupuntura, com consequente acesso do microrganismo à corrente sangui´nea. Sendo a infeção a complicação mais comum da acupuntura, é importante que esta terapia seja realizada obedecendo a medidas de controlo de infeção e condições de assepsia rigorosas, bem como, de vigilância por profissionais certificados. A educação para a saúde da população alvo quanto à seguranc¸a desta pra´tica e´ outra forma de proteção para potenciais complicações, como a infeção.

Palavras-chave: espondilodiscite; bacteremia; Staphylococcus aureus; acupuntura.

PODI 44

CARCINOMA EPIDERMÓIDE DO PÉNIS ASSOCIADO A HPV-33 EM JOVEM HSH NÃO IMUNODEPRIMIDO: RELATO DE CASO

Mariana Azevedo; Mónica Eusébio; Emanuel Matias; Beatriz Prista Leão; Lurdes Santos
Centro Hospitalar de S. João, EPE

Introdução: A Organização Mundial de Saúde classifica o carcinoma epidermóide do pénis e as suas lesões precursoras em "associado a vírus do papiloma humano (HPV)" ou "independente de HPV". Comparativamente com o segundo, o carcinoma epidermóide do pénis associado a HPV surge em idade mais jovem e relaciona-se com comportamentos sexuais de risco. Existem mais de 150 serotipos de HPV, de entre os quais o HPV-16 e o 18, que são os mais frequentemente associados a carcinoma epidermóide do pénis. A recorrência desta neoplasia rara depende do estadio tumoral e da abordagem terapêutica realizada, podendo alcançar os 35%. Relatamos o caso de um jovem não imunodeprimido com diagnóstico de carcinoma epidermóide do pénis associado a HPV-33 um ano após excisão de lesão intraepitelial pavimentosa de alto grau do pénis.

Descrição do caso: Homem de 27 anos, cisgénero, que tem sexo com homens, com início da atividade sexual aos 18 anos, história prévia de infeções sexualmente transmissíveis (IST) tratadas e sob profilaxia pré exposição (PrEP) para o vírus da imunodeficiência humana (VIH) desde 2020. Da abordagem inicial na consulta de PrEP, destaca-se recomendação de vacina contra o HPV, que o doente não realizou por incapacidade económica. Em dezembro de 2021, diagnóstico de lesão intraepitelial pavimentosa de alto grau do pénis associada ao HPV-33, submetido em março de 2022 a excisão parcial do prepúcio. Em janeiro de 2023, surgimento de novas lesões penianas com exame histológico a revelar carcinoma epidermóide invasor e neoplasia intraepitelial peniana (PeIN), ambas associadas a HPV-33, com invasão do tecido conjuntivo subepitelial, sem invasão vascular ou perineural. Submetido, em maio de 2023, a amputação parcial da glande, com boa recuperação. Entretanto, foram administradas 3 doses de vacina nonavalente contra o HPV e mantém vigilância regular, sem evidência clínica ou imagiológica de recidiva, na última reavaliação em setembro de 2024.

Conclusão: A evolução da doença associada ao HPV neste doente jovem, HSH e não imunodeprimido, sublinha a importância da educação em saúde sexual, da vacinação contra o HPV em determinadas populações de risco, mesmo na ausência de infeção pelo VIH, e da vigilância apertada destes doentes, tanto num contexto de rastreio clínico, como após tratamentos aparentemente curativos.

Palavras-chave: vírus do papiloma humano, carcinoma epidermóide do pénis, vacinação

PODI 45

ABCESSO HEPÁTICO – RELATO DE UM CASO CLÍNICO

Joao Francisco Magro; Teresa Castro; João Ferreira Sousa; Antonia Sa Gomes; Ana Paula Proença
Centro Hospitalar do Algarve, EPE / Hospital de Faro

Introdução: O Abcesso hepático é uma entidade relativamente rara com uma incidência estimada de 2,3 casos por 100 mil pessoas/ano, tendo múltiplas etiologias nomeadamente piogénica, fúngica ou amebiana que independentemente da sua etiologia geralmente cursa com febre, dor abdominal no quadrante superior direito podendo apresentar uma apresentação mais crónica com perda ponderal associada. Em baixo descreve-se caso de abcesso hepático em doente de 35 anos imunocompetente.

Descrição do caso: Doente de 35 anos, género masculino natural da Índia a residir em Portugal há 5 anos, recorre ao Serviço de Ur-

gência com quadro de omalgia à direita com irradiação para o hemitórax direito, febril (T 39 °C) com evolução de 3 dias, nega outra sintomatologia associada ao quadro. Trata-se de doente sem antecedentes médicos de relevo e sem internamentos prévios.
Analiticamente à admissão apresentava um aumento de parâmetros inflamatórios com leucocitose e proteína c reativa de 258.
No decorrer do estudo realizou TAC que relevou provável abcesso hepático único com 40/30 mm na transição entre segmento VI/VII, hepatoesplenomegalia e adenopatias ilíacas e mesentéricas. Iniciado empiricamente esquema com ceftriaxone e metronidazol e internado a cargo do serviço de Doenças Infeciosas. Realizada drenagem do abcesso complicada com pneumotórax iatrogénico. Foi pedido estudo serológico a admissão que se revelou positivo para Entamoeba histolytica. Doente evolui favoravelmente clínica e redução de abcesso no controlo imagiológico e seguimento prévio em consulta externa de Infeciologia Geral, tendo posteriormente realizado irradicação com paromomicina.
Conclusão: A infeção por Entamoeba histolytica tem distribuição mundial, com zonas endémicas situadas nos trópicos, sendo uma das principais causas de mortalidade por doença parasitária a nível mundial. A doença grave é mais comum em grávidas, crianças e imunodeprimidos, mas pode acometer doentes imunocompetentes como no caso apresentado. A infeção disseminada ocorre em menos de 1% dos indivíduos infetados sendo que o fígado se trata de órgão extra-intestinal mais frequentemente envolvido. Nos países desenvolvidos, a amebíase é mais frequentemente diagnosticada em imigrantes tal como no caso descrito e também em viajantes de países endémicos pelo que é importante uma história clínica detalhada e que a etiologia amebiana seja um diagnóstico diferencial a considerar perante abcesso hepático.

PODI 46

PASTEURELLA, AGENTE CAUSADOR DE IST

Clara Bacelar; Frederico Duarte;
Ricardo Correia de Abreu
ULS Matosinhos - Hospital Pedro Hispano

Palavras-chave: Pasteurella bettyae; infeções sexualmente transmissíveis; PrEP
Introdução: As bactérias do género Pasteurella são cocobacilos Gram-negativo, anaeróbios facultativos, parte da microbiota da orofaringe de alguns animais (nomeadamente cães e gatos). A mais frequentemente isolada e causadora de doença em humanos é a Pasteurella multocida, no entanto, recentemente, a Pasteurella bettyae tem sido associada a infeções sexualmente transmissíveis como uretrites e balanites, especialmente na população HSH.
Descrição do caso: Homem-cis de 40 anos, nacionalidade inglesa e residente em Matosinhos. HSH, com antecedentes de uretrite no passado, sem identificação de agente e resolução clínica após antibioterapia que não especificava. Avaliado em consulta de PrEP em agosto de 2024 e em contexto de rastreio assintomático de ISTs, como procedimento regular, foi identificada, em exame cultural da zaragatoa uretral, Pasteurella bettyae (Vitek®MS, bioMérieux) com sensibilidade a penicilina, amoxicilina/ácido-clavulânico e tetraciclinas. A pesquisa por biologia molecular de C. trachomatis, N. gonorrhoeae, M. genitalium, entre outros, foi negativa em zaragatoas uretral, retal e orofaríngea. Apesar de assintomático, pelo risco de transmissão, proposto tratamento com doxiciclina 100mg 12/12 horas durante 7 dias que foi cumprido.
Conclusão: Descrevemos o primeiro caso de IST por Pasteurella bettyae num utente seguido em consulta de PrEP na nossa instituição, à semelhança de casos singulares descritos, mais recentemente, na literatura médica internacional. Este caso permite-nos reforçar

a importância do rastreio de populações de risco, mesmo sem clínica focalizadora. O uso de métodos automatizados para rastreio, não incluindo agentes menos frequentes como a P. bettyae, solidifica a necessidade da realização do método cultural.

PODI 47

NEUROCISTICERCOSE: UMA PATOLOGIA AINDA PRESENTE

Sara Velho Meirinhos; Cristiano Esteves; Diogo Mendes Pedro; Carla Guerreiro; Robert Badura; Álvaro Aires Pereira
Hospital Universitário Santa Maria

Palavras-chave: Neurocisticercose ; Taenia solium ; scolex

A cisticercose é endémica em regiões da América Central e do Sul, África Subsaariana, Índia e Ásia, sendo transmitida pela ingestão de ovos de Taenia solium e sendo os porcos infectados os perpetuadores da infeção. As síndromes clínicas relacionadas com este parasita incluem a cisticercose extraneural e a neurocisticercose, nas formas parenquimatosas (mais frequente) e extraparenquimatosas, que incluem o envolvimento intraventricular, subaracnóideu, espinhal e ocular. A neurocisticercose é uma causa importante de convulsões na idade adulta nos locais onde é endémica.

Os autores descrevem o caso de um homem de 30 anos, natural da Guiné Bissau, em Portugal desde 2022, trabalhador da construção civil, com história de cefaleia holocraniana ocasional desde criança, sem seguimento. O doente recorreu a um Serviço de Urgência por cefaleia hemicraniana, em agravamento na última semana, não associada a sinais de alarme, negando alterações na acuidade visual, fotofobia, náuseas ou vómitos, e história de convulsões. Ao exame objetivo, vigil e orientado, sem défices neurológicos focais. Realizou TC crânio-encefálica (CE) que documentou lesões quísticas justacorticais, com nódulo mural, sem edema ou efeito de massa associados, sugerindo o diagnóstico de neurocisticercose, não sendo claro o estadio, possivelmente em fase calcificada. Em consulta de Infecciologia, foi solicitada RM-CE perante dúvida de viabilidade de lesões para tratamento, que revelou que as lesões quísticas apresentavam sinal idêntico ao do líquor com presença de scolex no seu interior, corroborando o diagnóstico em fase vesicular.O envolvimento ocular foi descartado. Apesar dos resultados serológicos para Taenia solium terem sido negativos, foi considerada a elevada presunção diagnóstica atendendo ao exame de imagem, e realizada terapêutica com prednisolona, albendazol e praziquantel.

A apresentação imagiológica clássica de neurocisticercose presente neste caso, permite reiterar a importância do conhecimento e avaliação das características imagiológicas, mesmo na ausência da apresentação clínica mais frequente (e especialmente na inexistência de epilepsia secundária) ou de serologia positiva. Ainda assim, em casos selecionados, a avaliação do líquor ou da biópsia cerebral poderá ter alguma utilidade. A RMN apresenta uma melhor acuidade diagnóstica que a TC, permitindo distinguir com maior fiabilidade a presença de lesões viáveis que carecem de tratamento.

PODI 48

BRUCELOSE: QUINZE ANOS DE EXPERIÊNCIA

Clara Bacelar; Frederico Duarte; Fábio Reis; Eduarda Pena; Maria João Gonçalves; Ricardo Correia de Abreu
ULS Matosinhos - Hospital Pedro Hispano

Palavras-chave: Brucelose; investigação epidemiológica

Introdução: A brucelose é uma infeção causada pelas bactérias do género Brucella spp, adquirida após contacto com animais ou ingestão de produtos alimentares contaminados. O atraso no diagnóstico ainda é uma rea-

lidade dada a inespecificidade de sintomas e estudo laboratorial com claras limitações.
Objetivos: Caracterizar os diagnósticos de brucelose com foco na diversidade clínica objetivada bem como no desafio terapêutico.
Materiais e métodos: Estudo retrospetivo dos casos de brucelose acompanhados entre 2009 e 2023 na Unidade Local de Saúde.
Resultados e conclusão: Foram identificados 15 casos de brucelose, 60% do sexo masculino, média de 50 anos de idade [22-86 anos], 8 casos com ligação epidemiológica estabelecida. Sete casos foram de doença localizada (85.7% doença osteoarticular). Nos restantes, a astenia (75%), febre (62.5%), artralgias e anorexia (50%) foram os sintomas predominantes, persistindo em média 10 semanas antes do tratamento [1-19 semanas]. Um terço dos doentes fez antibioterapia empírica prévia ao diagnóstico por suspeita de infeção por outros agentes. Para o diagnóstico laboratorial foram realizados: reação de Wright (positiva em 80%), ELISA (26.7%), exame cultural (26.7%). Em 73% dos doentes foi prescrito esquema de doxiciclina e rifampicina, em 13% um esquema triplo e 2 casos tratados com regime incluindo quinolona. A duração de tratamento variou entre as 6 e as 52 semanas, com controlo de foco cirúrgico em 13% dos casos. A evolução foi favorável em 73%; um caso evoluiu com recorrência após 6 meses; um caso de infeção de prótese da anca evoluiu com complicações nosocomiais; verificou-se um óbito por doença oncológica; um doente perdeu seguimento.
A brucelose, embora rara, deve ser considerada como diagnóstico diferencial em quadros constitucionais e sintomas osteo-articulares, sendo essencial um detalhe epidemiológico apurado. O início de tratamento atempado é importante para prevenir complicações como doença disseminada ou sequelas. A nossa realidade demonstra variedade de manifestações clínicas, dificuldade numa filiação epidemiológica e limitação dos testes laboratoriais diagnósticos.

PODI 49

À PROCURA DO SCOLEX: UM CASO DE NEUROCISTICERCOSE

Daniela Rodrigues Nogueira; Filipa Pinto Ferreira; Marcelo Pinto Alves; Carolina Silva; António Ludgero Vasconcelos
ULS Santo António

Introdução: A neurocisticercose ocorre após ingestão do parasita Taenia solium na sua forma larval, podendo apresentar atingimento parenquimatoso e extra-parenquimatoso. Convulsões ou outras manifestações de hipertensão intracraniana (HTIC), aliadas a contexto epidemiológico relevante, devem levantar a suspeita deste diagnóstico, o qual é baseado na presença de achados imagiológicos como lesões líticas, captantes ou calcificadas. A objetivação de um scolex contido num cisto permite fazer o diagnóstico definitivo.
Descrição do caso: Mulher de 20 anos, de nacionalidade Angolana, a residir em Portugal há um ano, sem antecedentes de relevo. Apresentou-se com quadro de mioclonias na hemiface esquerda e membro superior esquerdo (MSE), seguidas de crise tónico-clónica generalizada.
À admissão, subfebril, com ligeira paresia facial central esquerda, sem outras alterações ao exame neurológico. Estudo analítico sem alterações e serologia de vírus da imunodeficiência humana negativa. Ressonância magnética nuclear cerebral a evidenciar lesão arredondada subcortical fronto-lateral direita, com 13mm de diâmetro máximo, bem delimitada e associada a edema vasogénico circundante a condicionar apagamento dos sulcos corticais adjacentes, com scolex visível no seu interior, a permitir o diagnóstico definitivo de neurocisticercose.
Completado o estudo com radiografia das coxas e tórax, bem como ecografia abdominal,

sem evidência de cisticercos noutra localização. Iniciada terapêutica com albendazol, dexametasona e levetiracetam, bem como profilaxia com ivermectina para cobertura de possível strongyloidíase, atendendo ao contexto epidemiológico e necessidade de corticoterapia prolongada. Desde então sem novas crises convulsivas ou mioclonias, sem alterações ao exame neurológico. Reavaliação com tomografia computorizada crânio-encefálica a documentar boa resposta ao tratamento, com diminuição das dimensões da lesão.

Conclusão: Destaca-se a importância de considerar a hipótese de neurocisticercose na presença de sinais de HTIC e contexto epidemiológico sugestivo, não só pelo facto de ser uma entidade tratável, mas também pela sua potencial gravidade na ausência de tratamento.

PODI 50

REMDESIVIR REDUZ MORTALIDADE EM DOENTES IMUNOCOMPROMETIDOS NA ERA PANDÉMICA E ENDÉMICA DA COVID-19

Sofia Caetano[1]; Essy Mozzafari[1]; Aastha Chandak[2]; André Kalil[3]; Robert L Gottlieb[4]; Chidinma Chima-Melton[5]; Mark Berry[1]; Alpesh N Amin[6]; Tobias Welte[7]; Paul Sax[8]

[1]Gilead Sciences, Lda.; [2]Certara, New York, New York, USA.; [3]University of Nebraska Medical Center, Omaha, Nebraska, USA; [4]Baylor Scott & White Heart and Vascular Hospital, Dallas, Texas, USA.; [5]University of California, Los Angeles, California, USA.; [6]University of California Irvine, California, USA.; [7]Klinik für Innere Medizin III, Universitätsklinikum des Saarlandes, Saarland University, Homburg/Saar, Germany.; [8]Harvard Medical School, Brigham and Women's Hospital Boston, Massachusetts, USA

Introdução: Revisões da literatura resumiram a eficácia de remdesivir (RDV9 em doentes imunocomprometidos (IC) que apresentam maior risco de hospitalizações, complicações e mortalidade devido à COVID-19. Neste estudo, examinamos a mortalidade hospitalar por todas as causas com o início precoce de RDV vs não início de RDV entre doentes IC hospitalizados com COVID-19, de dezembro de 2020 até abril de 2023.

Métodos: Utilizando a base de dados PINC AI Healthcare, identificamos adultos IC (neoplasias, transplantes de órgãos sólidos e células-tronco hematopoéticas, neoplasias hematológicas, imunodeficiências primárias, asplenia, insuficiência da medula óssea/anemia aplástica, imunodeficiências combinadas graves ou VIH), hospitalizados com um diagnóstico primário de alta de COVID-19 sinalizado como "presente na admissão". Os doentes foram ainda categorizados de acordo com a necessidade de oxigénio suplementar: sem necessidade (NSOc) e com qualquer necessidade de oxigênio suplementar na admissão. Os doentes que iniciaram RDV nos primeiros 2 dias de admissão vs aqueles que não iniciaram RDV durante a hospitalização foram comparados usando correspondência de propensão intra-hospitalar preferencial 1:1 com reposição. O Modelo de Riscos Proporcionais de Cox foi usado para examinar a mortalidade hospitalar aos 14 e 28 dias.

Resultados: De dezembro de 2020 a abril de 2023, 20.770 doentes tratados com RDV foram comparados com 8.462 doentes únicos não tratados com RDV. Durante o período do estudo, a taxa de mortalidade não ajustada para doentes tratados com RDV vs não tratados foi de 11,5% vs 15,4% aos 14 dias e 17,2% vs 21,6% aos 28 dias, respetivamente. Após ajuste para covariáveis basais e clínicas, o braço tratado com RDV apresentou risco de mortalidade significativamente menor comparativamente ao grupo não tratado (HR [IC 95%]: 0,77[0,72–0,83]), em doentes com NSOc (0,70[0,62–0,79]) e em doentes com qualquer necessidade de oxigênio suplementar (0,80[0,73–0,87]) ($p<0,0001$) aos 28 dias. Benefício semelhante para RDV vs não-RDV foi observado para a mortalidade global aos

14 dias (0,73[0,67–0,79]), em doentes com NSOc (0,68[0,59–0,77]) e em doentes com qualquer necessidade de oxigênio suplementar (0,75[0,68–0,83]) (p<0,0001) (Figura 2).
Conclusões: RDV continuou a demonstrar eficácia significativa na redução da mortalidade entre doentes IC hospitalizados com diagnóstico primário de COVID-19 durante o período Omicron, independentemente das necessidades de oxigênio suplementar

PODI 51

ASCENÇÃO DE BACTÉRIAS ANAERÓBIAS ESTRITAS À REGIÃO PERIORBITÁRIA: UM ABCESSO ATÍPICO

Daniela Rodrigues Nogueira; Laís Simonato Altoé; Cristiana Costa; Carolina Silva; Eduardo Simões Ventura; Hugo Cruz; Ana Paula Castro
ULS Santo António

Introdução: Os abcessos periorbitários são infeções relativamente raras, mas graves. Embora as bactérias anaeróbias estritas da flora comensal orofaríngea não sejam a etiologia mais comum, podem estar envolvidas numa proporção significativa de casos, sobretudo quando se trata de um foco infecioso odontogénico.
Descrição do caso: Mulher de 30 anos, saudável. Quadro com 5 dias de evolução de edema e calor na região infraorbitária direita, sem flutuação. Tomografia computorizada maxilofacial (TC-MF) com objetivação na superfície ínfero-lateral da prega nasal direita de um aumento do volume e opacificação subcutânea indistinta dos músculos da mímica facial. Medicada empiricamente com ciprofloxacina e deflazacorte, que cumpriu 3 dias, com progressivo agravamento dos sintomas e extensão à região periorbitária esquerda. Repetiu TC-MF, a revelar coleção captante perifericamente e de centro hipodenso na região subcutânea malar direita, sugerindo abcesso com 12x21x37mm, com extensão à asa nasal direita e à parede anterior da maxila, com ápice final na proximidade do dente 1.3, que apresentava cortical vestibular erosionada, e adjacente ao canto medial da órbita, embora sem continuidade com o saco lacrimal. Associadamente, com densificação da gordura subcutânea sugerindo inflamação/infeção. Realizada drenagem transcutânea de conteúdo piogénico, tendo iniciado amoxicilina/clavulanato e dexametasona. Após estudo microbiológico do pús, foram isolados Fusobacterium nucleatum multissensível e Prevotella baroniae apenas sensível a piperacilina/tazobactam e metronidazol, pelo que foi feito switch terapêutico para metronidazol, que cumpriu durante 5 dias, com resolução completa do quadro, apresentando-se assintomática na reavaliação após um mês.
Conclusão: Este caso realça uma localização relativamente atípica para o isolamento microbiológico de bactérias anaeróbias estritas, o contributo fulcral da drenagem cirúrgica como controlo de foco e a necessidade de ajuste da antibioterapia de acordo com o teste de suscetibilidade aos antimicrobianos disponibilizado.

PODI 52

UM PONTO DE PARTIDA INUSITADO PARA UM ABCESSO HEPATICO POR STREPTOCOCCUS INTERMEDIUS: CASO CLÍNICO

Dara Jorge Mbanze; Francisca Bartilotti Matos; Bruno Cancela; Pedro Oliveira; Pedro Magalhães; Margarida Mota; Sofia Nunes; Celina Gonçalves
Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho

Introdução: O Streptotoccus intermedius é uma bactéria gram-positiva pertencente ao grupo Streptococcus anginosus. Está presente na microbiota da cavidade oral, do sistema respiratório e dos tratos geniturinário e gastrointestinal e é uma bactéria frequentemente associada a abcessos cerebrais, hepáticos e empiema torácico.

Descrição do caso: Mulher de 63 anos de idade com quadro de dor abdominal no quadrante superior direito, anorexia, náuseas e vómitos, febre e noção de perda ponderal com cerca de um mês de evolução. Imagiologicamente apresentava uma formação nodular de predomínio quístico no segmento VIII do lobo hepático direito, de 64mm de maior dimensão e, mais tardiamente, derrame pleural direito por contiguidade do processo infecioso. Realizou drenagem percutânea do abcesso hepático diagnóstica e terapêutica e iniciou tratamento empírico com piperacilina/tazobactam. Foi isolado Streptococcus intermedius no pus do abcesso e no derrame pleural, tendo se ajustado o antibiótico para ampicilina de acordo com o antibiograma. Apesar de antibioterapia dirigida e drenagem percutânea ativa do abcesso, verificava-se redução dimensional frustre do mesmo e do derrame pleural, bem como persistência de febre, dor abdominal e elevação dos parâmetros inflamatórios analíticos. Em tomografia computorizada abdominal de controlo foi descrita a presença de um corpo estranho linear implantado transversalmente no cólon sigmoide, podendo se tratar de um osso ou espinha, já presente em exames anteriores, mas até então não relatado. Realizou colonoscopia para confirmação diagnóstica e remoção do corpo estranho (figura 1.), verificando-se de seguida remissão dimensional do abcesso, bem como melhoria clínica e analítica.

Conclusão: a investigação de patologia do trato gastrointestinal ou de doença intraabdominal é fundamental para determinar o ponto de partida do abcesso hepático causado pelo Streptotoccus intermedius, tendo em linha de conta as implicações terapêuticas e prognósticas.

Palavras-chave: Abcesso hepático; Streptococcus intermedius; Corpo estranho.

PODI 53

REMDESIVIR REDUZ A MORTALIDADE EM DOENTES COM >=65 ANOS, HOSPITALIZADOS POR COVID-19 NA ERA OMICRON

Sofia Caetano[1]; Essy Mozzafari[1]; Aastha Chandak[2]; Mark Berry[1]; Paul E Sax,[3]; Tobias Welte[4]; Alpesh N Amin5; Yohei Doi[6]; Neera Ahuja[7]; Paul Lobet[8]

[1]Gilead Sciences, Lda.; [2]Certara, NewYork, New York, USA; [3]Division of Infectious Diseases, Brigham and Women's Hospital, Boston, Massachusetts, USA; [4]Klinik für Innere Medizin III, Universitätsklinikum des Saarlandes, Saarland University, Homburg/Saar, Germany; [5]University of California Irvine, California, USA.; [6]Department of Rehabilitation Medicine II, Fujita Health University School of Medicine, Tsu, Mie, Japan; [7]Department of Internal Medicine, Stanford University School of Medicine; [8]University of Montpellier

Introdução: Pesquisas anteriores estabeleceram a eficácia do remdesivir (RDV) na redução da mortalidade entre populações de doentes vulneráveis, como os doentes imunocomprometidos e com neoplasias hospitalizados por COVID-19. No entanto, as evidências sobre a população idosa são escassas. Neste estudo, examinamos a mortalidade hospitalar por todas as causas relacionadas com o início precoce de RDV vs. não início de RDV entre doentes idosos hospitalizados por COVID-19 durante o período predominante da Omicron.

Métodos: Recorrendo à base de dados PINC AI Healthcare, foram identificados doentes com mais de 65 anos de idade hospitalizados com diagnóstico de alta primário de COVID-19 entre dezembro de 2021 e abril de 2023. A análise foi estratificada em ausência de oxigénio suplementar (NSOc), oxigénio de baixo fluxo (LFO), oxigénio de alto fluxo/ventilação não invasiva (HFO/VNI) e ventilação mecânica invasiva (VMI)/ECMO na admissão, bem como por grupos etários. Os doentes que iniciaram RDV nos primeiros 2 dias de admissão vs aqueles que não iniciaram RDV durante a hospitalização foram comparados usando correspon-

dência de propensão intra-hospitalar preferencial (PS) 1:1 com reposição. O Modelo de Riscos Proporcionais de Cox foi usado para analisar o tempo até a mortalidade hospitalar aos 14 e aos 28 dias.

Resultados: 110.044 doentes em 909 hospitais nos EUA foram incluídos nesta coorte. Após a correspondência PS, 45.038 doentes tratados com RDV foram comparados com 20.425 doentes "não-RDV". Na coorte correspondente, 64% tinham mais de 75 anos, 46% com NSOc e 54% com qualquer nível de suplementação de oxigénio. As taxas de mortalidade não ajustadas foram de 9,9% vs. 13,0% aos 14 dias e 13,3% vs. 16,9% aos 28 dias para "RDV" vs "não-RDV", respetivamente. "RD" foi associado a uma mortalidade aos 14 dias significativamente menor (taxa de risco ajustada [IC 95%]: 0,74[0,70-0,79]) e mortalidade aos 28 dias (0,77[0,73-0,81]) comparativamente a "não--RDV", na população em geral em estudo. A eficácia de RDV foi consistentemente observada entre doentes com NSOc, LFO, HFO/NIV ou IMV/ECMO, bem como entre os grupos etários de 65-74, 75-84 e 85+ anos.

Conclusões: Na era da COVID-19 predominantemente Omicron, o início do RDV em doentes idosos hospitalizados por COVID-19 demonstrou uma redução significativa da mortalidade, que foi consistente para todas as necessidades na baseline de oxigénio suplementar e grupos etários.

PODI 54

ISOLAMENTO DE MSSA PRODUTOR DE LEUCOCIDINA PANTON-VALENTINE, EM DOENTE COM IMUNODEPRESSÃO GRAVE

Niria Muhongo; Maria Isabel Alves; Joana Gouveia Batista; Diva Trigo; Patrícia Pacheco
Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

Introdução: Leucocidina Panton-Valentine (PVL) é uma toxina que causa a apoptose dos neutrófilos, resultando em resposta inflamatória intensa com necrose dos tecidos. É conhecida por causar múltiplos abcessos e outras lesões necróticas graves. Os autores discutem a necessidade de ajuste da antibioterapia, nomeadamente utilização de inibidores de síntese proteica, com o caso descrito.

Descrição de caso: Homem, 31 anos, natural e residente na Guiné-Bissau, em Portugal desde um mês antes da admissão, inicialmente internado por sarcoma de Kaposi mucocutâneo e visceral, no contexto de infeção crónica por VIH-1 (LTCD4: 147 céls/mL (9%), CV-VIH1: 293000 cp/mL), tendo iniciado quimioterapia com doxorrubicina e TARc com TAF/FTC+DTG. Posteriormente, é reinternado por febre, dor abdominal difusa, e massa abdominal palpável. Realizada TC abdominal e pélvica que evidenciou duas volumosas imagens ovaladas hipodensas, ligeiramente heterogéneas e multisseptadas, localizada na espessura subcutânea da parede abdominal anterior, ao nível epigástrico, estendendo-se à cavidade abdominal com moldagem do lobo hepático esquerdo, outra no grande glúteo direito. Objectivados também abcessos occipitais, escapular direito e da pirâmide nasal. Analiticamente, destacava-se PCR 24 mg/dL. Iniciou antibioterapia empírica com amoxicilina-clavulanato. Foram realizadas drenagens por via percutânea, com saída de conteúdo purulento em que se isolou MSSA. Dada a extensão da infeção, realizou-se genotipagem da estirpe, identificando-se produção de PVL, cumpriu flucloxacilina durante 11 dias, e posteriormente, por resposta clínica insuficiente, foi alterada para clindamicina, assumindo-se melhor penetração e estabilidade nos abcessos, (baixo pH) e a ação inibitória sobre a síntese proteica, de toxina PVL nas coleções abecedadas. Verificou-se evolução clínica favorável com apirexia, remissão da dor e dos abcessos, e descida sustentada dos parâmetros inflamatórios, permitindo alta após 21 dias de antibioterapia.

Conclusão: Destaca-se deste caso a presença de MSSA produtor de PVL, salientando a necessidade de suspeita clínica perante doença estafilococica multifocal, implicando na necessidade de controlo de foco. Destaca-se a escolha de clindamicina no caso relatado, visando não apenas acção sobre o MSSA, mas também inibição da produção da toxina PVL, de forma a controlar os efeitos necróticos da infeção.

Palavras-chave: Leucocidina Panton-Valentine, MSSA, imunodepressão grave

PODI 55

UM CASO DE NEFROTOXICIDADE POR RIFAMPICINA

João Paulo Nóvoa; Sara Magalhães; Raquel Pinto; Stepanka Betkova; Sara Lino; Maria José Manata; Fernando Maltez

Hospital de Curry Cabral

Introdução: A rifampicina é essencial no tratamento da tuberculose, mas tem sido associada a reações adversas, como hepatotoxicidade ou desconforto gastrintestinal, síndrome influenza-like ou lesão renal aguda. Esta é causada por nefrite intersticial aguda (NIA)/necrose tubular aguda, embora seja rara, tipicamente surge em esquemas posológicos intermitentes e/ou após reintrodução do fármaco.

Caso clínico: Homem de 58 anos, melanodérmico, previamente saudável. Dois meses antes do internamento, iniciou quadro de cansaço, mau estar geral e sensação febril não quantificada. À avaliação inicial estava febril e polipneico, com necessidade de oxigénio suplementar. À auscultação pulmonar tinha murmúrio vesicular diminuído à esquerda.

Analiticamente salientava-se elevação de proteína C reativa de 129 mg/dL. Realizou tomografia computadorizada do tórax que revelou padrão micronodular difuso de tipo miliar e opacidades nodulares nos segmentos ápico-posterior do lobo superior esquerdo e apical do lobo superior direito.

Por suspeita de tuberculose miliar e ausência de expetoração, o doente realizou broncofibroscopia. A citologia, microbiologia e o teste de amplificação de ácidos nucleicos (TAAN) para Mycobacterium tuberculosis dos lavados brônquico e broncoalveolar foram positivos. O doente iniciou tratamento com isoniazida, rifampicina, pirazinamida e etambutol, com melhoria clínica. Ao 34º dia de terapêutica antituberculosa documentou-se agravamento súbito da função renal (creatinina de 1,75 mg/dL, ureia de 59 mg/dL, taxa de filtração glomerular estimada [TFGe] de 42 mL/min/1,73m2), associada a febre. Perante persistência de lesão renal foi realizada biópsia renal, que confirmou a NIA. O doente iniciou corticoterapia e foi admitida como etiologia a toxicidade medicamentosa pela rifampicina, que foi suspensa e substituída por rifabutina, com melhoria progressiva da função renal, à data de alta com creatinina de 1,02 mg/dL, ureia de 38 mg/dL e TFGe de 80 mL/min/1,73m2.

Conclusão: este caso documenta uma apresentação pouco comum de NIA induzida pela rifampicina (sem intermitência ou interrupção de administrações), alertando-se para a necessidade de elevada suspeição diagnóstica e descontinuação precoce do fármaco, em doentes que apresentam deterioração progressiva da função renal durante o tratamento, de forma a minimizar possíveis complicações associadas.

Palavras-chave: tuberculose, rifampicina, nefrite intersticial aguda.

PODI 56

ESTUDO RETROSPETIVO DA UTILIZAÇÃO CLÍNICA DE DEXAMETASONA NO PERÍODO DE PÓS-PANDEMIA DE COVID-19

Bárbara Lavradorinho; João Maia; Joana Calisto; Maria Luisa Pereira; Silvia Fanica
Hospital do Espírito Santo, EPE, Évora

Introdução: A utilização de glucocorticoides em doentes com infeção por COVID-19 tem demonstrado eficácia na resolução do processo inflamatório nas formas graves, pelo seu efeito imunomodelador e anti-inflamatório.

A pertinência deste estudo assenta na crescente utilização deste fármaco a nível hospitalar, tornando-se fulcral identificar a menor duração de tratamento sem perda de eficácia terapêutica, de forma a reduzir o tempo de hospitalização e os potenciais efeitos adversos.

Objetivos: Caracterizar a utilização da terapêutica com dexametasona em monoterapia em doentes hospitalizados, com diagnóstico de COVID-19 moderado a grave com necessidade de oxigenoterapia;

Comparar os resultados obtidos com os dos estudos de aprovação publicados.

Materiais e métodos: Estudo descritivo, observacional e retrospetivo, que incluiu doentes internados entre 2022 e março de 2024, com diagnóstico de COVID-19 ligeiro a moderado, submetidos a terapêutica com dexametasona. Os dados necessários foram recolhidos através da consulta do processo clínico, dos dados da prescrição médica e das análises clínicas e analisados no programa Excel versão 2406.

Resultados e conclusões: Os doentes incluídos no estudo (n=95) encontravam-se hospitalizados com diagnóstico de COVID-19 moderado a grave, sendo a mediana de idades de 81 (22-95) anos. Verificou-se que as patologias crónicas mais comuns foram Hipertensão Arterial (20,7%), Dislipidemia (11,1%), Diabetes Mellitus (10,8%) e Doença Cardíaca (10,5%).

Todos os doentes em estudo estiveram hospitalizados com suplementação de oxigénio de baixo fluxo.

Verificou-se uma taxa de mortalidade aos 28 dias de 31,7% e alta hospitalar aos 28 dias de 57,9%.

O esquema terapêutico utilizado teve uma duração de entre 1 a 19 dias e a dose de dexametasona entre 4 mg a 10 mg, sendo que 81% dos doentes cumpriu o esquema terapêutico de 6 mg 1xdia durante uma média de 6 dias. Apenas 8,4% da população em estudo cumpriu o esquema terapêutico de dexametasona 6mg durante 10 dias – esquema avaliado no estudo RECOVERY.

Os endpoints deste estudo não estão em concordância com os do ensaio RECOVERY Dexamethasone in Hospitalized Patients with Covid-19, sendo possível verificar um aumento da taxa de mortalidade em 8,8% e uma diminuição de doentes em 9,4% com alta ao fim de 28 dias.

Estes valores não concordantes podem estar relacionados com a discrepância do esquema terapêutico utilizado e pelo facto de a população ser diferente, sendo estes dois viés do estudo.

Tendo em conta que a dexametasona integra a lista de medicamentos essenciais para o tratamento da COVID-19 da Organização Mundial de Saúde e está disponível mundialmente a baixo custo, torna-se fulcral destacar a importância do papel do farmacêutico hospitalar na monitorização da eficácia deste fármaco, garantindo a sua correta utilização, de forma a otimizar esta terapêutica.

Palavras-chave: COVID-19, dexametasona, glucocorticoide

PODI 57

CARACTERIZAÇÃO DE NOVOS CASOS DE HEPATITE C ENTRE 2019-2023 NUM SERVIÇO DE INFECIOLOGIA EM PORTUGAL

Pedro Leal; Constança Antunes; Margarida Almeida; Sofia Rocha; Teresa Baptista; Kamal Mansinho
Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE/Hospital Egas Moniz

Introdução: O vírus da hepatite C é um vírus de RNA, cuja transmissão ocorre predominantemente por via parentérica, sendo particularmente relevante na subpopulação de pessoas que injetam drogas. Nos últimos anos, o aumento crescente da prática de sexo em grupo e chemsex, com ou sem a utilização de drogas injetáveis, configura um potencial novo grupo de risco para a transmissão desta infeção. A perceção empírica de um aumento do número de pessoas com estes fatores de risco na população de doentes diagnosticados e tratados com hepatite C neste serviço motivou uma revisão e caracterização dos doentes observados em primeira consulta.

Objetivos: Caracterizar a evolução das características demográficas dos novos casos de infeção por Vírus da Hepatite C investigados na consulta do Serviço de Doenças Infeciosas.

Material e métodos: Foram revistos os registos clínicos correspondentes às primeiras consultas por Hepatite C nos anos de 2019-2023 no serviço em questão e compilada uma base de dados, que foi analisada com recurso a Microsoft Excel e IBM SPSS.

Resultados e conclusões: Verificaram-se 152 primeiras consultas por hepatite C, provenientes de estruturas externas ao serviço. Destes, 27%(n=41) apresentavam clearance espontânea à data do diagnóstico. Dos restantes 111, 82% (n=91) iniciou terapêutica com antiviral de ação direta, tendo os remanescentes abandonado a consulta antes de iniciar medicação. Verificou-se apenas um caso de falência terapêutica. A taxa de abandono da consulta foi de 17,8% (n=27), tendo 40,7% destes (n=11) concluído a terapêutica, com controlo virológico no final do tratamento mas sem confirmação de resposta virológica sustentada às 12 semanas.

Relativamente às vias de transmissão, verificou-se um aumento progressivo da frequência relativa de transmissão por uso de drogas injetáveis, correspondendo a 48,8% dos doentes em 2019 e 73,3% dos doentes em 2023. A via de transmissão sexual e chemsex correspondeu a apenas a 16,4% (n=25) do total de doentes, com o mesmo número a ter via de transmissão desconhecida.

Os resultados demonstram uma tendência decrescente no número absoluto de doentes referenciados a este centro por infeção por vírus da hepatite C, ao longo dos anos analisados. A reduzida presença de doentes com via de transmissão sexual ou por chemsex, particularmente evidente nos últimos dois anos, dever-se-á provavelmente ao facto destes doentes serem já acompanhados em consulta de PrEP ou VIH e, como tal, não terem sido incluídos na análise.

PODI 58

PSSA: PORQUE NÃO A PENICILINA?

Cristiano Gante[1]; Maria Miguel[2]; Frederico Gonçalves[2]; Inês Trabucho[2]; Susana Boavida[2]; Tomás Nunes[2]; Cláudia Franco[2]
[1]Centro Hospitalar de Lisboa Central/Hospital de São José; [2]Hospital Garcia de Orta, EPE

Introdução: Alguns autores defendem que o tratamento com penicilina na infeção por Staphylococcus aureus sensível à penicilina (PSSA) é mais bactericida comparativamente às penicilinas antiestafilocócicas. Por outro lado, outros autores desaconselham a sua utilização com base na ausência de estudos e na possibilidade de emergência de resistência durante o tratamento, levando à falência terapêutica.

Objetivos: Expor uma série de casos clínicos

de doentes com bacteriemia a PSSA tratados com penicilina, bem como os seus outcomes.
Material e métodos: Foram consultados os processos dos doentes com hemoculturas positivas para Staphylococcus aureus sensíveis à penicilina. Numa base em Excel® registou-se o género, idade, data de internamento, motivo de internamento, comorbilidades, foco infecioso, antibiograma, antibioterapia, readmissões precoces e óbitos.
Resultados: Entre janeiro de 2016 e maio de 2024 foram identificadas 198 amostras com infeção por PSSA. Destas, identificaram-se 31 doentes que foram medicados com penicilina em algum período da infeção. Epidemiologicamente, 22 eram homens e a idade média foi de 64 anos. Cinco doentes apresentaram-se com clínica de insuficiência cardíaca, analiticamente com uma média de 13x109/L leucócitos, uma proteína C reativa de 21 mg/dl e uma procalcitonina de 9 ng/ml. Quatro tinham endocardite infeciosa e três espondilodiscite. A duração média do tratamento com penicilina endovenosa foi de vinte dias. No total da série houve uma readmissão não relacionada com recidiva da infeção e verificaram-se sete óbitos, nenhum por falência terapêutica.
Conclusões: Este grupo de doentes com infeções graves por PSSA foram tratados com penicilina, com boa resposta.

PODI 59

UM DOENTE, DUAS DOENÇAS OPORTUNISTAS E MPOX RECIDIVANTE PROGRESSIVO

Fátima Sousa Gonçalves; Raquel Diogo; António Moreno Marques; Inês Pintado Maury; Fábio Cota Medeiros; Álvaro Ayres Pereira; Diogo Mendes Pedro
Hospital de Santa Maria

Mpox é uma zoonose viral provocada por um vírus do género Ortopoxvírus, da família Poxviridae, a mesma do vírus da Varíola. A transmissão pessoa-a-pessoa geralmente verifica-se por contacto próximo. As manifestações clínicas incluem sintomas sistémicos e exantema papulovesicular característico. Frequentemente com apresentação benigna e autolimitada, pode causar complicações graves, em doentes imunossuprimidos. O diagnóstico é confirmado por biologia molecular. O tratamento baseia-se sobretudo em cuidados de suporte, existindo terapêutica antivírica disponível para casos graves.
Homem, 43 anos, com infeção por VIH-1 com mau controlo imunovirológico (linfócitos T CD4+ 24 células/uL) admitido por Mpox grave com expressão tipo "vaccinia progressiva". Envolvimento inicial perineal extenso e posterior dispersão das lesões papulares umbilicadas por todo corpo. O diagnóstico foi confirmado por PCR. Iniciou terapêutica com tecovirimat que cumpriu duas semanas. A evolução inicial foi desfavorável com sobreinfeção polimicrobiana com perfil de resistências desfavorável, tendo cumprido múltiplos esquemas antibióticos. Atendendo à exuberância das lesões e risco de gangrena de Fournier, foi submetido a transversostomia de derivação, desbridamento e cuidados de penso locais. Posteriormente, com melhoria e ausência de aparecimento de novas lesões. Contudo, após suspensão do antivírico, verificou-se reaparecimento das lesões e virémia positiva para o vírus Mpox, motivando a realização de novo ciclo de tecovirimat, seguido de cidofovir em profilaxia secundária. Foram documentadas outras lesões com características diferentes e hiperpigmentadas dispersas, com biopsia compatível com sarcoma de Kaposi. Não havendo evidência de envolvimento visceral, manteve apenas terapêutica anti-retrovírica. Por diarreia persistente realizou colonoscopia, com biópsia compatível e virémia CMV positiva foi admitida colite por CMV, tendo feito ganciclovir. Verificou-se uma evolução favorável, apesar de lenta, com a terapêutica de suporte e dirigida às várias patologias.

A evolução deste caso de Mpox grave destaca a importância do reconhecimento precoce e do tratamento multidisciplinar, especialmente em doentes imunocomprometidos. O uso de antivirais como o tecovirimat mostrou-se promissor em reduzir a gravidade da doença. Reforça também a necessidade de vigilância contínua, capacitação dos profissionais e estratégias de prevenção, para controlar futuros surtos e proteger as populações vulneráveis.

Palavras chave: VIH; SIDA; Mpox; CMV; Sarcoma de Kaposi;

PODI 60

HERPES ZOSTER DISSEMINADO COM CICATRIZAÇÃO INDOLENTE

Cândida Rocha; Daniel Toscano; Miguel Póvoas; Micaela Caixeiro; Maria João Lopes; Diva Trigo; Patrícia Pacheco
Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

Introdução: O Herpes Zoster resulta da reativação do vírus Varicella-zoster latente nos gânglios sensitivos do neuroeixo. Na sua forma cutânea caracteriza-se pelo aparecimento de lesões vesiculares unilaterais e dolorosas, habitualmente limitadas ao território de um ou dois dermátomos contíguos.

Descrição do caso: Doente do sexo masculino, 78 anos, com antecedentes de Arterite de células gigantes, Polimialgia Reumática e Síndrome de Osler-Webber-Rendu com telangiectasias hemorrágicas hereditárias associadas, sob terapêutica inibidora da angiogénese e imunossuprimido em contexto de terapêutica com Metotrexato.

Apresentou-se com quadro clínico de febre de novo, lesões maculopapulares e vesiculares de grandes dimensões confluentes dispersas ao nível do couro cabeludo, face, tronco, raíz das coxas, dorso e membro superiores, com claro predomínio lesional ao nível do membro superior esquerdo, em distribuição de dermátomo, com 4 dias de evolução e agravamento progressivo. Pele subjacente eritematosa, sem sinais de sobreinfeção ou impetigo. Foi internado assumindo-se o diagnóstico de Herpes Zoster disseminado.

Cumpriu terapêutica dirigida alargada com Aciclovir 30mg/kg/dia durante 21 dias, atendendo a cicatrização mais insidiosa, secundária a terapêutica com Bevacizumab (anticorpo monoclonal anti-VEGF), com melhoria clínica posterior significativa. A salientar, imunossupressão e idade avançada como fatores de risco para apresentação atípica e dor neuropática que careceu de necessidade de titulação progressiva de gabapentina até aos 2.400mg/dia.

Durante o internamento destaca-se aparecimento de diminuição de força muscular ao nível do membro superior esquerdo essencialmente de caráter distal. Realizou avaliação imagiológica por tomografia computorizada crânio-encefálica (TC-CE) e cervical sem aparentes alterações justificativas deste mesmo défice. Após discussão com o Serviço de Neurologia assumiu-se o diagnóstico presuntivo de polirradiculopatia C5-C6 esquerda em contexto de infeção por Vírus Herpes Zoster.

Conclusão: Este caso enfatiza a apresentação atípica e disseminada do vírus Varicella-Zoster num doente imunossuprimido e de idade avançada, bem como a peculiaridade de difícil cicatrização das lesões em doente sob terapêutica inibidora de angiogénese.

Palavras-chave: Herpes Zoster, Bevacizumab, Imunossupressão

PODI 61

TUBERCULOSE EXTRAPULMONAR: REALIDADE DE 10 ANOS NUMA UNIDADE LOCAL DE SAÚDE

Sara Vale Araújo; Susana Ramos Oliveira; Clara Bacelar; Fábio Reis; Clara Batista; Eduarda Pena; Cristina Soeiro; Ricardo Correia de Abreu
Hospital Pedro Hispano

Introdução: A tuberculose (TB) extrapulmonar continua a representar um desafio significativo para os clínicos e para a saúde pública, sobretudo em populações de alto risco, nomeadamente com co-infeção por VIH. A sua apresentação é frequentemente insidiosa, o que dificulta o diagnóstico precoce e o tratamento atempado. Este estudo pretende explorar as características da tuberculose extra-pulmonar, com o intuito de aprofundar o conhecimento sobre as suas múltiplas manifestações clínicas e epidemiológicas.

Palavras-chave: tuberculose extrapulmonar; imunossupressão; tuberculose disseminada

Objetivos: Pretende-se caracterizar os doentes com TB extrapulmonar internados com ênfase nos fatores de risco, clínica, diagnóstico, tratamento e prognóstico.

Materiais e métodos: Revisão dos doentes internados numa Unidade Local de Saúde entre 1/1/2013 e 30/6/2023 com diagnósticos no ICD-9 e ICD-10 de TB extrapulmonar (abdominal, cutânea, ganglionar, génito-urinária, meníngea, musculo-esquelética, ocular, oral, pericárdica, pleural e disseminada).

Resultados e conclusões: Foram analisados 30 doentes, mais de metade (57%) do sexo masculino e com idade média 55 anos [8 meses-90 anos]. Apenas 10% eram migrantes. As manifestações clínicas mais comuns foram sintomas relacionados com o órgão afetado (80%), astenia (73%) e febre (67%). Nove doentes eram infetados pelo VIH (78% tinham contagem de linfócitos T CD4+ inferior a 200 células/mm³ e 89% tinham virémia detetável), apenas dois com diagnóstico inaugural nesse episódio. Sete doentes apresentavam outra forma de imunossupressão (três sob fármacos anti-TNF). A tuberculose disseminada foi a forma mais frequente de apresentação (63%, n=19), cursando com envolvimento pulmonar em 47%, 30% ganglionar e 20% do sistema nervoso central. Menos frequente foi a doença localizada dos sistemas músculo-esquelético (n=5), abdominal (n=2), génito-urinário (n=2), ganglionar (n=1), pericárdico (n=1). O diagnóstico foi confirmado por exame cultural em 70% dos casos e a pesquisa de Mycobacterium tuberculosis complex por PCR foi positiva em 57%. Em 20% dos casos foi feito um diagnóstico presuntivo. Relativamente ao tratamento, aproximadamente 90% dos doentes foram tratados com o esquema de quatro fármacos (isoniazida, rifampicina, pirazinamida e etambutol). Foi necessário controlo de foco cirurgicamente em seis doentes. A taxa de mortalidade aos 12 meses foi elevada (23%), atingindo os 25% na população imunodeprimida.

Concluindo, estes resultados mostram que, na nossa realidade, a tuberculose extrapulmonar foi mais frequente em doentes imunodeprimidos, com manifestações clínicas coincidente com o órgão afetado. É, portanto, essencial um elevado nível de suspeição clínica, mesmo na ausência de confirmação microbiológica, de forma a iniciar o tratamento atempadamente e melhorar o prognóstico.

PODI 62

10 ANOS DE TUBERCULOSE MENÍNGEA NUM SERVIÇO DE DOENÇAS INFECIOSAS

Fátima Sousa Gonçalves; António Moreno Marques; Fábio Cota Medeiros; Inês Pintado Maury; Álvaro Ayres Pereira
Hospital de Santa Maria

Palavras chave: tuberculose meníngea; fatores de risco; infeção por VIH; imunossupressão farmacológica; apresentação clínica;

Introdução: A meningite tuberculosa é uma forma grave de infeção extrapulmonar causada pelo Mycobacterium tuberculosis. Representa cerca 1% de todas as formas de tuberculose e está associada a elevada morbimortalidade, especialmente em regiões endémicas e em doentes imunocomprometidos. A apresentação clínica é insidiosa e inespecífica. As técnicas laboratoriais de baixa sensibilidade, tornando o diagnóstico um desafio. Os fatores de prognóstico negativo incluem o atraso no diagnóstico, infeção por VIH e idade avançada. Apresenta-se uma casuística de tuberculose meníngea dos últimos 10 anos num serviço de Doenças Infeciosas.

Objetivos: Pretende-se identificar e correlacionar os fatores de risco para doença, principalmente o tipo de imunossupressão com o desfecho clínico, igualmente com uma subanálise da população com VIH.

Material e métodos: Foram identificados todos os doentes com diagnóstico de tuberculose meníngea, internados numa enfermaria de Doenças Infeciosas num hospital terciário, entre janeiro de 2010 e dezembro de 2023.

Resultados: Foram identificados 25 doentes com tuberculose meníngea, 16 do sexo masculino e nove do sexo feminino. A idade mínima foi 22 anos, máxima de 85 e mediana 51. Relativamente à naturalidade a maioria eram provenientes de Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa, contudo 44% eram Portugueses. A apresentação clínica inespecífica e sistémica confirma-se na amostra, contudo, nove doentes já se apresentavam com défices neurológicos focais. O fator de risco mais frequente foi a infeção por VIH (n=10), seguido de neoplasias (n=3) e imunossupressão farmacológica (n=2). Por outro lado, destaca-se dois doentes sem fatores de risco identificados e quatro apenas a considerar a naturalidade. Seis casos com diagnóstico presumido, destes cinco infeção por VIH e todos com evolução favorável após prova terapêutica. Dois casos com tuberculose multirresistente. Cinco doentes com outras formas de tuberculose concomitante. Entre as complicações destaca-se sete doentes com hidrocefalia aguda, três com estado de mal epilético e dois com linfohistiocitose hemofagocítica, 12 sem complicações documentadas. A taxa de mortalidade foi calculada em 20% (n=5).

Conclusão: Apesar de uma amostra reduzida, verificou-se que a incidência de tuberculose meníngea foi estável ao longo do período estudado, refletindo a tendência observada em Portugal, onde a tuberculose continua a ser um problema de saúde pública. O diagnóstico e o tratamento precoces são fundamentais para melhorar o desfecho clínico. Os doentes imunocomprometidos, como aqueles com infeção por VIH, continuam a representar uma parcela significativa dos casos e com pior prognóstico, destacando a importância do rastreio ativo nesta população.

PODI 63

MONONUCLEOSE INFECIOSA – UMA INFECÇÃO BANAL COM COMPLICAÇÕES SEVERAS

Tiago Silveira Rosa[1]; Diana Mimoso[1]; Monique Alves1; Cátia Ribeiro[1]; Marta Barrigas[1]; Raquel Lourenço Martins[2]; Marta Lisboa[1]

[1]Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE / Unidade Hospitalar de Chaves; [2]Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE / Hospital de Vila Real

Introdução: A mononucleose infeciosa (MI) causada pelo vírus Epstein-Barr (EBV) é caracterizada habitualmente por febre, odinofagia e fadiga, associado a linfocitose e adenopatias simétricas das cadeias cervical e auricular posteriores. Pode associar-se exsudado amigdalino esbranquiçado ou necrótico, petéquias palatinas e manifestações sistémicas. As raras complicações incluem o abcesso periamigdalino e a oclusão das vias aéreas por edema do palato mole e amígdalas.

Descrição do caso: Doente do sexo masculino, 18 anos, autónomo, sem antecedentes de relevo, recorreu ao Serviço de Urgência por odinofagia e mal-estar geral. Objetivada hiperemia da orofaringe, hipertrofia amigdalina e adenopatias cervicais. O esfregaço sanguíneo demonstrou linfócitos reactivos e o teste rápido de anticorpos heterófilos de MI (Monospot) negativo. Teve alta medicado com Amoxicilina/Ácido Clavulânico por suspeita de amigdalite bacteriana.

Regressou após 7 dias por manutenção de sintomas e aparecimento de exantema maculopapular generalizado, não pruriginoso, que desaparecia à digitopressão. Repetiu estudo analítico que apresentava agora citocolestase hepática marcada e Monospot que foi positivo. Colheu IgM e IgG EBV confirmando-se MI e realizou exame de imagem identificando-se hepatoesplenomegalia. Ficou em observação 24h sem complicações e teve alta com tratamento sintomático.

Foi reavaliado 3 dias depois referindo úlceras nos lábios e língua, agravamento da odinofagia e disfagia. Objetivamente apresentava de novo tumefação cervical palpável bilateralmente e suspeição de edema da glote com aparente redução do calibre da via aérea que foi confirmado por tomografia computorizada. O doente foi admitido em nível II pelo potencial compromisso da via aérea. Foi iniciada corticoterapia endovenosa e antibioterapia com evolução clínica e analítica favorável.

Conclusão: A MI é uma infeção vírica comum em jovens, cujo tratamento é apenas de suporte. O uso de antibiótico na avaliação inicial sem evidência de infeção bacteriana desencadeou uma reação de hipersensibilidade tardia iatrogénica severa complicando um quadro ligeiro.

A utilização do Monospot, um teste de baixa sensibilidade, deve guiar apenas a confirmação da suspeita clínica e não levar à exclusão dum diagnostico essencialmente clínico.

Realça-se também a necessidade de vigilância destes quadros quando a evolução não é a esperada. O compromisso da via aérea descrito poderia passar despercebido com consequências inaceitáveis.

PODI 64

UM CASO DE LEPRA PAUCIBACILAR DIAGNOSTICADO EM PORTUGAL – A IMPORTÂNCIA DA HISTÓRIA

Helena M. Barroso; Joana Alves; Teresa Pereira; Ana Luísa Vieira; Ana Cláudia Carvalho

Hospital de Braga

Palavras-chave: lepra, imigração, lesão hipopigmentada, hipoestesia

Introdução: Embora a incidência de lepra tenha reduzido significativamente nas últimas décadas a nível global, continua a ser um problema de saúde pública em alguns países no mundo. O agente etiológico - Mycobacterium leprae, afeta primariamente pele e nervos periféricos. O diagnóstico precoce e o tratamento adequados são cruciais para reduzir

morbilidade e prevenir a transmissão.

Descrição do caso: Doente de 17 anos, natural do Brasil, a viver em Portugal desde 2022. Iniciou queixas de "dormência no pé" em Outubro/2023, com perda progressiva da sensibilidade táctil e térmica, com progressão ascendente. Posteriormente surgimento de mácula, levando a mãe à suspeita de "hanseníase" dada história de casos semelhantes na família, motivando vinda ao SU em Fevereiro/2024. Realizada biópsia por Dermatologia. Observado em Infecciologia em Março, com parestesias até terço médio da perna direita; perda de sensibilidade face medial, incluindo hálux. Sensibilidade dolorosa profunda preservada. Mancha com bordos mal definidos, afetando face medial do pé direito, com hipopigmentação e cicatriz de biópsia.

Da biópsia: exame directo negativo (BAAR); micobacteriológico cultural negativo. Histologia com infiltrado inflamatório na derme de predomínio linfoplasmocitário peri-vascular e anexial, formação de granulomas a envolver estruturas nervosas. A pesquisa de microrganismos por método histoquímico Fite Faraco foi negativa. Confirmação de diagnóstico no Instituto Nacional de Referência: biologia molecular confirmatório com presença de ADN de M. leprae.

Notificado no SINAVE, e encaminhamento para o CDP. Iniciou (Março/2023) Rifampicina 600mg 1x/mês, Dapsona 100mg/dia e Clofazimina 300mg 1x/mês (restantes dias 100mg, até 50mg), com previsão de 6 meses de tratamento. Às 3 semanas alergia a clofazimina e anemia (hemoglobina 9.4 g/dL). Começou tratamento alternativo a 24/Abril com Rifampicina 600mg/dia e Dapsona 100mg/dia, com previsão de 12 meses. Tem apresentado tolerância.

Conclusão: Este caso ilustra a importância de considerar a lepra no contexto clínico sugestivo, particularmente em doentes com história de viagem ou origem de países endémicos. Em Portugal, a doença foi considerada erradicada no final do século XX. Hoje, a baixa suspeição clínica, a dificuldade no diagnóstico microbiológico, a menor experiência no tratamento e o estigma são desafios com que nos deparamos e aos quais temos de dar resposta, num cenário de possível aumento de casos, tendo em conta os atuais fluxos migratórios.

PODI 65

UM CASO DE NOCARDIOSE CEREBRAL ATÍPICO, TRATADO COM MOXIFLOXACINA

Helena M. Barroso; Elsa Branco; Joana Laranjinha; Miguel Afonso Filipe; Ana Cláudia Carvalho
Hospital de Braga

Palavras-chave: nocardiose, imunossupressão, abcesso cerebral

Introdução: As infecções por Nocardia spp. são raras, podendo causar doença grave, particularmente em imunodeprimidos. O tratamento é longo e difícil, pela diversidade de espécies e resistência aos antibióticos. Descrevemos um caso de abcesso cerebral por Nocardia farsinica, casos habitualmente tratados com cirurgia e antibioterapia, esta última com combinação de TMP/CTX e dois outros antibióticos, em função do antibiograma.

Descrição do caso: Homem, 80 anos, diabético e hipertenso, admitido na urgência por via verde AVC (alteração da linguagem e força muscular), identificando-se em exame de imagem LOE cerebral esquerda. Realizada craniectomia temporal esquerda, com aspiração de abcesso e inoculação em frasco de hemocultura pediátrica. Exame microbiológico cultural com identificação de Nocardia farsinica, sensível a amoxicilina/ácido clavulânico, imipenem, trimetoprim/sulfametoxazol, linezolide e ciprofloxacina; resistente a ceftriaxone. Sem envolvimento cutâneo ou pulmonar. Sem outros factores predisponentes identificados na altura.

Fez tratamento endovenoso durante 4 sema-

nas com TMP/SMX + imipenem + linezolide, com suspensão de linezolide, por toxicidade hematológica, e imipenem, por neurotoxicidade. Evoluiu favoravelmente tendo alta sob TMP/SMX oral (1920mg, 3xdia), orientado para consulta de antibioterapia.

Três meses depois, suspendeu TMP/SMX por lesão renal aguda e hepatite. Nesta altura, após reavaliação imagiológica e discussão multidisciplinar com Neurocirurgia, optou-se por manter tratamento de consolidação com moxifloxacina 400mg/dia, dada a ausência de alternativas.

Completou, no total, 12 meses de tratamento, com RMN a documentar resolução completa da lesão. Nesta altura, de novo, lesões ósseas líticas na coluna cervical, associadas a dor, cuja investigação conduziu ao diagnóstico de mieloma múltiplo. Da evolução, sem evidência de recidiva da nocardiose até ao momento.

Conclusão: Importa salientar vários aspectos: 1) a apresentação atípica, aguda, simulando um AVC; 2) a identificação de agente apenas pela inoculação em frasco de hemocultura; 3) a dificuldade no tratamento de nocardiose, complicado pela toxicidade a fármacos de primeira linha e a utilização de moxifloxacina, (quinolona oral com boa penetração cerebral); 4) o diagnóstico apenas posterior de factor de imunossupressão, um ano depois do diagnóstico de nocardiose, justificando um seguimento atento deste doente.

PODI 66

ASCITE EOSINOFÍLICA COMO APRESENTAÇÃO DE INFEÇÃO POR TOXOCARA CANIS

Raquel Moura Azevedo; Soraia Araújo; Martinha Vale; Margarida Robalo; Ana Paula Pacheco; Sofia Esperança
Hospital de Braga

A ascite eosinofílica é um achado raro, cujos diagnósticos diferenciais incluem neoplasias, síndromes hipereosinofílicos, vasculites e infeções, nomeadamente parasitárias.

A toxocaríase é uma infeção parasitária zoonótica que em humanos é causada pelas formas larvares de Toxocara spp., sendo a espécie Toxocara canis, que tem como hospedeiro definitivo os canídeos, responsável pela maioria das infeções em humanos. O humano constitui um hospedeiro acidental, que pode contrair a infeção através da ingestão de ovos embrionados de Toxocara spp, a partir de água ou vegetais ou através da ingestão de larvas em hospedeiros intermediários. A toxocaríase é mais prevalente em crianças e os sinais e sintomas são inespecíficos e variáveis, dependendo dos órgãos acometidos.

Mulher de 55 anos, sem antecedentes de relevo, recorreu ao serviço de urgência por obstipação e dor abdominal com duas semanas de evolução. Associadamente, referiu aumento do perímetro abdominal com um mês de evolução. História epidemiológica relevante: habitação rural, consumo de água de poço, coabitação com dois cães não vacinados, nem desparasitados. Ao exame objetivo, abdómen globoso e difusamente doloroso à palpação, sem sinais de irritação peritoneal. Analiticamente com elevação dos parâmetros inflamatórios, eosinofilia periférica (42%) e IgE aumentada (268UL/ml). Tomografia computorizada com nódulo hipervascularizado no lobo hepático direito de 4 cm e ascite de moderado volume. Foi realizada paracentese diagnóstica, a análise do líquido ascítico revelou predomínio eosinofílico (60%), estéril e negativo para células neoplásicas. A ressonância magnética para esclarecimento da lesão hepática mostrou hiperplasia nodular focal. Endoscopia digestiva alta sem alterações e colonoscopia cujas biópsias demonstraram infiltrado inflamatório linfoplasmocitário. Microbiológico e parasitológico de fezes negativo. Serologia Echinococcus negativo. Anticorpo anti-Toxocara Canis positivo. Assim, foi diagnosticada toxocaríase e a doente cumpriu

5 dias de albendazole 400mg bidiário com resolução da sintomatologia.
A toxocaríase sintomática em adultos é raramente observada na prática clínica e a sua apresentação como ascite é, por sua vez, rara, pelo que constitui um diagnóstico desafiante. Assim, destacamos a importância da suspeita de doença parasitária em doentes com eosinofilia em estudo e história epidemiológica relevante.
Palavras-chaves: ascite eosinofílica, zoonose, toxocaríase

PODI 67

ARTRITE TUBERCULOSA – UM CASO CLÍNICO E OS DESAFIOS NO DIAGNÓSTICO

Sara Pinto Magalhães; João Nóvoa; Miguel Pinheiro; Raquel Pinto; Stepanka Betkova; Sara Lino; André Grenho; Maria José Manata; Fernando Maltez
Unidade Local de Saúde de São José

Introdução: A tuberculose (TB) osteoarticular é a terceira forma mais comum de TB extrapulmonar, sendo a espondilite responsável por metade dos casos. A artrite tuberculosa é rara e o seu diagnóstico exige um elevado grau de suspeição e uma anamnese detalhada, devido ao seu início insidioso e manifestações clínicas pouco especificas.
Descrição do caso: Homem de 40 anos, português, sem antecedentes médicos relevantes. Avaliado inicialmente na consulta de Ortopedia por dor inguinal direita com irradiação para o joelho homolateral, acompanhada de limitação na marcha, com três meses de evolução e resposta parcial a analgésicos e anti-inflamatórios. A tomografia computadorizada (TC) da anca direita revelou derrame articular, erosão da cabeça femoral e acetábulo, e coleção na vertente anterior da raiz da coxa. Analiticamente, sem leucocitose, proteína C reativa de 45,5 mg/L, velocidade de sedimentação de 35 mm/h e serologia do vírus da imunodeficiência humana negativa. Na radiografia do tórax pré-operatória observou-se hipotransparência na base direita, interpretada como pneumonia adquirida na comunidade e tratada com sete dias de amoxicilina/ácido clavulânico, com melhoria parcial. Por suspeita de neoplasia versus artrite séptica crónica da anca, foi realizada uma biópsia, cujo exame histológico apresentou granulomas com necrose e células gigantes multinucleadas de tipo Langhans, sem identificação de microrganismos ou tecido neoplásico. A amostra não foi enviada para cultura de micobactérias. Face à persistência das queixas, foi submetido a desbridamento cirúrgico com colocação de espaçador e colheita de novas amostras, cujos resultados da biologia molecular e do exame cultural foram positivos para Mycobacterium tuberculosis complex. Posteriormente, apurou-se que o doente teve contacto com um caso de TB pulmonar há cerca de 20 anos, sem nunca ter feito rastreio. Por manutenção da hipotransparência na base pulmonar direita, foi realizada TC do tórax que revelou derrame pleural loculado de pequenas dimensões, assumido também de etiologia tuberculosa. O doente iniciou terapêutica antituberculosa de primeira linha com isoniazida, rifampicina, pirazinamida e etambutol, sendo orientado para seguimento no centro de diagnóstico pneumológico e consulta de Ortopedia.
Conclusão: A TB é uma causa frequentemente esquecida de artrite infeciosa. Este caso enfatiza a importância de uma história epidemiológica detalhada e da colheita de amostras para pesquisa de micobactérias.

PODI 68

ALTERNARIA ALTERNATA COMO AGENTE DE INFEÇÃO DA PELE EM DOENTES IMUNOCOMPROMETIDOS: CASO CLÍNICO

Francisco Neto Novela; Flávia Faria; Ana Cunha; Josefina Santos; Tiago Torres; Virgínia Lopes; Ana Cipriano
Centro Hospitalar do Porto, EPE / Hospital Geral de Santo António

Introdução: As infeções fúngicas em doentes transplantados de órgão sólido, sob regimes imunossupressores tornam-se cada vez mais comuns e assumem maior importância no diagnóstico diferencial de algumas apresentações clínicas. A Alternaria alternata, um fungo filamentoso ambiental presente no solo e plantas, pode revelar-se como agente oportunista, associado a infeções da pele e tecidos moles neste subgrupo de doentes.

Caso clínico: Doente do sexo masculino de 59 anos de idade, imunossuprimido com tacrolimus, micofenolato de mofetil e prednisolona no contexto pós transplante renal, realizado há um ano. Foi observado, na consulta de Infeciologia, no qual referiu episódio de traumatismo com casca de pinheiro na perna esquerda com dois meses de evolução, do qual resultaram lesões cutâneas ulceradas hiperpigmentadas, hiperqueratóticas de progressão lenta. Previamente realizou dois ciclos de antibioterapia oral com amoxicilina-ácido clavulânico 875mg/125mg de seguido de novo ciclo de ciprofloxacina 250mg, sem resposta terapêutica. Ao exame objetivo, observavam-se na face anterior da perna esquerda quatro nódulos dolorosos, ulcerados e recobertos por crosta sero-hemática, com escassos sinais inflamatórios locais. Foi levantada a hipótese de infeção fúngica ou infeção por micobactérias, tendo realizado biópsia cutânea das lesões com envio do material para Anatomia Patológica e estudo microbiológico. O relatório da Anatomia Patológica revelou a presença de elementos fúngicos arredondados e grandes, com cápsula espessa e por vezes com espaço clarificado em seu redor, complementado com histoquímica que realçou a presença das estruturas fúngicas. Do estudo microbiológico, o exame cultural permitiu identificar fungos filamentosos compatíveis com Alternaria alternata. O restante estudo foi negativo para micobactérias, através de exame cultural e técnica de Polymerase Chain Reaction (PCR). Após confirmação diagnóstica, foi realizado estudo de imagem por tomografia computorizada (TC) toraco-abdomino-pélvico e TC crânio encefálica com exclusão de outras focalizações da infeção. O doente iniciou terapêutica com dose inicial de isavocunazol 200 mg 12/12h oral alterada para 200mg 24/24h durante 3 semanas sob monitorização analítica, com evolução favorável. Após três meses de tratamento apresentava lesões cicatriciais e sem recidiva local da infeção.

Conclusão: Nos doentes transplantados de órgão sólido, as infeções fúngicas da pele, nomeadamente por Alternaria alternata, devem ser sempre equacionadas no diagnóstico diferencial, sobretudo após ausência de resposta a antibioterapia.

Palavras chave: Imunossupressão; Transplante renal; Alternaria alternata, infeção da pele

PODI 69

PARVOVÍRUS B19 NO ADULTO IMUNOCOMPETENTE

Filipa de Oliveira Nunes; Gustavo Correia; Raquel Tavares; Liliana Alves; Salomão Fernandes; Rita Sérvio; Paulo Rodrigues
Hospital Beatriz Ângelo

Introdução: A infeção por parvovírus B19 abrange um grande espetro clínico. Embora na criança a manifestação mais frequente seja o eritema infecioso, no adulto as manifestações são diversas.

Caso clínico: Homem de 39 anos, com história de doença hemorroidária e anemia ferropénica

secundária, que recorreu ao serviço de urgência do nosso hospital por eritema de mãos e pés com 5 dias de evolução, associado a picos febris (38-39ºC) que não cediam a paracetamol e ibuprofeno fixos. Sem história de sintomatologia semelhante nos conviventes.

O doente tinha razoável estado geral, estava hemodinamicamente estável, mas pálido e sudorético (em pico febril). Destacavam-se do exame físico eritema maculopapular com atingimento palmoplantar e vesículas orais dolorosas.

Analiticamente destacava-se anemia microcítica hipocrómica (Hb 10g/L), sem leucocitose ou elevação significativa de PCR, sem trombocitopenia e aumento de velocidade de sedimentação 30mm/h. Teste de VIH de 4ª geração e RPR foram negativos. Serologias CMV e EBV com IgG positivo e IgM negativo, Monospot negativo. Painel de enterovírus (soro) negativo. Realizou terapêutica sintomática com melhoria. Admitida provável infeção viral de etiologia não esclarecida, teve alta encaminhado para consulta de Infecciologia.

Na reavaliação em consulta, 1 semana depois, referia importante melhoria clínica com resolução da febre e lesões cutâneas/mucosas, persistindo apenas algum cansaço. Efetuada reavaliação analítica para complementar estudo, salientando-se serologia parvovírus com IgG e IgM positivos, assim como PCR parvovírus (soro) positiva, confirmando o diagnóstico.

Conclusão: A infeção por parvovírus no adulto imunocompetente é habitualmente um quadro autolimitado, sendo o tratamento sintomático. Deve ser suspeitada no doente com febre acompanhada de exantema cutâneo e/ou artralgias. Um diagnóstico correto e atempado poderá evitar medidas e/ou terapêutica desnecessárias.

Este ano verificou-se um aumento considerável do número de casos a nível europeu, incluindo Portugal, pelo que este agente deve ser considerado no diagnóstico diferencial do adulto com sintomas compatíveis.

PODI 70

AVALIAÇÃO DA DECISÃO CLÍNICA PERANTE CANDIDÚRIAS: ESTUDO RETROSPETIVO NUM HOSPITAL TERCIÁRIO

Francisco Neto Novela; Daniela Rodrigues Nogueira; Inês Caetano; Jonatas Garcez; Rita Francisco; Virgínia Lopes; Carolina Silva; Ana Cipriano; António Ludgero Vasconcelos

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

Introdução: A distinção entre infeção do trato urinário (ITU) e contaminação por isolamento de Candida spp. em amostras urinárias suscita frequentemente dúvidas. A sua valorização como agente patogénico está dependente do julgamento clínico.

Objetivos: Esclarecer a adequação da abordagem adotada pelos clínicos perante o isolamento na urina de Candida spp. e o impacto nas decisões terapêuticas.

Material e métodos: Realizada uma análise retrospetiva da população adulta observada num centro hospitalar universitário com isolamento urinário de Candida spp., entre maio de 2023 e maio de 2024; colheita de dados epidemiológicos, clínicos, analíticos e microbiológicos associados aos episódios, com recurso ao Processo Clínico Eletrónico e análise estatística em SPSS.

Resultados: Foram registados 492 isolamentos de Candida spp. em amostras urinárias, pertencentes a 448 doentes, com idade média de 74 anos; 61% eram do género feminino. Os principais fatores de predisposição encontrados foram a antibioterapia prévia (57%), diabetes mellitus (50%) e algaliação (49%). Aquando a realização da colheita, 13% dos doentes apresentava sintomas de ITU e 29% documentava febre. Os parâmetros inflamatórios séricos revelaram medianas do número de leucócitos e valores de proteína

C reativa de 9,86 x 109/L e 64 mg/L, respetivamente; análise sumária de urina com leucocitúria superior a 50µL em 27% dos casos. Em 50% das amostras, a unidade formadora de colónias foi superior a 100.000 UFC. As estirpes predominantes de Candida spp. foram a C. albicans (53%), seguido de C. glabrata (21%) e C. tropicalis (9%). Foram registados sete casos de candidémia concomitante. Relativamente à abordagem médica após o isolamento, 37% repetiu a colheita de urina e 77% substituiu a algália previamente inserida. Nos doentes com critérios ITU, foi iniciada terapêutica antifúngica em 67% dos episódios, contudo só se verificou um óbito por sépsis e bacteriemia a Candida spp. Nos restantes casos com critérios de ITU, a morte foi atribuída a outra causa não associada. Nos doentes sem critérios de ITU, a atitude expectante foi a mais adotada em 66% dos casos, sem compromisso na evolução do doente. Contudo foram documentados 4 casos de fungémia. O Fluconazol foi a escolha terapêutica preferencial (89%).

Conclusão: O difícil diagnóstico de ITU por Candida spp. traduz-se na incongruência da abordagem após o isolamento. Confirma-se que na maioria dos casos, os isolamentos correspondiam a colonizações, pelo qual a atitude expectante não teve impacto negativo no doente.

Palavras chave: Candida spp.; infeção do trato urinário; colonização; abordagem;

PODI 71

SÍNDROME DE LEMIERRE: QUANDO A PRÁTICA IMITA A TEORIA

Filipa de Oliveira Nunes; Gustavo Correia; Raquel Tavares; Liliana Alves; Salomão Fernandes; Rita Sérvio; Paulo Rodrigues
Hospital Beatriz Ângelo

Introdução: A síndrome de Lemierre é uma entidade clínica rara, com maior incidência em adultos jovens. Caracteriza-se por tromboflebite sética da veia jugular interna precedida por uma infeção orofaríngea, sendo o Fusobacterium necrophorum o principal agente etiológico.

Descrevemos um caso de um doente que apresentava esta síndrome e várias das complicações descritas na literatura.

Caso clínico: Homem de 20 anos, previamente saudável, que recorreu ao serviço de urgência por dispneia e toracalgia pleurítica direita, referindo ainda odinofagia e febre com 1 semana de evolução. Dois dias antes, tinha sido diagnosticado com amigdalite bacteriana e tratado com penicilina intramuscular.

À avaliação encontrava-se febril (39ºC), com hipertrofia amigdalina (sem exsudado), não tinha adenomegalias ou massas cervicais e o murmúrio vesicular era diminuído no terço inferior do hemitórax direito.

Analiticamente apresentava elevação de parâmetros inflamatórios e ligeira colestase hepática. A TC torácica e abdominal revelou múltiplas opacidades nodulares bilaterais, algumas cavitadas, derrame pleural loculado à direita (inacessível para toracocentese), hepatomegalia e possíveis abcessos esplénicos. Ficou internado para estudo e iniciou amoxicilina-ácido clavulânico empírico após colher hemoculturas.

Para complementar o estudo etiológico foi feita TC cervical que revelou trombose piogénica da veia jugular esquerda, tendo sido paralelamente isolado nas hemoculturas Fusobacterium necrophorum. Assumindo síndrome de Lemierre associou-se metronidazol e, após discussão com a Cirurgia Vascular, iniciou hipocoagulação. Foi excluída endocardite.

A evolução clínica foi favorável, com resolução progressiva das queixas. Mantinha febre, mas com melhoria do padrão.

Reavaliação imagiológica mostrou aumento do derrame pleural, pelo que realizou toracocentese e colocou dreno torácico com drenagem total de 400cc de líquido serofibrinoso

não sugestivo de derrame infeccioso. Devido ao espessamento pleural e suspeita de fibrotórax, planeou-se reavaliação em ambulatório pela cirurgia torácica.
Evolução favorável que permitiu alta hospitalar ao 20º dia de internamento. Cumpriu 6 semanas de antibioterapia (2 endovenosa e 4 per os). Atualmente assintomático e clinicamente estável, em seguimento regular.
Conclusão: Este caso destaca a raridade e gravidade potencial da síndrome de Lemierre, sublinhando a importância de um elevado grau de suspeição para um diagnóstico e tratamento precoces.

PODI 72

TUBERCULOSE EXTRAPULMONAR MULTIFOCAL A SIMULAR NEOPLASIA

Tânia Lopes; Filipa Pinto Ferreira; Beatriz Melo; Inês Duro; Célia Cruz; Isabel Furtado
Centro Hospitalar do Porto, EPE / Hospital Geral de Santo António

Palavras-chave: tuberculose extrapulmonar, tuberculose óssea, tuberculose intramuscular
Introdução: A tuberculose (TB) extrapulmonar ocorre em cerca de 20% dos casos de TB, sendo mais frequente a nível ganglionar e pleural. A TB óssea corresponde a 10% dos casos de TB extrapulmonar, o que equivale a 1-2% de todos os doentes com TB. Na maioria dos casos ocorre a nível da coluna vertebral, sendo raro o atingimento concomitante de mais de uma localização. A TB intramuscular é muito rara e é mais frequentemente secundária a envolvimento ósseo. Ambas são manifestações insidiosas de TB e podem dificultar o seu diagnóstico, sobretudo na ausência de manifestações pulmonares, fazendo diagnóstico diferencial com outras etiologias, de onde se destaca a neoplásica.
Descrição do caso: Homem de 28 anos, natural do Bangladesh, residente em Portugal nos últimos 2 anos, fumador de 5UMA. Quadro arrastado de dor lombar refratária à analgesia, com posterior irradiação para os membros inferiores e desenvolvimento de hipoestesia ao nível de L1. Referia ainda sudorese noturna, febre e tumefação peitoral direita com 2 semanas de evolução. Analiticamente com PCR de 62mg/L, VS de 138mm e serologia VIH negativa. A tomografia computorizada (TC) da coluna vertebral mostrou múltiplas lesões líticas com componente de tecidos moles na coluna cervical e lombar, com extensão paravertebral direita e para o músculo psoas direito e com componente intracanalar e foraminal lombar com condições para sofrimento. Foi ainda identificada uma lesão de tecidos moles no músculo pequeno peitoral direito, uma lesão lítica no osso ilíaco esquerdo, uma lesão erosiva da 10ª costela direita e adenopatias mediastínicas, sem lesões pulmonares. Levantada como primeira hipótese a possibilidade de osteossarcoma. Iniciou corticoterapia com resolução dos défices neurológicos, mas o controlo da dor lombar foi desafiante. Fez biópsia da lesão paravertebral e da lesão peitoral, que identificou Mycobacterium tuberculosis (PCR e cultura). Iniciou tratamento com Isoniazida, Rifampicina, Pirazinamida e Etambutol. Neurocirurgia considerou não haver necessidade de intervenção cirúrgica. Após 5 meses de tratamento mantém-se assintomático e a TC da coluna vertebral mostra sinais de ligeira melhoria imagiológica.
Conclusão: A TB extrapulmonar é mais frequente em imunocomprometidos, mas a sua incidência em países desenvolvidos tem aumentado em indivíduos imunocompetentes. Assim, manifestações atípicas de TB, de como é exemplo este caso com atingimento multifocal, apesar de ainda relativamente raras, são cada vez mais frequentes, estando descritas sobretudo em doentes oriundos de países endémicos. Deve ser mantido um alto índice de suspeição para uma identificação precoce da TB e exclusão de outros diagnósticos diferenciais.

PODI 73

MENINGOENCEFALITE CRIPTOCÓCICA: ANÁLISE RETROSPETIVA DE 10 ANOS NUM HOSPITAL TERCIÁRIO

Marcelo Pinto Alves; João Matos; Hugo Cruz; Ana Paula Castro
Centro Hospitalar do Porto, EPE / Hospital Geral de Santo António

Introdução: A meningite criptocócica é a manifestação mais comum da infeção provocada por fungos leveduriformes do género Cryptococcus. Embora a maioria dos casos ocorra em pessoas que vivem com Vírus da Imunodeficiência Humana (PPVIH), indivíduos imunodeprimidos por outras razões também estão em risco. De acordo com a literatura, a mortalidade com tratamento ronda os 20%, sendo fatal se não tratada.
Objetivos: Caracterizar a população de doentes com meningoencefalite criptocócica ao longo dos últimos 10 anos.
Métodos: Análise retrospetiva de dados epidemiológicos, clínicos, imunológicos, microbiológicos e terapêuticos dos casos de meningoencefalite criptocócica entre 2014 e 2023 identificados num hospital terciário.
Resultados: Entre 2014 e 2023, observou-se uma diminuição de casos de criptococose, com evolução por picos de incidência de caráter cíclico. A amostra incluiu 29 casos, 69% do sexo masculino. Cerca de 72% eram PVVIH (com contagens de CD4 entre 2 e 280/mm3), 24% estavam imunodeprimidos por outras condições e apenas 3% eram imunocompetentes. O sintoma mais comum foi a febre (76%) seguido da cefaleia (74%) e vómitos (46%). Um dos casos (3%) apresentou hemianopsia homónima esquerda.
A análise do líquido cefalorraquidiano (LCR) mostrou predomínio de polimorfonucleares em 38% dos doentes e ausência de leucócitos em 10%. Cerca de 76% dos casos foram identificados presuntivamente pelo exame direto através da técnica com tinta-da-china. Todos os agentes (28 Cryptococcus neoformans e 1 Cryptococcus gattii) foram identificados por cultura do LCR. O caso de Cryptococcus gattii ocorreu num doente imunocompetente que apresentou uma lesão ocupante de espaço e cujo fator de risco possível identificado foi a demolição de um imóvel devoluto.
Dez casos (34%) apresentaram criptococose disseminada, a maioria em PVVIH. O tratamento envolveu a associação de anfotericina B e flucitosina em grande parte dos casos, seguido de fluconazol. Foram registados 10 óbitos, sete devido a infeções nosocomiais graves e em três casos não foi possível excluir o contributo da criptococose.
Conclusão: A meningite criptocócica é uma causa significativa de morbi-mortalidade, afetando principalmente PVVIH em fase avançada (por abandono terapêutico ou diagnóstico tardio). Assim, é crucial um elevado grau de suspeição, especialmente em indivíduos com contexto epidemiológico relevante.
Palavras-chave: Meningoencefalite criptocócica, Cryptococcus, PPVIH, imunossupressão

PODI 74

O QUE SABEMOS DA SEROPREVALÊNCIA DO VHA? UM ESTUDO RETROSPETIVO NUMA UNIDADE HOSPITALAR

Martina Arandjelovic[1]; Joana Martinez[1]; Joana Ferreira[2]; Liliana Maia[1]; António Maio[1]; Ana Martins[1]; Lorrane Viana[1]; Jorge Velez[1]; Filomena Freitas[1]
[1]Centro Hospitalar do Baixo Vouga / Hospital Infante D. Pedro, EPE; [2]Departamento de Matemática, Universidade de Aveiro

Introdução: O vírus de hepatite A (VHA) é um picornavírus hepatotrópico com transmissão quase exclusivamente fecal-oral. A infeção aguda é geralmente benigna, autolimitada e assintomática. Desde o primeiro estudo de seroprevalência nacional em Portugal, realizado pelo Professor Lecour nos anos 80, a

endemicidade tem diminuído e atualmente Portugal é classificado como um país de muito baixa endemicidade, apontando para a melhoria na qualidade de saneamento e dos níveis sócio higiénicos.

Objetivos: Identificar e caracterizar a seroprevalência do VHA em doentes de uma unidade hospitalar.

Material e métodos: Estudo observacional e retrospetivo em doentes adultos do serviço de urgência e do serviço de infeciologia (consulta e internamento) de uma unidade hospitalar que realizaram estudo serológico do VHA entre dezembro de 2015 e agosto de 2024. Os dados foram extraídos da plataforma Hepic® e analisados com o programa R.

Resultados e conclusões: Foram identificados 2813 doentes que realizaram serologia de VHA nestes dois serviços (1708 homens com idade média de 48,5 anos e 1105 mulheres com idade média de 45,4 anos). A prevalência de imunidade nesta população analisada foi de 46% (n=1291; 60% homens e 40% mulheres) – desconhece-se se através de infeção prévia ou vacinação. A maioria dos doentes com imunidade eram seguidos no serviço de infeciologia (n=1243; 96%), eventualmente por esta população apresentar mais fatores de risco para infeção e assim também existir maior taxa de vacinação. Houve tendência a maior prevalência de imunidade com o avançar dos anos (ver gráfico 1, anexado).

Neste período registaram-se 14 casos de infeção aguda, oito deles com necessidade de internamento. Nas mulheres (n=4; 29%) havia maior prevalência nos extremos da idade (<30 anos e >66 anos) enquanto nos homens (n=10; 71%) a distribuição etária foi mais heterogénea (nove casos entre 25-65 anos e um caso >66). Neste último grupo encontrou-se como fator de risco ser homem que tem sexo com homens. Reporta-se apenas um doente com infeção por vírus da imunodeficiência humana. Em 2017, aquando do último surto em Portugal, verificou-se a maior incidência de casos agudos (n=5). Salienta-se a importância da avaliação da imunidade ao VHA, bem como a sua prevenção através da vacinação, em particular nos grupos de risco, pois esta continua a ser uma das estratégias mais eficazes para proteger estas populações e evitar novos surtos.

Palavras-chave: vírus hepatite A, seroprevalência, imunidade

PODI 75

TUBERCULOSE DISSEMINADA COM MANIFESTAÇÃO TARDIA DE TUBERCULOMAS INTRACRANIANOS

Tânia Lopes; Daniela Rodrigues Nogueira; Beatriz Melo; Catarina Duarte; João Matos; Célia Cruz; Carolina Silva

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

Palavras-chave: tuberculose disseminada, tuberculose do sistema nervoso central, tuberculomas

Introdução: A tuberculose (TB) do sistema nervoso central (SNC) representa 5-10% dos casos de TB extrapulmonar, o que corresponde a cerca de 1% de todos os doentes com TB, estimando-se que ocorra em cerca de metade dos doentes com TB disseminada. Os tuberculomas intracranianos são a manifestação menos frequente de TB do SNC; nos adultos, são mais frequentemente supratentoriais e múltiplos. A presença de tuberculomas pode ser assintomática ou pode manifestar-se como qualquer lesão ocupante de espaço (LOE) cerebral, sendo as crises convulsivas um dos sintomas mais frequentes.

Descrição do caso: Mulher de 50 anos, natural de Angola, a residir em Portugal há cerca de 30 anos, sem antecedentes de relevo. Diagnóstico de TB disseminada com envolvimento pulmonar, pleural provável com derrame pleural sero-hemático à direita e compatível com quilotórax à esquerda, e ganglionar.

Sem imagem craniana ao diagnóstico. Serologia VIH negativa. Iniciou tratamento com Isoniazida, Rifampicina, Pirazinamida e Etambutol, com tolerância e boa resposta clínica. Ao 75º dia de tratamento apresentou crises tónico-clónicas generalizadas com evolução para estado de mal epitético. A tomografia computorizada (TC) craniana mostrou LOE cerebrais supra e infratentoriais com edema vasogénico associado e efeito de massa, com características sugestivas de tuberculomas na ressonância magnética. Fez punção lombar que não mostrou alterações no estudo citoquímico, mantendo-se o exame cultural em curso. A TC toraco-abdomino-pélvica não mostrou agravamento do atingimento pulmonar e ganglionar já conhecido. Sem evidência de outras causas infeciosas ou resistência ao tratamento. Iniciou corticoterapia e anticomicial, sem recorrência das crises e com recuperação do estado de consciência. Apresentou melhoria clínica progressiva, com diminuição do edema associado às LOE.

Conclusão: Este caso vem alertar para a eventual necessidade de exclusão de atingimento do SNC em doentes com TB disseminada antes do início da terapêutica antibacilar, identificando aqueles com indicação para terapêutica concomitante com corticoterapia. A importância de um adequado tratamento é reforçada pelo facto da TB do SNC ser a forma mais severa de TB e a que apresenta maior mortalidade, estando também associada a elevada morbilidade neurológica.

PODI 76

MENINGITE PÓS-NEUROCIRÚRGICA POR KLEBSIELLA PNEUMONIAE PRODUTORA DE KPC – UMA SÉRIE DE CASOS

Filipa Pinto Ferreira; Hugo Cruz; Isabel Furtado; Ana Paula Castro
ULS Santo António

Introdução: A meningite pós-neurocirúrgica é uma complicação grave geralmente associada a mau prognóstico clínico, o qual poderá ser potencialmente agravado pelo aumento dos casos de infeção causada por microrganismos multirresistentes, tais como Enterobacterales produtoras de carbapenemase.

Objetivos: Estudar as caraterísticas dos doentes com diagnóstico de meningite pós-neurocirúrgica por Klebsiella pneumoniae produtora de carbapenemase do tipo KPC (Kp-KPC).

Material e métodos: Estudo observacional retrospetivo dos doentes com diagnóstico de meningite pós-neurocirúrgica por Kp-KPC, no período de 2020 a 2024, num hospital universitário. Os dados foram obtidos através da consulta do sistema informático laboratorial e do processo clínico eletrónico. Os casos foram definidos com base na associação temporal com o procedimento neurocirúrgico, apresentação clínica e resultado do estudo microbiológico do líquido cefalorraquidiano.

Resultados e conclusões: No total foram incluídos 5 doentes com diagnóstico de meningite pós-neurocirúrgica por Kp-KPC, cujas caraterísticas estão descritas na Tabela 1. Os principais fatores de risco parecem incluir a utilização de dispositivos médicos invasivos, nomeadamente derivação ventricular externa (DVE), sobretudo em contexto de procedimento neurocirúrgico urgente, bem como a pressão antibiótica seletiva e a colonização retal prévia por Kp-KPC. A escolha do esquema e da via de administração da antibioterapia permanece controversa, especialmente devido à reduzida experiência com a utilização das no-

vas combinações de γ-lactâmicos/inibidores das γ-lactamases na meningite, bem como aos efeitos adversos da terapêutica intratecal, nomeadamente a meningite química, que foi observada num dos doentes desta coorte. Atualmente, são necessários mais estudos, idealmente multicêntricos, para melhorar as estratégias de gestão clínica e enfrentar o desafio crescente da meningite pós-neurocirúrgica por Kp-KPC.

PODI 78

A ANTIGUIDADE CONTRA-ATACA UMA SÉRIE DE CASOS DE DOENÇA DE HANSEN NUM HOSPITAL TERCIÁRIO

Filipa Pinto Ferreira; Joana Cardoso; Daniela Nogueira; Marcelo Pinto Alves; Isabel Furtado; Miguel Abreu; António Ludgero Vasconcelos
ULS Santo António

Introdução: A doença de Hansen, ou lepra, é uma doença granulomatosa crónica causada pelo Mycobacterium leprae, com atingimento característico da pele e sistema nervoso periférico. O diagnóstico e tratamento atempados são fundamentais para evitar a progressão da doença e as sequelas a ela associada.

A doença de Hansen está erradicada em Portugal desde 1970, mas tem sido alvo de uma mudança epidemiológica em relação no contexto da globalização e migração atuais, verificando-se um aumento na incidência de casos importados de países endémicos.

Objetivos: caraterização dos casos de lepra observados na última década na Unidade Local de Saúde de Santo António, Porto

Material e métodos: foram identificados os casos de lepra desde 2014 até 2024, através dos registos farmacêuticos, incluindo-se todos os doentes a quem foi dispensado o tratamento padrão de lepra definido pela OMS (rifampicina, clofazimina e dapsona).

Resultados: Foram identificados cinco doentes, destacando-se um caso por ano nos últimos 3 anos. A idade média da amostra foi 68 anos, 80% (n=4) do sexo feminino. Dos casos identificados, 60% (n=3) tinham nacionalidade portuguesa - todos com contexto de estadia prolongada em países endémicos - sendo os restantes de nacionalidade brasileira (n=2). Apenas um doente tinha história de contacto com caso de doença de Hansen conhecido.

Clinicamente, quatro doentes apresentaram atingimento cutâneo extenso (forma multibacilar), com neuropatia periférica associada. O quinto caso foi considerado uma forma neural pura. O diagnostico foi feito com recurso a biópsia (cutânea ou de nervo), exceto num único caso diagnosticado no Brasil através de microscopia de esfregaço cutâneo.

Todos foram inicialmente tratados com rifampicina, clofazimina e dapsona. Observaram-se dois casos de anemia hemolítica provavelmente associada à dapsona, motivando numa das situações a sua substituição por claritromicina. Registou-se um caso com reações inflamatórias tipo I e II, com necessidade de corticoterapia. Em termos de sequelas, 3 doentes mantiveram neuropatia persistente, um deles com aparecimento de úlceras cutâneas nos membros inferiores.

Discussão: Apesar de erradicada em Portugal a doença de Hansen ressurge como um diagnóstico a considerar, particularmente em doentes provenientes de países endémicos. O atraso diagnóstico, a experiência limitada no tratamento desta doença e suas complicações, bem como o estigma ainda muito presente dificultam a gestão desta infeção no nosso país.

PODI 79

ADMINISTRAÇÃO DE ANFOTERICINA B LIPOSSÓMICA INTRATECAL: MAIOR EFICÁCIA COM MENOR DOSE?

Luísa Mendonça; Gonçalo Jantarada Domingos; Inês Almeida Lourenço; Fátima Sousa Gonçalves; Maria Ana Flores; Raquel Diogo; António Moreno Marques; Hugo Félix; Ricardo Sá Pereira; Sara Velho Meirinhos; Aida Pereira; Álvaro Ayres Pereira; Diogo Mendes Pedro
Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Introdução: O défice de CARD9 é uma doença imunológica genética rara caracterizada por uma resposta imunitária inata deficiente, particularmente contra fungos havendo um risco aumentado de infeções por estes microrganismos.

Descrição do caso: Mulher, 38 anos, com diagnóstico de de défice de CARD9 após meningite por C. albicans aos 2 anos de idade, com novo episódio aos 26 anos. Apresentava hábitos toxifílicos não injetáveis e candidíase mucocutânea crónica, estando medicada com fluconazol que cumpria com irregularidade.

Recorreu ao Serviço de Urgência por confusão mental e agitação com quatro dias tendo evoluído com alteração do estado de consciência e crises convulsivas. A TC CE documentou hidrocefalia, motivando colocação de DVP-E. A análise do LCR foi compatível com meningite, sendo iniciada terapêutica empírica com ceftriaxone, ampicilina, gentamicina, fluconazol e aciclovir. Admitindo provável novo episódio de meningite fúngica, e perante filmarray e exames bacteriológicos negativos, manteve apenas a terapêutica antifúngica. Os exames micológicos do LCR e do sangue foram negativos, sendo apenas possível a identificação por biologia molecular de Candida albicans no LCR. O exame cultural do exsudado de candidíase orofaríngea exuberante permitiu identificar Pichia kudriavzevii e C. albicans, ambas resistentes aos azóis. Assim, optou-se pela alteração da estratégia antifúngica de fluconazol para anfotericina B lipossómica (LamB). Verificou-se uma evolução favorável lenta após lesão renal aguda KDIGO 2 com necessidade de redução da dose de LamB sendo decidida a adição de flucitosina e a colocação de um reservatório de Ommaya para a administração de LamB intratecal. No entanto evoluiu com várias intercorrências decorrentes da manipulação da DVP-E, do reservatório de Ommaya e da administração intratecal, com meningite infeciosa e química provável associadas.

Cumpriu um total de 14 dias de terapêutica intratecal (49 dias de LamB sistémica e 36 dias de flucitosina). A evolução foi muito favorável do ponto de vista da resposta antifúngica. Após remoção dos dispositivos e terapêutica antibiótica, apresentou resolução completa do quadro, encontrando-se atualmente sob profilaxia com posaconazol.

Conclusão: Mesmo apesar do risco de iatrogenia, a terapêutica intratecal pelo reservatório de Ommaya pode ser uma opção útil no tratamento de meningites fúngicas, permitindo aumentar a concentração de LamB no local pretendido e minimizando os seus efeitos adversos sistémicos.

Palavras-chave: Défice CARD9, Candida, Meningite

PODI 80

UMA CASUÍSTICA DE CONSULTA DE RISCO INFECCIOSO EM DOENTES IMUNOMODULADOS

Frederico Gonçalves[1]; Helena Pires[1]; Maria João Miguel[1]; Inês Trabucho[1]; Cristiano Gante[2]; Tomás Robalo Nunes[1]; Karen Pereira[3]; Liliana Alves[3]; Susana Boavida[1]; Luís Duque[1]; Cláudia Franco[1]
[1]Hospital Garcia de Orta, EPE; [2]Hospital de São José; [3]Hospital Garcia de Orta, EPE (retrospectivo)

Introdução: Nos últimos anos tem-se assistido à crescente utilização de terapêuticas imunossupressoras no tratamento de diversas patologias, sendo a avaliação prévia ao

início dos fármacos de especial importância, no sentido de prevenir complicações.

Objetivos: rever a casuística da consulta de Avaliação de Risco Infeccioso (ARI) de um Serviço de Infecciologia, avaliando a sua intervenção e benefícios para os doentes.

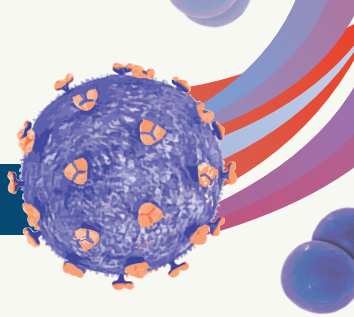
Material e métodos: Análise retrospetiva dos registos em Sclínico realizados na consulta de ARI, de 2022 a 2024.

Resultados: Avaliámos 134 doentes, 54% do sexo masculino, com idades compreendidas entre 9 e 95 anos (média 49), oriundos de Portugal (79%), Brasil (5%), Angola (5%), Cabo Verde (2%), Moçambique (2%) e São Tomé (1.5%). As especialidades referenciadoras foram a Dermatologia (35%), Neurologia (21.6%), Gastroenterologia (14.9%), Reumatologia (7.5%), Nefrologia (5.9%), Medicina Interna (2.2%), Pneumologia (1.5%) ou o próprio serviço de Infecciologia (após episódio de urgência, outra consulta ou avaliação no CDP). As patologias que motivaram a referenciação foram psoríase (21.6%), esclerose múltipla (15.6%), colite ulcerosa (10.5%), doença de Crohn (9%), hidradenite supurativa (5.2%), artrite psoriática (4.5%) e transplante renal (4.5%). Apenas 61 doentes foram avaliados antes de Imunossupressão iniciada, 73 já se encontravam sob imunossupressão (54.5%). A avaliação com indicação para tratamento de tuberculose latente foi assumida em 41 doentes (30.6%).

Foi realizada profilaxia de infeção por P. jirovecii em 17 doentes (12.7%). O rastreio serológico de strongiloidíase foi realizada em 72 doentes (53.7%), 9 dos quais positivo e com realização de tratamento de infeção latente; em 4 doentes foi diagnosticada sífilis latente de duração indeterminada. Confirmou-se imunidade vacinal contra VHB em 50 doentes (39,4%) e 9 (7%) com imunidade natural adquirida; 65 doentes (51.2%) eram susceptíveis, 1 portador de Ac antiHBc isolado e 2 com infeção VHB ativa (sob entecavir ou TDF).

Em relação às vacinas propostas: 188 doentes (88%) tinham indicação para uma vacina pneumocócica; 115 (85.8%) para vacina da gripe, 110 (82%) para vacina contra COVID-19, 94 (70.1%) para vacina contra a zona, 63 (47%) para vacina VHB, 26 (19.4%) para vacina VHA e 8 (6%) para a vacina da febre amarela. Registou-se uma média de 2.73 consultas por doente, com 30 indivíduos (22.4%) a manterem seguimento e 99 indivíduos (73.9%) com alta da consulta.

Conclusão: A consulta de ARI prévia ao início de imunossupressão mostra-se indispensável consoante critérios bem definidos, de forma à atuação atempada na prevenção, vacinal ou quimioprofilaxia e na gestão de complicações infeciosas relacionadas com a imunomodulação específica e/ou prolongada.



POM 01

RASTREIO DE PARASITOSES EM MIGRANTES: ESTUDO RETROSPETIVO NUM HOSPITAL PERIFÉRICO DE LISBOA

Filipa Almeida Saraiva[1]; Raquel Tavares[2]; Salomão Fernandes[2]; Paulo Rodrigues[2]; Emília Valadas[1]
[1]Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; [2]Hospital Beatriz Ângelo

Introdução: Devido à maior incidência de doenças infecciosas em determinados países, é expectável que a incidência destas patologias seja superior na população migrante, salientando a importância da realização de testes de rastreio para melhorar os cuidados de saúde prestados a estes indivíduos. As infeções parasitárias são particularmente prevalentes nesta população, contudo, nem sempre são testadas, sendo difícil a sua caracterização epidemiológica em Portugal.
Objetivos: Este trabalho pretende avaliar a prevalência de um conjunto de infeções parasitárias em migrantes, bem como obter dados relevantes que permitam a caracterização sociodemográfica da população em análise.
Materiais e métodos: Foram consultados os processos clínicos dos participantes submetidos a exames laboratoriais para despiste de parasitoses, seguidos no Serviço de Infeciologia de um hospital da Área Metropolitana de Lisboa entre abril de 2012 e abril de 2024, selecionando-se a amostra do estudo consoante os critérios de elegibilidade definidos. Os dados sociodemográficos e clínicos foram registados e submetidos a análise estatística no software SPSS. Valores-p <0.05 foram considerados significativos.
Resultados: De 186 participantes, 111 foram incluídos no estudo. A prevalência de infeções parasitárias foi de 57,7%, destacando-se os agentes Ascaris lumbricoides, Schistosoma spp. e Strongyloides stercoralis. A população do estudo apresentou uma maior proporção de mulheres e uma idade média de 43 anos; a grande maioria é oriunda de países de África Subsariana e reside há cerca de 10 anos em Portugal, em áreas urbanas.
Conclusão: A prevalência de infeções parasitárias nesta amostra de migrantes é de 57,7%, valor que merece a atenção dos profissionais de saúde na prestação de cuidados de saúde a esta população específica. No entanto, são necessários estudos mais robustos para justificar a implementação de rastreios sistemáticos.
Palavras-chave: Doença infecciosa; Infeção parasitária; Migrante; Parasita; Rastreio

POM 02

RESISTÊNCIA ANTIMICROBIANA DE Escherichia coli ISOLADAS DE HORTÍCOLAS: IMPLICAÇÃO PARA SAÚDE PÚBLICA

Mariana Drummond Costa Ignacchiti; Juliana Alves Resende; Mariana Fabri Lima; Athos de Oliveira Sabino; Yasmin Pena Santos; Marina Lima da Silveira; Mirian de Souza Seixas
Universidade Federal do Espírito Santo

Introdução: A resistência antimicrobiana é uma preocupação global que compromete a eficácia dos tratamentos e representa um desafio para a saúde pública. A disseminação de Escherichia coli resistente a antimicrobianos ocorre também fora de ambientes clínicos. O

consumo de hortícolas contaminadas pode transferir esses organismos ou genes de resistência para a microbiota intestinal humana, dificultando o tratamento de infecções subsequentes. Portanto, o monitoramento do perfil de susceptibilidade é essencial para implementar estratégias de controlo e prevenção da resistência antimicrobiana.

Objetivo: Caracterizar o perfil de susceptibilidade a antimicrobianos de E. coli isolados de alface.

Material e métodos: Amostras de alface (n=12) foram adquiridas comercialmente e alíquotas foram processadas para isolamento seletivo de E. coli (3M Petrifilm). Os isolados bacterianos (n= 27) foram bioquimicamente identificados e o perfil de susceptibilidade foi determinado pela técnica de disco-difusão. Os antimicrobianos foram escolhidos devido a importância clínica e microbiológica: amoxicilina-ácido clavulânico (AMC), ampicilina (AMP), tetraciclina (TET) ceftazidima (CAZ), gentamicina (GEN), meropenem (MER), cloranfenicol (CLO) e levofloxacina (LVX).

Resultados e conclusões: Das E. coli avaliadas, 81% (22/27) foram resistentes a pelo menos um dos antimicrobianos. A maior frequência de resistência foi observada para o fármaco AMP (78%; 21/27), seguida por AMC (37%; 10/27) e CAZ (26%; 7/27). Altas taxas de susceptibilidade foram observadas para os fármacos TET (85%; 23/27), CLO (89%; 24/27), LVX (89%; 24/27) e MER (93%, 25/27). O fenótipo de multirresistência (MDR) foi observado nos isolados (33%, 9/27) que apresentaram resistência a três ou mais dos antimicrobianos. Destes, 18% foram resistentes a três antimicrobianos, 7% a quatro e 7% a cinco, sendo o fenótipo MDR (AMP, GEN e AMC) o mais frequente. Os resultados levantam preocupações quanto aos riscos à saúde humana devido à contaminação de vegetais consumidos crú, enfatizando a necessidade de reforçar os controlos sanitários em todas as etapas da produção. Além disso, este estudo amplia o entendimento sobre a dinâmica da resistência antimicrobiana em alimentos consumidos frescos, proporcionando dados essenciais para orientar políticas de saúde pública e práticas agrícolas mais seguras.

POM 03

RESISTÊNCIA ANTIMICROBIANA EM ENTEROBACTERALES DE BIOFERTILIZANTES: IMPACTO NA SAÚDE ÚNICA

Juliana Alves Resende[1]; Mateus Rodrigues Alves[1]; Mariana Fabri Lima[1]; Max Sulivan Fontes[1]; Mariana Drummond Costa Ignacchiti[1]; Marcelo Henrique Otenio[2]

[1]Universidade Federal do Espírito Santo; [2]Embrapa Gado de Leite

Introdução: No Brasil, o crescimento da agropecuária e da indústria láctea desafia a gestão do estrume bovino, sendo a biodigestão anaeróbica (BA) uma alternativa viável para o manejo desses resíduos produzindo biogás e biofertilizantes. Contudo, devido às altas concentrações de antimicrobianos presentes no estrume, o uso de BA pode contribuir para o desenvolvimento e disseminação de bactérias resistentes.

Objetivos: Avaliar a presença de marcadores de resistência a antimicrobianos em Enterobacterales provenientes de um sistema de BA com intuito de dimensionar o risco clínico-microbiológico do uso dos efluentes como biofertilizante.

Material e métodos: Foram recuperadas 180 Enterobacterales de um biodigestor anaeróbico alimentado com dejeto bovino leiteiro. Para obter o DNA genómico, foi utilizado kit de extração comercial nos isolados (n=90 da entrada e n= 90 do biofertilizante). PCR (Polymerase chain reaction) foram realizadas utilizando oligoiniciadores específicos para amplificação de genes de resistência aos γ-lactâmicos - blaTEM e ampC, aminoglico-

sídeos - aacA-aphD e tetraciclinas - tet(a), segundo condições descritas na literatura.
Resultados e conclusões: Entre os isolados, 46,1% (83/180) apresentaram marcadores de resistência, sendo 21,6% (39/180) pertencem à entrada e 24,4% (44/180) ao biofertilizante. A resistência aos beta-lactâmicos foi a mais prevalente, com 36,1% (65/180) positivos para ampC (35,5% entrada e 36,6% biofertilizante) e 18,3% (33/180) para blaTEM (18,8% entrada e 17,7% biofertilizante). Resistência a tetraciclina foi observada em 7,8% dos isolados da entrada e 12,2% do biofertilizante, e a aminoglicosídeos em 8,8% da entrada e 5,5% biofertilizante. Entre os genótipos de multirresistência, 28,8% (16/180) apresentaram dois ou mais marcadores. Observaram-se quatro grupos genotípicos distintos, com maior incidência (4,4%, 8/180) de ampC e blaTEM, sendo um isolado da entrada e sete do biofertilizante. Também foram observados ampC e tet(a) em quatro isolados (2 da entrada e 2 do biofertilizante) e blaTEM e tet(a) em dois isolados do biofertilizante. Além disso, dois isolados do biofertilizante apresentaram três marcadores (tetA, ampC e bla-TEM). A presença de Enterobacterales resistentes no biofertilizante justifica os riscos sanitários e a importância do manejo sustentável da BA. Os resultados indicam a necessidade de colaboração interdisciplinar e uso responsável de antimicrobianos para enfrentar a resistência antimicrobiana.

POM 04

COMPARAÇÃO DE DOIS ENSAIOS DE PCR PARA A DETEÇÃO DA INFEÇÃO CONGÉNITA POR CMV NO LÍQUIDO AMNIÓTICO

Alexandra Mendes; Ana Alves; Célia Morais; Júnia Ferreira; João Pereira-Vaz; Fernando Rodrigues; Anália Carmo
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE / Hospital Pediátrico de Coimbra

Introdução: O citomegalovirus (CMV) é a principal causa de infeção congénita, podendo resultar em sequelas neurológicas graves, tais como a surdez neuro-sensorial, deficiências permanentes de visão, microcefalia e outras disfunções neurológicas. Durante a gestação e em caso de seroconversão materna ou suspeita de infeção recorrente, o diagnóstico de infeção fetal é efetuado através da pesquisa do CMV no líquido amniótico (LA) por cultura e/ou do DNA viral por PCR.
Objetivo: Comparar o desempenho analítico de duas metodologias de PCR em tempo real para a deteção e quantificação do DNA do CMV em amostras de LA.
Material e métodos: Foram analisadas 49 amostras de LA de gestantes com suspeita de infeção primária ou recorrente a CMV. Compararam-se os resultados obtidos em paralelo com dois ensaios de PCR em tempo real: RealStar CMV PCR Kit 1.0 (Altona Diagnostics), e cobas CMV (Roche Diagnostics). Para o ensaio RealStar CMV PCR Kit, a extração dos ácidos nucleicos foi efetuada na plataforma automática EZ2 Connect (Qiagen), a amplificação e deteção do DNA viral foram efetuados na plataforma CFX96 Real Time PCR Detection System (BioRad). O ensaio cobas CMV foi efetuado na plataforma automática cobas 6800 System (Roche Diagnostics).
Resultados e conclusões: Foi observada uma concordância qualitativa de 100% nos resultados obtidos pelos dois ensaios. Do total das 49 amostras de LA, três (6,1%) apresentaram DNA viral detetável, tendo-se observado uma

variação na quantificação entre réplicas da mesma amostra <0,5 log10 cópias DNA CMV/mL, o que corresponde a uma variação não significativa em termos clínicos. Em conclusão, os resultados deste estudo evidenciaram que: existe uma equivalência entre ambos os ensaios de PCR em tempo real; a automatização completa no ensaio cobas CMV é uma mais-valia para a rotina laboratorial, minimizando o erro, aumentando a rapidez no processamento das amostras e permitindo um diagnóstico mais atempado da infeção fetal.

Palavras-chave: CMV; Líquido amniótico; PCR

POM 05

A JANELA DE OPORTUNIDADE NO DIAGNÓSTICO POR VÍRUS MAYARO

Sara Velho Meirinhos; Bruno Tiago Carvalho; Tiago Marques; Robert Badura; Álvaro Aires Pereira
Hospital Universitário Santa Maria

O diagnóstico de arboviroses é desafiante uma vez que partilham as características clínicas de febre, exantema e artralgias, zonas endémicas e muitas vezes o mesmo vetor. O vírus Mayaro, transmitido pelo mosquito Haemagogus janthinomys, apresenta um período de incubação de 1-14 dias, caracterizando-se pelo aparecimento de exantema maculopapular após 5 dias do início dos sintomas. O vírus Chikungunya é transmitido pela picada de fêmeas de Aedes aegypti e Aedes albopictus infetados, vetores também responsáveis pela transmissão da dengue, cujo exantema é caracterizado por "ilhas brancas em mar vermelho". A infeção pelo vírus Oropouche apresenta os mesmos sintomas da dengue.

Os autores descrevem o caso de um homem de 46 anos, natural de Brasil (Salvador), em Portugal há 2 semanas. Recorreu ao Serviço de Urgência (SU) por quadro de febre e artralgias de pequenas articulações muito dolorosas com 4 dias de evolução e rash cutâneo desde há 2 dias. Observada dermatose maculopapular eritematosa dispersa, confluente em algumas zonas. Após exclusão serológica de infeção por Parvovírus e Coxsackie, levantada a suspeita de Dengue, sem possibilidade de confirmação laboratorial temporariamente. O doente teve alta com terapêutica sintomática e consulta de reavaliação, mas perante agravamento da sintomatologia, regressou ao SU. Após observação do exantema pelo Serviço de Doenças Infecciosas e por ausência de trombocitopenia, propôs-se como principal hipótese diagnóstica infeção por vírus Chikungunya. Foram solicitadas serologias para Chikungunya e Dengue ao Laboratório de referência.Em avaliação posterior, 12 dias após o início dos sintomas, e dado ausência de evidência serológica de infeção por Chikungunya, foi pedida deteção molecular (PCR-RT) de Chikungunya, Mayaro e Oropouche, que se revelou negativa. O estudo serológico de confirmação após 3 semanas foi negativo. Dado os achados clínicos e laboratoriais foi admitido um diagnóstico presuntivo de infeção por vírus Mayaro.

O diagnóstico de arboviroses emergentes constitui um desafio, dada a não realização de algumas técnicas diagnósticas específicas em zonas não endémicas. O timing de realização de pesquisa molecular é igualmente crítico, uma vez que o RNA do vírus Mayaro é apenas detectável nos primeiros 2 a 6 dias de sintomatologia. Assim, conhecer a epidemiologia, vetores, formas de transmissão e agentes patogénicos endémicos da zona de proveniência do doente torna-se a peça chave na etiologia das artrites virais.

Palavras-chave: Exantema maculopapular; Artrite viral; Mayaro

POM 06

UNSEEN BUT NOT FORGOTTEN – REFRACTIVE BACILLI ON GRAM AS A POSSIBLE SIGN OF ACID-FAST BACILLI

Sara Velho Meirinhos; Bruno Tiago Carvalho; Dinah Carvalho; Carlos Ribeiro; J. Melo Cristino
Hospital Universitário Santa Maria

Keywords: Abscess, Osteoarticular tuberculosis, Refractive Bacilli

The epidemiology of tuberculosis has been altered due to the increased use of immunosuppressive therapies (chemotherapy and biologic agents), the human immunodeficiency virus (HIV) epidemic, and the changing migration patterns. Extrapulmonary tuberculosis mainly occurs in individuals with HIV infection. Osteoarticular tuberculosis is rare in Western countries, with its diagnosis being performed through culture and/or molecular detection.

The authors present the case of a 65-year-old man with a history of acute myeloid leukaemia, undergoing first-line treatment with venetoclax/azacitidine and awaiting an allogeneic hematopoietic stem cell transplant. He was admitted with a suspected left thigh skin infection, presenting with elevated C-reactive protein (19 mg/dL) and normal creatine kinase levels (48 U/L). Imaging evidence (CT scan) indicated myofascitis with fluid layers between the muscle planes, ruling out compartment syndrome. Empiric antibiotic therapy with piperacillin-tazobactam and amikacin was initiated following microbiological testing.

During the hospitalisation, probable streptococcal aetiology was admitted due to increased antistreptolysin O titer (1212 UI/mL), prompting a switch to penicillin and clindamycin. As the patient's condition worsened despite empiric antibiotic therapy and imaging revealed an intramuscular abscess, an ultrasound-guided aspirate was performed. The collected sample was evaluated by Gram staining, revealing numerous neutrophils along with several refractive (ghost-gram) bacillary elements, although bacteriological cultures were negative in both aerobiosis and anaerobiosis. These findings prompted further investigation, including a new staining with Auramine and Kinyoun methodologies, which confirmed the presence of acid-fast bacilli. The identification of Mycobacterium tuberculosis was confirmed via molecular biology methods, specifically RT-PCR.

Early recognition of tuberculosis in immunosuppressive patients, regardless of clinical presentation, is crucial to a timely treatment. The lack of growth on routine culture media, coupled with its mycolic acid-rich cellular wall, which does not stain well with Gram methods, makes the diagnosis challenging. Despite the absence of clinical suspicion of osteoarticular tuberculosis, the identification of abnormal morphological findings at Gram led to a laboratory diagnosis and targeted therapeutic adjustment.

POM 07

HIV-RELATED CLINICAL/ECONOMIC BURDEN IN INVASIVE PNEUMOCOCCAL DISEASE HOSPITALIZATIONS–SPHERE STUDY

João Romano[1]; Filipe Froes[2]; Cecília Pardal[3]; Carlos Robalo Cordeiro[4]; Carla Ribeiro[5]; Ulisses Brito[6]; Jorge Ferreira[7]; António Morais[8]

[1]MSD Portugal; [2]Hospital Pulido Valente, ULS Santa Maria, Lisboa; [3]Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, ULS Amadora/Sintra, Amadora; [4]Hospitais da Universidade de Coimbra, ULS Coimbra, Coimbra; [5]ULS Gaia/ Espinho, Vila Nova de Gaia; [6]Hospital de Faro, ULS Algarve, Faro; [7]Hospital de São Sebastião, ULS Entre Douro e Vouga, Santa Maria da Feira; [8]Hospital de São João; ULS São João, Porto

Introduction: *Human immunodeficiency virus (HIV) infection increases the risk of developing invasive pneumococcal disease (IPD) caused by Streptococcus pneumoniae. Because IPD tends to be more severe in HIV-infected patients, vaccination against S. pneumoniae is recommended. This dual burden can lead to poorer outcomes and increased healthcare costs.*

Objective: *This study aimed to characterize the real-world healthcare resource utilization (HCRU) and costs associated in patient living with HIV and hospitalized with IPD in mainland Portugal.*

Methods: *This retrospective, multicentre, cross-sectional study included 395 adult patients (≥18 years old), hospitalised with a diagnosis of IPD in the 7 participating hospitals, between January 2017 and December 2018. Clinical data were collected from hospital electronic databases and costs were derived from the Portuguese Health Care System.*

Results and conclusions: *Less than 8% of patients (31) with IPD had HIV infection, most of them being male (71.0%) aged 18-49 years old (64.5%). While nearly half were current smokers (51.6%), the majority were not heavy alcohol consumers (67.7%). The most frequent clinical manifestation of S. pneumoniae infection was bacteremic pneumonia (83.9%), followed by primary bacteremia (16.1%). Notably, only 3 patients (9.7%) were vaccinated against S. pneumoniae, and the vaccination status was unknown for 10 patients (32.3%). No patient had available information for S. pneumoniae serotype. The most frequently presented comorbidities were chronic hepatic disease (22.6%), chronic renal failure (12.9%), and chronic respiratory disease (12.9%).*

The median overall cost of HCRU per patient increased from €3253.9, in non-HIV infected, to €4163.4 in HIV-infected patients. In particular, total hospitalization costs per patient (€2828.5 vs €3458.0), and costs associated with imaging assessments (€91.3 vs €103.8) and laboratory tests (€337.7 vs €356.4) were superior in IPD patients infected with HIV.

Concomitant infection of HIV in IPD patients imposes a significant clinical and economic burden. Given their higher risk for infections, efforts towards prevention in high-risk groups are essential, particularly, by increasing vaccination and promoting early diagnosis and intervention, which could potentially reduce hospitalization costs and improve patient outcomes.

POM 08

IMPORTÂNCIA DOS ANTICORPOS IGM ANTI TREPONEMA PALLIDUM NO DIAGNÓSTICO DA SÍFILIS

Isabel Prata; Carla Manita; Sofia Soeiro; Rita Matos

Instituto Nacional de saúde publica Dr. Ricardo Jorge

A sífilis é uma doença infeciosa causada pela espiroqueta Treponema pallidum subespécie pallidum. A transmissão é feita de forma direta por contato sexual, através de sangue (transfusão de sangue ou lesões) ou por via vertical (Sífilis congénita). O diagnóstico é feito maioritariamente por métodos sorológicos, com a deteção de anticorpos treponémicos (anticorpos totais específicos) e anticorpos não-treponémicos (anticorpos não específicos). As reinfeções ocorrem em populações

de alto risco e, nestes casos, as reações não-treponémicas são a única ferramenta de diagnóstico e seguimento do estadio da doença. No entanto, todos os resultados positivos nos testes não treponémicos têm de ser confirmados por um teste treponémico.

O objetivo deste trabalho foi avaliar o uso da deteção de IgM como uma ferramenta no diagnóstico da sífilis.

Entre o ano 2020 e 2023 foram estudados 774 pacientes, sendo 32 mulheres e 741 homens e um de género desconhecido. A idade média foi de 34 anos (max.=75 e min.=18). O estadio infecioso foi determinado com TPHA e VDRL. Das amostras estudadas 580 das amostras foram avaliadas como negativas e 194 como positivas. Os anticorpos IgM foram detetados usando o método ELISA: Euroimmun®.

A sensibilidade e a especificidade do teste ficaram abaixo de 90% (83,4% de sensibilidade e 85% de especificidade). De facto, 32 amostras apresentaram resultados falsos negativos e 87 foram falsos positivos. Os testes não-treponémicos continuam a ser a principal ferramenta no diagnóstica mais importante no diagnóstico da reinfeção. A deteção de IgM, embora seja um teste de diagnóstico promissor, apresenta uma especificidade e sensibilidade relativamente baixas e deve ser sempre avaliada em conjunto com outros testes diagnósticos para a sífilis.

POM 09

CAMPYLOBACTER E RESPECTIVAS RESISTÊNCIAS – REALIDADE EM DOENTES ONCOLÓGICOS

Carolina Nunes Coelho; Catarina Madaleno
IPO Lisboa

Introdução: A resistência a fluoroquinolonas e macrólidos em espécies de Campylobacter é considerada de alta relevância para a saúde pública e preocupante pela sua crescente frequência. É fundamental conhecer o panorama nacional e, sobretudo a nível local, para adequar a conduta terapêutica. Os doentes oncológicos são particularmente susceptíveis a este tipo de infecções e a desenvolver resistência antimicrobiana.

Objetivos: Rever os isolamentos microbiológicos de espécies de Campylobacter num centro hospitalar e o respectivo perfil de resistência em doentes oncológicos.

Material e métodos: Análise de forma retrospectiva dos processos clínicos desde Setembro de 2021 a Julho de 2024, com base nos isolamentos microbiológicos por Campylobacter spp. Verificaram-se 40 casos, sendo a maioria do sexo masculino (n=25, 62.5%), com idades compreendidas entre 18 e 76 anos (idade média 59.5 anos). Os pedidos foram realizados tanto em regime de internamento (n=17) como ambulatório (n=23). Os isolamento foram realizados na maioria em amostra de fezes (n=32, 80%) e restantes em hemoculturas. O Campylobacter jejuni foi o mais frequentemente isolado (n=26, 65%), seguido do C. coli (n=13, 21.7%) e uma espécie não foi possível identificar. Os sintomas mais frequentemente descritos pelos doentes foram de diarreia (n=34, 85%), e em menos casos febre (n=9), dor abdominal (n=4) e vómitos (n=2). Em relação ao padrão de resistência, verificou-se que a maioria era resistente às quinolonas (n=37, 92.5%), mas apenas uma pequena parte era resistente aos

macrólidos (n=11, 27.5%). Já em relação a tetraciclinas verificou-se elevada resistência (n= 31, 77.5%). O Campylobacter jejuni foi o que apresentou maior resistência às quinolonas (n=23), enquanto aos macrólidos foi o C. coli (n=9).

Resultados e conclusões: Na amostra analisada percebemos que o C. jejuni foi o agente mais encontrado e que, de facto, as quinolonas são problemáticas pela elevada resistência também neste tipo de infecção. A monitorização e vigilância dos isolamentos e respectivas resistências são particularmente relevantes em doentes imunodeprimidos, cuja carga hospitalar e antibiótica pode ser superior aos restantes doentes. Conhecer a realidade local torna-se importante para orientar a escolha de antibioterapia.

POM 10

QUALIDADE DA LIMPEZA DE INTRUMENTAIS ASPIRADORES USADOS EM PROCEDIMENTOS NEUROCIRÚRGICOS

Marcelo Alessandro Rigotti[1]; Andre Luiz Silva Alvim[2]; Adriely de Abreu Varoto[2]; Elaine Martins[3]; Adriano Menis Ferreira[1]; Natalia Bianchini Dodo[1]; Maiara Oliveira Diniz[4]; Alessandra Lyrio Barbosa Giroti[1]; Liliane Moretti Carneiro[1]; Emileide Dos Santos Almeida Vaz[1]; Alvaro Francisco Lopes de Sousa[5]; Denise de Andrade[6]

[1]Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil; [2]Universidade Federal de Juiz de Fora, Brasil; [3]Faculdade Pitagoras, Minas Gerais, Brasil; [4]Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil; [5]Instituto Sirio-Libanes de Ensino e Pesquisa, São Paulo, Brasil; [6]Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Brasil

Introdução: Métodos de limpeza utilizados pelos profissionais de saúde, seja manual e/ou automatizada, devem seguir um Procedimento Operacional Padrão para assegurar condições adequadas ao uso de Produtos para Saúde livre de contaminação. No entanto, a presença de sujidades e microrganismos em qualquer etapa do processamento torna o método inseguro, atribuindo ao alto risco de transmissão cruzada que promovem as Infecções de Sítio Cirúrgico.

Objetivo: Verificar a qualidade da limpeza de instrumentais aspiradores utilizados em procedimentos neurocirúrgicos.

Material e métodos: Estudo experimental realizado no centro de materiais e esterilização e no laboratório de microbiologia de um hospital filantrópico localizado na cidade de Diamantina, MG, Brasil. O protocolo de estudo envolveu aspiradores yasargil de diferentes dimensões para detecção da presença de matéria orgânica por meio do teste de proteína e coleta de um lavado para investigação microbiológica. Os dados foram analisados por estatística descritiva e medidas de tendência central.

Resultados: Os instrumentais apresentaram teste de proteína positivo (50%) para amostras coletadas após limpeza manual. Em relação a carga microbiológica levantada após a limpeza automatizada, destacam-se amostras de Escherichia coli (20%) e Klebsiella aerogenes (10%).

Conclusão: Este estudo evidenciou falhas no processo de limpeza dos produtos para saúde e sugerem a formação de biofilme nas tubulações, desclassificando a água no critério potável.

Palavras-chaves: Instrumentos Cirúrgicos; Esterilização; Neurocirurgia; Segurança do Paciente; Microbiologia da Água.

POM 11

INTVENÇÃO NA LIMPEZA DE SUPERFÍCIES CLÍNICAS: ESTRATEGIA PARA PREVENÇÃO DE INFECÇÃO HOSPITALAR

Adriano Menis Ferreira; Lucas de Oliveira Bernardes; Fernando Ribeiro Dos Santos; Bruna Moretti Luchesi; Marcelo Alessandro Rigotti; Liliane Moretti Carneiro; Higor Henrique Alves da Cruz;
Mara Cristina Ribeiro Furlan; Larissa da Silva Barcelos; Aires Garcia Dos Santos Junior
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil.

Introdução: As superfícies ambientais podem constituir-se como reservatório para diversos microrganismos e, consequentemente, um risco potencial para propagação de infecções relacionadas à assistência à saúde. Objetivo: Avaliar a Limpeza e Desinfecção de Superfícies (LDS) antes e após a implementação de um Programa de Padronização da Limpeza e Desinfecção de Superfície (PPLDS). **Material e métodos:** Estudo analítico, comparativo, intervencional, realizado durante o período de dezembro de 2020 a março de 2021 em uma unidade de internação pediátrica de um hospital do estado de Mato Grosso do Sul localizado na região centro-oeste do Brasil. Foram monitoradas quatro superfícies, altamente tocadas, antes e após o processo de limpeza e desinfecção pelos métodos: quantificação da Adenosina Trifosfato (ATP) por bioluminescência sendo a leitura realizada em Unidades Relativas de Luz (URL), contagem de unidades formadoras de colônias (UFC) aeróbias e inspeção visual. O estudo foi composto por três etapas: etapa I (diagnóstico situacional do processo de LDS); etapa II (implementação do PPLDS); etapa III (avaliação 60 dias após a implementação do programa). Realizou-se 576 avaliações nas três etapas do estudo, sendo 192 em cada etapa. **Resultados:** O processo de LDS foi eficaz nas três etapas do estudo, pelos métodos de ATP e UFC. Na etapa I, quatro superfícies obtiveram resultados estatisticamente significativos pelo método ATP (<250 URL) e duas superfícies pela contagem de UFC (<2,5 UFC/cm2), após o processo de LDS. Nas etapas II e III, todas as superfícies apresentaram resultados inferiores de ATP e UFC (p<0,05). Na inspeção visual, somente a maçaneta da porta do banheiro (etapa I: p=0,041; etapa III: p=0,007) e o acionador da descarga do banheiro (etapa I: p=0,026; etapa III: p=0,007) foram aprovados. Conclusão: O PPLDS teve um impacto positivo no processo de LDS. Sugere-se a continuidade do programa de monitoramento junto a equipe de enfermagem e de limpeza hospitalar e sua implementação em outras unidades do hospital.

Palavras-chave: Pediatria; Contaminação de Equipamentos; Serviço de Limpeza; Desinfecção; Segurança do Paciente; Educação Continuada.

POM 12

CONTAMINAÇÃO DE SUPERFÍCIES DA ÁREA DE TRABALHO DE ANESTESIA NA SALA OPERATÓRIA

Liliane Moretti Carneiro[1]; Carlos Eduardo Macedo[2]; Adriano Menis Ferreira[3]; Larissa da Silva Barcelos[3]; André Luiz Silva Alvim[4]; Sandro Rogério Martins[5]; Denise de Andrade[6]; Marcelo Alessandro Rigotti[3]; Ruberval Peres Gasques[3]; Vanderlei Amaro da Silva Junior[3]; Layze Braz de Oliveira[6]; Herica Emilia Félix de Carvalho[6]; Alvaro Francisco Lopes de Sousa[7]
[1]Universidade Federal de Mato Grosso do Sul Unidade II Curso de Enfermagem Av. Ranulpho Marques Leal, 3484 Distrito Industrial 79.620-080 Três Lagoas/MS/Brasil; [2]Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil; [3]Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil; [4]Universidade Federal de Juiz de Fora, Brasil; [5]Hospital Regional de Presidente Prudente, Brasil; [6]Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Brasil; [7]Hospital Sírio-Libânes, Brasil

Introdução: A persistência de contaminação microbiana em superfícies ambientais e equipamentos tem sido associada a práticas de limpeza e desinfecção insuficientes em salas

de cirurgia e espaços de trabalho de anestesia. Isso é particularmente preocupante, pois eliminar e/ou reduzir microrganismos dessas superfícies é uma estratégia essencial para mitigar a prevalência de infecções associadas à assistência à saúde. Objetivo: Avaliar a contaminação da superfície de preparação de medicamentos anestésicos, circuitos respiratórios e dispositivos utilizados em anestesia geral com ventilação mecânica assistida.

Material e métodos: Estudo transversal, quantitativo, realizado no centro cirúrgico de um hospital filantrópico, de média complexidade, localizado no município de Três Lagoas, região leste do Estado de Mato Grosso do Sul, Brasil. Foram coletadas amostras da porção distal do ramo inspiratório antes da anestesia; da porção distal do ramo expiratório após a anestesia; do canister no final da anestesia; e da superfície da área de preparo da medicação anestésica. Foram coletadas 82 amostras microbiológicas. Após semeadura das amostras em diferentes meios de cultura, foram realizadas 328 análises.

Resultados: Observou-se uma maior ocorrência de E. coli, Enterobacter spp., Pseudomonas spp., Staphylococcus aureus e Streptococcus pneumoniae (P<0,001). Variações foram observadas dependendo do meio de cultura e do local de coleta da amostra. Considerado nível de contaminação foi observado em certas áreas, como a porção distal do ramo inspiratório antes da anestesia e da superfície da área de preparo da medicação anestésica.

Conclusão: Constatou-se contaminação microbiana de todas as superfícies analisadas, tanto antes quanto após o procedimento anestésico, com destaque para o ramo inspiratório e da superfície de preparo da medicação anestésica, inferindo-se que, o processo de limpeza e desinfecção dessas superfícies não foi realizado de forma adequado podendo ocasionar infecção cruzada.

Palavra-chave: Controle de infecção, anestesia geral, contaminação de equipamentos. segurança do paciente.

POM 13

ENDOCARDITE INFECIOSA POR GRAM POSITIVO E NEGATIVO: ANÁLISE COMPARATIVA EPIDEMIOLÓGICA E PROGNÓSTICA

Susana Ramos Oliveira; Constança Azeredo; Sara Vale Araújo; Rafaela Lopes Freitas; Maria João Gonçalves; Joana Morais; Cristina Soeiro; Raquel Calisto; Daniel Seabra; Sofia Jordão; Ricardo Correia Abreu
ULSM -Hospital Pedro Hispano

Introdução: A Endocardite Infeciosa (EI) é principalmente provocada por agentes Gram positivo (GP), no entanto, bactérias Gram negativo (GN) do grupo HACEK também são consideradas agentes típicos. A EI por GN não-HACEK é uma entidade rara e que apresenta mau prognóstico.

Objetivos: Caracterização epidemiológica e prognóstica dos episódios de EI por GN e análise comparativa com os episódios por GP.

Material e métodos: Análise retrospetiva dos episódios de EI de um hospital distrital num período de 10 anos (2014-2024), incluindo casos de EI definitiva ou possível de acordo com os novos critérios de DUKE, e excluindo casos de EI rejeitada. Foram distinguidos dois grupos: EI por GN e por GP. A análise estatística foi realizada em SPSS, com recurso aos testes Chi-quadrado, T-student e Mann-Whitney, conforme adequado.

Resultados e conclusões: De um total de 152 episódios de EI, 10,5% (16/152) foram por GN – 13 classificados como EI definitiva, e três como EI possível. Não houve diferença significativa entre os grupos nas idades ao diagnóstico ou sexo, no entanto, o índice de comorbilidades de Charlson ajustado à idade foi significativamente superior nas EI por GN (8,35 ± 3,17 vs 6,03 ± 3,26; p=0,0045).

Em ambos os grupos, 37,5% dos doentes tinha tido instrumentação cardíaca prévia. Os principais agentes GN implicados foram a Pseudomonas aeruginosa (n=4), Escherichia coli (n=3) e Klebsiella pneumoniae (n=3) e 25% apresentavam multirresistência a antimicrobianos – semelhante à multirresistência observada nas EI por GP. O ponto de partida da bacteriémia das EI por GN foi identificado em 69% dos casos, sendo os principais focos o gastrointestinal (n=4), seguido de urinário (n=3). Ambos os grupos apresentaram um predomínio de atingimento de válvula nativa (68,7% nos GN vs 71% nos GP), sem diferença no atingimento concomitante de outros dispositivos cardíacos, como pacemaker. Apesar de as EI por GN cursarem, mais frequentemente, com hemoculturas positivas após sete dias de tratamento eficaz (19% vs 5%, p=0,037888), as EI por GP apresentaram uma maior proporção de insuficiência valvular moderada a grave de novo (59% vs 31%; p=0,035611). As complicações perivalvulares, embolizações à distância e tratamento cirúrgico foram semelhantes nos dois grupos. A mortalidade hospitalar e um ano após alta foi elevada em ambos os grupos, sendo, no entanto, superior nas EI por GN (50% vs 29% e 62,5% vs 39%, respetivamente).

Este estudo comprova a patogenicidade de GN não-HACEK como agentes causadores de EI, particularmente em doentes com inúmeras comorbilidades, associando-se a um mau prognóstico intra-hospitalar e após a alta.

POM 14

UM CASO DE TUBERCULOSE COM DISCORDÂNCIA GENOTÍPICA E FENOTÍPICA NA RESISTÊNCIA À RIFAMPICINA

Ana L. Rodrigues[1]; Miguel Póvoas[1]; Catarina Rodrigues[1]; Diva Trigo[1]; Maria João Lopes[1]; Luís Coelho[2]; Patrícia Pacheco[1]

[1]Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca; [2]Centro de Diagnóstico Pneumológico Dr. Ribeiro Sanches

O tratamento da tuberculose resistente à rifampicina foi alvo de profunda mudança nos últimos 5 anos e a detecção de resistências genotípicas é crucial para a instituição dos novos esquemas terapêuticos orais e de curta duração.

Um homem de 25 anos, natural de Angola, foi admitido por perda ponderal, tosse produtiva, dor pleurítica, sudorese noturna e febre com três meses de evolução. Apresentava extensa cavitação no lobo superior esquerdo, múltiplas condensações e nódulos com padrão de distribuição "tree-in-bud" (Figura 1). Foi realizado o diagnóstico de tuberculose pulmonar após identificação de bacilos álcool-ácido resistentes (BAAR) na expectoração e Xpert MTB/RIF Ultra positivo com detecção da mutação rpoB. A pesquisa de mutações adicionais por Line Probe Assay foi negativa. A serologia VIH foi negativa e não apresentava envolvimento extra-pulmonar. Foi iniciada terapêutica com bedaquilina, linezolide, moxifloxacina, clofazimina, etambutol, isoniazida e pirazinamida. Equacionado esquema BPaL após discussão com o Centro de Diagnóstico Pneumológico (CDP) de referência e suspensa Pirazinamida por hepatotoxicidade. A susceptibilidade fenotípica foi obtida aos dois meses de tratamento, revelando susceptibilidade aos fármacos de 1ª e 2ª linha, excepto moxifloxacina. Sob orientação do CDP, ajustado para esquema convencional com isoniazida, rifampicina, levofloxacina e etambutol. Clinicamente mantinha febre persistente, baciloscopia positiva e exame cultural posi-

tivo. Decidida intensificação terapêutica com rifampicina em alta dose e amicacina, substituída após um mês por cicloserina. A sequenciação do genoma total confirmou a mutação rpoB no codão nº435, compatível com diminuída susceptibilidade à rifampicina. Embora bacilífero e com febre mantida, mas com menor frequência, teve alta após cinco meses de internamento com recuperação ponderal e melhoria da tosse. Considerando a resistência genotípica conhecida e a persistência de baciloscopia positiva, foi alterado para esquema com bedaquilina, linezolide, levofloxacina, cicloserina, etambutol e isoniazida. Posteriormente observada negativação da cultura ao 4º mês de tratamento, com evolução clínica favorável e sem toxicidade medicamentosa.

O manejo da tuberculose resistente é complexo e este caso demonstra os dilemas clínicos que resultaram da discrepância genotípica e fenotípica da susceptibilidade à rifampicina, da evolução clínica paulatina que caracteriza as formas pulmonares extensas e reforça a importância da articulação entre os cuidados hospitalares e comunitários de forma a garantir o sucesso terapêutico.

Palavras-chaves: tuberculose, resistência, rifampicina

POM 15

INFEÇÕES ASSOCIADAS A DISPOSITIVOS DE DERIVAÇÃO VENTRICULAR EXTERNA NO DOENTE NEUROCRÍTICO

Teresa Castro Pires; Andriy Krystopchuk; João F. Magro; João Ferreira de Sousa; Ana Paula Proença
ULS Algarve - Hospital de Faro

Introdução: Derivação Ventricular Externa (DVE) é um dispositivo temporário, colocados para drenagem de líquido cefalorraquidiano (LCR) e utilizado em caso de hidrocefalia, hemorragias ventriculares e pós-operatórios de determinadas cirurgias (ex. fossa posterior). É um sistema de drenagem fechado, com complicações mais frequentemente reportadas: infeção, hemorragia e drenagem excessiva de LCR.

Objetivos: Conduziu-se um estudo retrospetivo, com levantamento de dados referentes a doentes com DVE na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP) no período de 2 anos (2022-2023).

Material e métodos: Incluíram-se todos os pacientes internados na UCIP no período compreendido entre janeiro de 2022 e dezembro de 2023 com DVE implantado anteriormente à admissão na unidade ou em qualquer momento durante o internamento na unidade.

Definiram-se como critérios de exclusão: Pacientes submetidos a procedimento neurocirúrgico anterior à colocação de DVE; presença de fístula de líquor e infeção do SNC ativa.

Para definição de infeção foi considerada a presença de exame cultural de LCR positiva mais clínica sugestiva de infeção ou pleocitose no LCR. No caso de exame cultural de LCR negativo assumiu-se como caso de infeção a presença de clínica sugestiva mais alterações citológicas LCR sugestivas de infeção (pleocitose LCR +/- hipoglicorráquia +/- hiperlactacidemia LCR).

Procedeu-se à caracterização da população, identificação de complicações infeciosas, fatores de risco infecioso e avaliação de mortalidade.

Foi elaborada análise estatística descritiva dos resultados obtidos.

Resultados: Entre janeiro 2022 e dezembro de 2023 foram contabilizados 63 doentes, que cumprem critérios de inclusão, internados na UCIP com DVE.

O motivo de internamento / colocação de DVE foi na maioria dos casos (59%) Hemorragia subaracnoidea (HSA) não traumática e/ou hemorragia intraventricular.

A média de duração de cateterização foi de 12 dias (mínimo 0 e máximo 59 dias).

Foram determinados critérios de infeção em

27% dos doentes, contabilizando 22 infeções por 1000 dias de cateter, em 65% dos doentes após 12 dias, em média diagnosticada 19 dias após colocação de DVE.
Dos com critérios clínicos e laboratoriais de infeção o agente mais frequentemente identificado foi o S. epidermidis (23%).
A taxa mortalidade global (em internamento) foi de 41%.
Conclusão: A percentagem de infeções associadas a DVE encontrada foi superior ao descrito na literatura e diagnosticadas maioritariamente tardia.
Com uma média de permanência do dispositivo temporário (DVE) longa, permite-nos ponderar sobre o impacto da duração da DVE e manipulação sobre a elevada taxa de infeção.
Como limitações ao estudo apontamos a necessidade de alargar a amostra para identificação de variáveis estatisticamente significativas para a taxa de infeção e mortalidade encontradas.

POM 16

UTILIZAÇÃO DE MULTIPLEX SINDRÓMICO NO DIAGNÓSTICO E GESTÃO DE INFEÇÃO RESPIRATÓRIA

Clara Bacelar; Maria João Soares; Margarida Monteiro; Frederico Duarte; Valquíria Alves
ULS Matosinhos - Hospital Pedro Hispano

Introdução: As infeções respiratórias constituem um dos principais motivos de internamento hospitalar. Os testes multiplex em amostras respiratórias, embora dispendiosos comparativamente a métodos culturais, permitem resultados rápidos de um painel alargado de agentes, como vírus e bactérias atípicas, e incluindo alguns genes de resistência.
Objetivos: Avaliar o impacto da utilização de técnicas de biologia molecular (BM) em amostras respiratórias na decisão clínica e terapêutica de doentes com infeções respiratórias em internamento.
Materiais e métodos: Estudo retrospetivo de adultos internados por infeção respiratória com deteção de agente infecioso por FilmArray®Respiratory Panel (Biomérieux), entre 05.2022 e 03.2024.
Resultados e conclusões: Obtidas amostras respiratórias de 45 doentes com idade média de 60 anos [30-85], a maioria (80%) admitida em nível II/III de cuidados. O estudo cultural foi concomitantemente realizado em 89% destes, e o resultado por FilmArray® foi disponibilizado em média 3 dias antes [0-7].
Em 30 amostras foram identificados agentes bacterianos e em 21 agentes víricos. Em 53% das amostras com identificação bacteriana por BM houve confirmação cultural; nos casos com deteção isolada de agente vírico foi realizado exame cultural em 67% (metade destas foram negativas - restantes com isolamento de fungos em amostras invasivas).
Perante identificação bacteriana por BM, houve alteração da prescrição em 57% dos casos: em 15 foi ajustada antibioterapia empírica e em 2 foi iniciado antibiótico. Dos restantes, em 7 a terapêutica foi considerada adequada; em 5 foi decidido aguardar exame cultural; 1 caso de suspensão antibiótica por situação paliativa.
Perante um exame de BM com identificação vírica isolada, decidida suspensão antibiótica ou não início empírico em 33%. Nos restantes, por suspeita de sobreinfeção bacteriana, mantida estratégia antibiótica. Registado um óbito hospitalar em cada grupo.
A utilização de FilmArray®Respiratory Panel permitiu identificação precoce do agente causal, em média 3 dias antes de resultados culturais, com consequente otimização da estratégia terapêutica na maioria dos casos, sem aparentes diferenças na mortalidade hospitalar. A utilização desta técnica, a par de uma avaliação clínica individualizada parece ser fundamental para uma abordagem objetiva e célere, com impacto óbvio no uso judicioso de

terapêutica antimicrobiana.

Palavras-chave: painel multiplex; infeção respiratória; diagnóstico; gestão antimicrobiana

POM 17

UM ANO DE BACTERIEMIAS POR ENTEROBACTERALES PRODUTORAS DE ß-LACTAMASES DE ESPECTRO ALARGADO

Vânia Ribeiro Rosa; Ana Raquel Diniz; Lucília Rebelo; Marlene Silva; Ezequiel Moreira

Centro Hospitalar do Médio Ave, EPE / Unidade de Vila Nova de Famalicão

Palavras-chave: bacteriemia, Enterobacterales, ESBL

Introdução: As Enterobacterales com resistência às cefalosporinas de terceira geração encontram-se no grupo crítico da lista de agentes patogénicos bacterianos prioritários publicada pela Organização Mundial de Saúde, em 2024, sendo que esta resistência se deve maioritariamente à produção de y-lactamases de espectro alargado (ESBL).

Objetivos: Caraterizar os casos de bacteriemia por Enterobacterales produtoras de ESBL.

Material e métodos: Estudo observacional retrospetivo de 1 ano (janeiro a dezembro de 2023), incluindo os isolados clínicos invasivos de Escherichia coli e Klebsiella pneumoniae produtoras de ESBL (Ec-ESBL e Kp-ESBL) numa unidade local de saúde (ULS). Os dados clínico-laboratoriais foram colhidos através do sistema informático laboratorial (SisLab) e do processo clínico eletrónico (SClínico). A identificação bacteriana e o teste de suscetibilidade antimicrobiana foram realizados com recurso ao sistema automático MicroScan WalkAway (Beckman Coulter).

Resultados e conclusões: Relativamente a Ec-ESBL, foram incluídos 13 doentes com idade média de 78,2 anos, 69,2% (n=9) do sexo masculino e 30,8% (n=4) do sexo feminino, correspondendo a 18,6% (n=13/70) de todas as bacteriemias por este microrganismo durante o período do estudo. A taxa de resistência à amoxicilina/ácido clavulânico (AMC), piperacilina/tazobactam (TZP), gentamicina (GEN), amicacina (AMK), ciprofloxacina (CIP) e cotrimoxazol (SXT) foi de 53,3% (n=7), 38,5% (n=5), 46,2% (n=6), 23,1% (n=3), 76,9% (n=10) e 69,2% (n=9), respetivamente. Relativamente a Kp-ESBL, foram incluídos 15 doentes com idade média de 67,5 anos, 66,7% (n=10) do sexo masculino e 33,3% (n=5) do sexo feminino, correspondendo a 46,9% (n=15/32) de todas as bacteriemias por este microrganismo durante o período do estudo. A taxa de resistência à AMC, TZP, GEN, AMK, CIP e SXT foi de 73,3% (n=10), 26,6% (n=4), 26,6% (n=4), 6,6% (n=1), 93,3% (n=14) e 93,3% (n=14), respetivamente. A proporção de casos de bacteriemia por Ec-ESBL e Kp-ESBL nesta ULS encontra-se concordante com a média nacional divulgada no último relatório de vigilância da resistência antimicrobiana do European Centre for Disease Prevention and Control, designadamente 18,6 vs. 13,1% e 46,9 vs. 45,0%. As taxas de resistência aos diferentes antimicrobianos testados são alarmantes, razão pela qual o Laboratório de Microbiologia deve manter a monitorização e a disseminação dos padrões de resistência locais ao longo do tempo.

POM 18

BICTEGRAVIR/EMTRICITABINA/TENOFOVIR ALAFENAMIDA (B/F/TAF) NO TRATAMENTO DE PESSOAS QUE VIVEM COM VIH: EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO

Seixas, Diana; Lino, Sara; Cristóvão, Gonçalo; Sara, Magalhães; Pinto, Raquel; Nóvoa, João; Leal Santos, Marta; Caria, João; Betkova, Stepanka; Carlos, Maria; Ganicho, José; Gonçalves, Catarina; Almeida, Vasco; Garrote, Ana Raquel; Cruz, Claudina; Ramirez, Freddy; Póvoas, Diana; Bento, Diogo; Cardoso, Orlando; Manata, Maria José; Maltez, Fernando

Serviço de Doenças Infecciosas do Hospital de Curry Cabral, ULS São José, Lisboa, Portugal

Introdução: No tratamento de pessoas que vivem com VIH (PVVIH), os regimes de comprimido único, tanto no tratamento inicial como na mudança de terapêutica antirretroviral (TARV), são preferidos, visando aumentar a adesão e o sucesso a longo prazo. B/F/TAF é um esquema preferencial recomendado em ambos os cenários, pela sua eficácia, tolerabilidade e simplicidade.

Objetivo: Caracterizar a experiência da utilização de B/F/TAF num centro português.

Material e Métodos: Este estudo incluiu os dados de PVVIH de um hospital central em Lisboa, a quem foi prescrito B/F/TAF entre 2019 e março de 2024. Foram recolhidos dados demográficos, caracterização inicial e resposta virológica, informação sobre adesão e eficácia deste esquema.

Resultados: A análise incluiu 616 participantes, dos quais 77,3% (n=476) do sexo masculino, com uma idade mediana de 50 anos. Do total, 48,2% (n=297) era migrante, sendo 18,5% de países africanos e 20,5% do Brasil. À chegada a Portugal, 33,3% já tinha sido previamente diagnosticado com VIH.

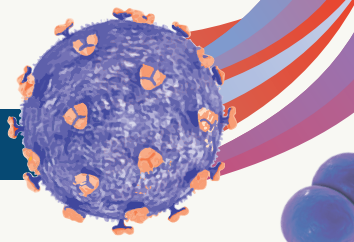
Relativamente à via de transmissão, 42% (n=262) homens que têm sexo com homens, 28,7% (n=177) heterossexuais e 11,8% (n=73) pessoas que utiliza(va)m drogas. Os dados iniciais mostraram que 7,1% (n=44) tinha TCD4+ muito baixos (<50 células/μL) e 13,3% (n=82) tinha TCD4+ >500 células/μL. 8,1% (n=50) apresentava AgHBs+. Relativamente às comorbilidades, a hiperlipidemia (26,3%) era a mais comum, seguida de condições neuropsiquiátricas (21,9%).

Considerando o histórico de tratamento, 16,4% (n=101) era naive, enquanto 28% (n=173) tinha experimentado quatro ou mais esquemas de TARV. Destes, 14,4% (n=89) tinha falências virológicas anteriores documentadas.

A mudança para B/F/TAF foi principalmente motivada pela necessidade de simplificação/otimização (n=318). A persistência neste regime teve uma duração mediana de 19 meses, destacando-se que a transição para B/F/TAF ocorreu maioritariamente a partir de 2022.

Após iniciar B/F/TAF, 5,8% mudou de tratamento, por simplificação/otimização (n=19) ou por eventos adversos (n=17). 88,6% das PVVIH sob este regime mantinha acompanhamento em junho de 2024.

Conclusões: B/F/TAF demonstrou elevada eficácia e um bom perfil de segurança nesta coorte, incluindo em doentes com coinfeção por VHB. A simplificação e otimização foram as principais razões para a mudança, consolidando esta estratégia terapêutica como uma opção de primeira linha num cenário real, tanto em doentes naive como experimentados.



POVIH 01
DOENÇA DE MONDOR EM DOENTE VIH-1

Carolina Chumbo; Rodrigo Brandão; Jéssica Oliveira; Teresa Valido; Catarina Negrão; Ana Rita Tomás; Maria Carolina Silva; Constança Coutinho; Duarte Ceia; Daniela Madeira; Ricardo Oliveira
Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

A doença de Mondor é uma forma de tromboflebite esclerosante que afeta veias subcutâneas, classicamente da parede anterior do tórax, podendo afetar diversos sistemas venosos, manifestando-se também no abdómen, região inguinal, pénis, axila e membros superiores.

A prevalência é três vezes superior no sexo feminino, com maior incidência entre os 30 e 60 anos de idade. É uma entidade rara e idiopática em 45% dos casos. Apesar da fisiopatologia pouco esclarecida, há fatores de risco a reconhecer, tanto locais (infeções, trauma direto), como sistémicos, podendo associar-se a vasculites, síndromes pró-trombóticas, ou neoplasias.

Pode ser assintomática ou cursar com desconforto ou dor, edema e rubor de início súbito, localizados aos cordões venosos, que são visíveis, palpáveis e não compressíveis. O diagnóstico é essencialmente clínico, sendo a ecografia com doppler o exame complementar mais útil.

O tratamento geralmente é sintomático, com resolução em quatro a oito semanas. Nalguns casos está recomendada anticoagulação, sendo primordial a abordagem da patologia de base.

Apresentamos um doente do sexo masculino, de 44 anos, com infeção pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH) tipo 1, diagnosticada aos 19 anos, com cumprimento terapêutico e bom controlo imunovirulógico. Em consulta de Infeciologia referiu sensação de ardor na parede torácica lateral esquerda com 15 dias de evolução e aparecimento mais recente de um cordão palpável, na mesma localização. Negava trauma local, exercício extremo e cirurgias. Analiticamente não tinha elevação de parâmetros inflamatórios e a coagulação estava normal. Realizou ecografia urgente da parede torácica esquerda, que mostrou extensa tromboflebite recente de veia subcutânea, com densificação da gordura envolvente, admitindo-se Doença de Mondor. Foi dada indicação para repouso e evicção de potenciais traumas locais, e foi medicado com anti-inflamatório não-esteróide e, tendo em conta tratar-se de um doente VIH positivo, iniciou anticoagulação com rivaroxabano. Na reavaliação ao fim de um mês, apresentava resolução clínica completa. Para o estudo etiológico, foi feito estudo de síndromes pró-trombóticas inicial, que foi negativo, e vai realizar tomografia computorizada tóraco-abdómino-pélvica, para pesquisa de processo neoplásico subjacente.

Este caso realça a importância de estarmos dispertos para esta entidade rara, incluindo na população menos afetada, como o sexo masculino. Os doentes VIH positivos têm risco trombo-embólico venoso acrescido e, como tal, devemos estar mais alerta para estes eventos, incluindo os de localização mais atípica, como é o caso da Doença de Mondor.

POVIH 02

ENCEFALITE APÓS HERPES ZOSTER NÃO TRATADO EM DOENTE VIH-1 POSITIVA

Carolina Chumbo; Rodrigo Brandão; Monika Dvorakova; Filipa Nunes; Rita Féria; João Antunes; Teresa Valido; Ana Rita Tomás; Maria Carolina Silva; Constança Coutinho; Daniela Madeira
Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

O vírus varicela zoster (VVZ) latente nos gânglios sensitivos pode reativar-se (Herpes zoster) em pessoas que tenham tido a primo-infeção (Varicela).

Os doentes imunocomprometidos têm risco acrescido de reativação do VVZ, pelo compromisso da imunidade mediada por células T, onde se incluem os doentes com infeção pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH). As complicações, como a nevralgia pós-herpética, a queratite e a encefalite, também são mais frequentes.

O Herpes zoster manifesta-se com pápulas eritematosas, que evoluem para vesículas, e dor tipo queimadura ou facada, na área de um dermátomo ou de vários contíguos.

O tratamento passa pela analgesia e terapêutica antiviral com aciclovir ou valaciclovir, preferencialmente nas primeiras 72 horas. O regime antiviral varia com a gravidade das manifestações e o grau de imunocompromisso.

Apresentamos uma doente de 52 anos, com infeção VIH-1 com mau controlo imunovirológico. Recorreu à Urgência por febre, mal-estar geral, cefaleia e tonturas. Semanas antes iniciou clínica cutânea compatível com Herpes zoster, que não tratou.

À admissão, apresentava sonolência, desequilíbrio da marcha, sem outros défices neurológicos, nem sinais meníngeos. Objetivaram-se lesões crostosas compatíveis com Herpes zoster no dermátomo C4 esquerdo. Analiticamente sem alterações. A tomografia computorizada crânio-encefálica mostrou hipodensidade subcortical temporo-insular esquerda. A punção lombar revelou líquido cefalorraquidiano (LCR) amarelo turvo, leucocitose com predomínio mononuclear e proteinorráquia. Assim, iniciou aciclovir, ceftriaxone e ampicilina endovenosos. Do estudo microbiológico do LCR, a polymerase chain reaction do VVZ foi positiva. Admitiu-se encefalite a VVZ, suspendeu a antibioterapia e manteve aciclovir 21 dias.

Permaneceu estável nos primeiros dias de internamento, mas o estado de consciência agravou, de tal modo que foi admitida nos Cuidados Intensivos e se procedeu a entubação orotraqueal e ventilação mecânica invasiva. Documentou-se estado de mal não convulsivo superrefratário, só tendo sido possível iniciar desmame da sedação e anticomiciais após um mês de internamento.

Desenvolveu miopatia importante e o desmame ventilatório foi demorado, o que justificou traqueostomia.

Neurologicamente, melhorou, apesar de manter diálogo parco. Tolerou desmame ventilatório completo e foi encerrada a traqueostomia. Dois meses depois, teve alta totalmente dependente na higiene e alimentação via oral e deambula com apoio unilateral. Ficou com seguimento em Infeciologia, Neurologia e Medicina Física e de Reabilitação.

Realça-se a importância da abordagem precoce do Herpes zoster, ainda de maior relevo nos doentes imunocomprometidos. A procura de ajuda médica precoce pela doente poderia ter evitado a encefalite, que ameaçou a sua vida e ainda compromete a autonomia.

POVIH 03

EFICÁCIA E SEGURANÇA DE LENACAPAVIR EM PESSOAS COM VIH MULTIRRESISTENTE: RESULTADOS À SEMANA 104

Onyema Ogbuagu[1]; Edwin Dejesus[2]; Mezgebe Berhe[3]; Gary J. Richmond[4]; Peter J. Ruane[5]; Gary I. Sinclair[6]; Moti N. Ramgopal[7]; William Sanchez[8]; Gordon E. Crofoot[9]; Nicolas A. Margot[10]; Hui Wang[10]; Hadas Dvory-Sobol[10]; Martin S Rhee[10]; Maria Pinto da Silva[11]; Jared Baeten[10]; Sorana Segal-Maurer[12]

[1]Yale School of Medicine, New Haven, Connecticut; [2]Orlando Immunology Center, Orlando, Florida; [3]North Texas Infectious Diseases Consultants, Dallas, TX; [4]Broward Health Medical Center, Fort Lauderdale, Florida; [5]Ruane Clinical Research, Los Angeles, CA; [6]Prism Health North Texas, Dallas, Texas; [7]Midway Immunology & Research Center, Fort Pierce, Florida; [8]Floridian Clinical Research, Miami Lakes, Florida; [9]The Crofoot Research Center, Houston, Texas; [10]Gilead Sciences, Foster City, California; [11]Gilead Sciences Lda. Lisboa, Portugal; [12]Division of Infectious Diseases, New York–Presbyterian Queens, Flushing, New York

Introdução: Lenacapavir (LEN) é um potente inibidor da cápside, de ação prolongada, para o tratamento da infeção por VIH-1 em adultos com multirresistência (MDR), em combinação com outros antirretrovíricos.

Objetivos: CAPELLA é um estudo de fase 2/3, em pessoas com VIH-1 multirresistente, com elevada experiência de tratamento. Depois de reportados os dados de eficácia e segurança ao longo de 52 semanas (S), o protocolo foi modificado para permitir um seguimento mais prolongado; estes são os resultados à S104.

Material e métodos: Os participantes receberam LEN oral em dose de carga, seguido de LEN subcutâneo Q6M, em combinação com um regime de base otimizado (OBR) selecionado pelo investigador.

Resultados e conclusão: Dos 72 participantes (36 em cada grupo), 25% eram do sexo feminino; 38% raça negra; idade mediana de 52 anos; 64% apresentava CD4 <200 cél/µl e 46% tinham VIH-1 resistente às 4 classes principais (INTR, INNTR, IP, INSTI). Um participante (de 72) decidiu abandonar o ensaio após a S52. À S104, 62% (44/71) apresentavam ARN VIH-1 <50 c/ml através do algoritmo Snapshot da FDA, e 14% (10/71) apresentavam ARN VIH-1>50 c/ml; 24% descontinuaram o ensaio por razões não relacionadas com falta de eficácia (13/71) ou careciam de dados, mas estavam em tratamento com o medicamento do estudo (4/71). Na análise missing=excluded, 81% (44/54) apresentavam ARN VIH-1 <50 c/ml. A contagem de CD4 aumentou aproximadamente 97 células/µl (Q1-Q3: 18 a 224) e a proporção de participantes com CD4 ≥200 cél/µl aumentou de 36% (26/72) na baseline para 71% (39/55) à S104. Catorze participantes revelaram resistência emergente a LEN (9 previamente comunicados), 6 dos quais suprimiram mantendo tratamento com LEN. A duração mediana (Q1-Q3) do seguimento com LEN foi de 125S (111-140). Um participante descontinuou o tratamento devido a um nódulo no local da injeção à S52 (Grau 1, previamente reportado); nenhum participante descontinuou o tratamento devido a AA após a S52. Os AA mais comuns (excluindo reações no local da injeção [ISR] e COVID-19) foram diarreia e náuseas (19% cada, +5% cada a partir da S52, respetivamente). As ISR relacionadas com LEN registadas foram, na sua maioria, ligeiras a moderadas. Em pessoas com VIH-1 multirresistente e opções de tratamento limitadas, o tratamento com LEN em combinação com OBR foi bem tolerado, mantendo-se a supressão virológica à S104. Estes dados apoiam a utilização de LEN no tratamento de pessoas com VIH-1 e MDR.

Palavras-chave: Lenacapavir; Tratamento; Multirresistente

*Maria Pinto da Silva listado como autor para fins de apresentação e com a autorização de todos os autores

POVIH 04

EFICÁCIA DE B/F/TAF VS. REGIMES DE 3 FÁRMACOS BASEADOS EM DTG EM ADULTOS COM VIH COM ADESÃO SUBÓTIMA

Kristen Andreatta[1]; Paul E. Sax[2]; David Wohl[3]; Michelle L. D'Antoni[1]; Hailin Huang[1]; Jason Hindman[1]; Christian Callebaut[1]; Maria Pinto da Silva[4]; Hal Martin[1]

[1]Gilead Sciences, Inc., Foster City, California, United States; [2]Division of Infectious Diseases, Brigham and Women's Hospital, Harvard Medical School, Boston, Massachusetts, United States; [3]Division of Infectious Diseases, University of North Carolina, Chapel Hill, North Carolina, United States; [4]Gilead Sciences, Lda. Lisboa, Portugal

Introdução: A adesão à terapêutica antirretrovírica oral diária é importante para manter a supressão de VIH. Os estudos de Bictegravir/Emtricitabina/Tenofovir Alafenamida (B/F/TAF) 1489, 1490, 4458, 1844 e 4030, demonstraram eficácia não-inferior de B/F/TAF versus regimes com Dolutegravir (DTG) + 2 Inibidores nucleosídeos da transcriptase reversa (INTRs).

Objetivos: Avaliar retrospetivamente a adesão à terapêutica e efeito nos resultados virológicos.

Materiais e métodos: Todos os estudos foram realizados em dupla ocultação, controlados por placebo, e incluíram adultos naïve (1489, 1490, 4458) ou virologicamente suprimidos (1844, 4030). Os participantes foram aleatorizados 1:1 para receber B/F/TAF ou DTG + 2 INTRs e placebo; como resultado, todos receberam vários comprimidos. Os participantes com ≥ 1 frasco de comprimidos devolvido e ≥ 1 medição ARN VIH-1 em tratamento foram incluídos na análise. A adesão foi calculada através da contagem de comprimidos; o resultado virológico foi avaliado pelo último ARN VIH-1 durante o tratamento.

Resultados e conclusões: No total, foram incluídos 2,622 participantes (B/F/TAF: 1,306; DTG + 2 INTRs: 1,316). As proporções de participantes com adesão alta (≥ 95%), intermédia (≥ 85%-< 95%) ou baixa (< 85%) foram semelhantes entre os 2 grupos; poucos tiveram baixa adesão (B/F/TAF: 46 [3,5%]; DTG + 2 INTRs: 69 [5,2%] até à semana [S] 48). No geral, 98,5% (n=1,287) no grupo B/F/TAF e 98,2% (n=1,292) no grupo DTG + 2 INTRs apresentaram supressão virológica (ARN VIH-1 < 50 cópias/ml) na última visita durante tratamento até à S48. No grupo B/F/TAF, a supressão virológica foi semelhante nos participantes com adesão alta e intermédia vs. naqueles com baixa adesão; contudo, no grupo DTG + 2 INTRs, a supressão virológica foi significativamente maior nos participantes com adesão alta e intermédia em comparação com os que tinham baixa adesão (P ≤ 0,002; Figura). Foram observados resultados semelhantes à S144 em 2 estudos (1489, 1490) com dados de seguimento adicionais. Nove participantes com baixa adesão tinham ARN VIH-1 ≥ 50 cópias/ml na sua última visita à S48: 3 ressuprimiram (B/F/TAF: 1; DTG + 2 INTRs: 2), 5 descontinuaram (todos DTG + 2 INTRs) e 1 foi perdido no seguimento (B/F/TAF). De um modo geral, a maioria dos participantes que receberam B/F/TAF ou DTG + 2 INTRs, controlados por placebo, demonstraram uma adesão ≥ 85%. Nos participantes com adesão subóptima, o tratamento com B/F/TAF manteve elevados níveis de supressão virológica, enquanto que nos participantes com uma adesão subóptima a DTG + 2 INTRs se verificou uma redução na supressão virológica.

Palavras-chave: Bictegravir; Forgiveness; Adesão

*Maria Pinto da Silva listado como autor para fins de apresentação e com autorização de todos os autores

POVIH 05

TRATAMENTO DE VIH MULTIRRESISTENTE UTILIZANDO UMA COMBINAÇÃO DE LENACAPAVIR E FOSTEMSAVIR

Francisca Bartilotti Matos; Dara Mbanze; Luís Malheiro; Cristóvão Figueiredo; Sofia Nunes; Daniel Coutinho; Carlos Azevedo; Perpétua Gomes; Tiago Teixeira
Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho

Introdução: A resistência à terapêutica antiretrovírica (TARV) é um problema crescente, com alguns países a relatar uma resistência pré-tratamento superior a 10%. Neste contexto, torna-se urgente o desenvolvimento de alternativas terapêuticas, que sejam eficazes e bem toleradas. O fostemsavir e o lenacapavir, aprovados, respetivamente, em 2020 e 2022 são dois novos fármacos com resultados promissores contra o Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH) em ensaios clínicos, quando usados em combinação com outros antiretrovirais eficazes. Apresentamos um caso de VIH multiresistente que está, há um ano, medicado com uma combinação de lenacapavir / fostemsavir.

À data da escrita deste resumo, encontramos apenas um outro caso descrito na literatura da combinação destes fármacos no tratamento do VIH.

Descrição do caso: Mulher com VIH há 25 anos, medicada previamente com vários regimes de TARV que foram sucessivamente alterados devido a múltiplas razões, incluindo baixa adesão ao tratamento e efeitos secundários debilitantes. Com o decorrer dos anos, foi desenvolvendo, progressivamente, resistência a diferentes antiretrovirais. Quando foi decidido iniciar Lenacapavir/Fostemsavir, tinha uma carga viral (CV) de 26900 cópias / mL, CD4 de 252/uL e um teste de resistências com resistência a todos os inibidores nucleosídeos e não nucleosídeos da transcriptase reversa, com exceção da zidovudina, e a todos os inibidores da integrase e da protease, com exceção de sensibilidade intermédia ao darunavir.

Após o início de Lenacapavir / Fostemsavir, a CV de VIH tornou-se indetetável em apenas três meses. No momento da escrita do caso, um ano após o início do tratamento, a doente não reporta efeitos laterais importantes e tem uma adesão de 100% à terapêutica.

Conclusão: Apesar de investigados individualmente em ensaios clínicos extensos, há poucos relatos do uso de lenacapavir em combinação com fostemsavir, já que o acompanhamento e tratamento de doentes com VIH multiresistente requer regimes altamente individualizados. Este é um dos primeiros casos relatados desta combinação utilizada com sucesso, sendo que encontrámos apenas mais um caso relatado na literatura, que se referia a um doente hemodialisado. É importante relatar o uso na vida real de terapêuticas novas, para que possamos diversificar os nossos dados e ganhar confiança no seu uso.

POVIH 06

ESTUDO DA MOBILIDADE ANUAL DOS PARTICIPANTES DA REDE DE RASTREIO ENTRE 2017 E 2022

Inês Viseu; Paula Meireles; Milton Severo
ISPUP

Introdução: A Rede de Rastreio Comunitária, composta por centros de base comunitária, oferece testes rápidos point-of-care para VIH, sífilis e hepatites B e C, promovendo o acesso à prevenção e ligação ao Serviço Nacional de Saúde. Distribuídos principalmente nas grandes cidades de Portugal continental, os centros permitem que os participantes escolham os serviços conforme a sua conveniência. Estudar a mobilidade entre os diferentes serviços é crucial para perceber a distribuição da oferta e ajustar as práticas com base nos padrões de mobilidade.

Objetivos: O objetivo foi identificar e avaliar a mobilidade dos participantes da Rede de Ras-

treio pelos diferentes serviços de rastreio, ao longo dos anos.

Material e métodos: Usamos dados de 23 serviços de rastreio comunitário em Portugal, recolhidos entre 2017 e 2022.

Cada participante recebeu um código único composto pelo sexo à nascença, data de nascimento, a primeira letra do primeiro nome da mãe e a primeira letra do primeiro nome do participante.

A mobilidade anual entre os serviços foi estudada usando o método de record linkage probabilístico, que associou o código único de cada participante entre os diferentes serviços (blocos) e anos. Construiu-se uma rede social (mobilidade) por ano e foram avaliados o grau (degree) de cada vértice (número de conexões entre cada serviço de rastreio), a centralidade de intermediação (betweenness) (quantas conexões da rede passam por um determinado serviço de rastreio), a densidade das conexões das redes e o número de sub-gráficos completos (cliques) e clusters.

Resultados e conclusões: Os resultados mostram um aumento na densidade das conexões das redes entre os serviços de rastreio ao longo dos anos (0.02 em 2017 e 0.09 em 2022), refletindo uma maior mobilidade dos participantes entre 2017 e 2019, interrompida pela pandemia em 2020 e retomada em 2021.

Foram identificados cluster regionais de mobilidade, especialmente no Algarve e em Lisboa. Foram identificados 8 serviços de rastreio mais centralizados, com valores de degree que variaram entre 6 e 10 conexões entre si, especialmente em 2022. Cinco serviços de rastreio apresentaram valores de betweenness superiores a 6 nos anos de 2019, 2021 e 2022.

A elevada mobilidade entre os centros de rastreio, particularmente, nas zonas com maior concentração desses serviços, evidencia que os participantes aproveitam a diversidade de opções de resposta, destacando a importância de estratégias comuns e comunicação entre os diferentes serviços.

POVIH 07

ESTIGMA NOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM ÁS PESSOAS QUE VIVEM COM VIH

Sandra Tejo; Cristiana Gomes
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra

Resumo: O estigma e a discriminação relacionados com o VIH continuam a impedir as pessoas de aceder precocemente aos cuidados de saúde. Os profissionais de saúde, no seu quotidiano, estão constantemente expostos a eventos causadores de vulnerabilidades como a ansiedade, o medo, a tensão, o stress, entre tantos outros. É crucial, por isso, que os enfermeiros que prestam cuidados diariamente a pessoas que vivem com VIH (PVVIH) compreendam a extensão e as dimensões do estigma, não só em termos da melhoria da relação terapêutica e dos cuidados prestados, mas também em termos da saúde mental e bem-estar destes doentes e deles próprios.

Objetivos: 1) Aprofundar conhecimentos sobre o estigma, a ansiedade e medo dos enfermeiros; 2) Estudar o estigma dos enfermeiros que prestam cuidados a PVVIH; e 3) Analisar a influência do estigma na ansiedade e no medo dos enfermeiros na prestação de cuidados às PVVIH.

Metodologia: Neste estudo participaram 233 enfermeiros que prestam cuidados diários a PVVIH. A avaliação do estigma nesta população tornou necessária a realização de um estudo metodológico de tradução e adaptação transcultural do instrumento de avaliação HPASS para português europeu. Foi realizada análise fatorial para verificar a validade do instrumento e, para verificar a sua fidelidade, foi realizada a análise de consistência interna. Posteriormente foi realizado um estudo quantitativo, descritivo correlacional para determinar a influência do estigma na ansieda-

de e no medo dos enfermeiros que prestam diariamente cuidados a PVVIH. Na análise inferencial optámos pelo Teste t Student para grupos independentes e a análise de variância ANOVA para comparar três ou mais grupos independentes.

Resultados: O instrumento final que designámos como EscAvE-HIV (Escala de Avaliação de Estigma para com PVVIH) é composto por três subescalas, 'Estereótipo', 'Preconceito' e 'Discriminação', que apresentam índices de fiabilidade aceitáveis, e uma estrutura fatorial que é consistente com os pressupostos teóricos do estigma descritos na literatura. Nos resultados obtidos não existe correlação estatisticamente significativa entre o nível de ansiedade e o nível de medo ($r = 0,785$ e $p = 0,000$), nem entre a média do score do estigma e nível de ansiedade ($r = 0,163$ e $p = 0,275$), nem entre a média do score do estigma e nível de medo ($r = 0,082$ e $p = 0,607$).

Conclusões: Os achados mais relevantes do estudo são: I) Apesar de prevalecerem nos enfermeiros que prestam cuidados diários às PVVIH os estereótipos e preconceitos, estes não se manifestam através de comportamentos e atitudes discriminatórias nos cuidados prestados; II) A ansiedade e o medo estão intimamente relacionados, mas não são influenciados pelo estigma na prestação diária de cuidados a PVVIH. Verificámos que a versão portuguesa da HPASS, denominada de EscAvE- HIV, demonstra ser um instrumento útil para avaliar o estigma dos enfermeiros que prestem cuidados diários a PVVIH.

POVIH 08

UM CASO DE INFEÇÃO PARASITÁRIA TRIPLA NUM DOENTE COM INFEÇÃO POR VIH

Tiago Neves; Mariana Lopes; Helena Alves; Cristina Valente

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

Introdução: O maior fluxo migratório para a Europa aumentou o contacto com doenças tropicais. No caso das infeções parasitárias, estas podem encontrar-se em fase latente ou cursar com sintomas ligeiros; no entanto em doentes com infeção por VIH, está descrita uma maior prevalência de infeções parasitárias, com sintomatologia por vezes exuberante ou atípica. Descreve-se o caso de um doente com coinfeção por VIH-1/VHB e infeções parasitárias, diagnosticadas no contexto do estudo de eosinofilia.

Descrição do caso: Homem de 26 anos, guineense, a residir em Portugal há um ano, sem antecedentes patológicos relevantes, recorre ao serviço de urgência (SU) por dor torácica sem irradiação, que agravava com os esforços, febre episódica, mialgias e tosse seca. No estudo complementar analítico, radiográfico e eletrocardiográfico, destacava-se apenas eosinofilia marcada (3.01x109/L). Foi referenciado para a consulta de Imunoalergologia, onde iniciou estudo específico que incluiu serologias víricas, tendo sido diagnosticada coinfeção por VIH/VHB. Desta forma, foi solicitada consulta de Imunodeficiência. Na anamnese, referia episódios de dor torácica com carácter intermitente nos últimos 2 anos, de predomínio noturno associada a tosse seca matinal. Analiticamente, apresentava um valor de linfócitos T CD4+ de 514 células/mm3 (38%), ARN VIH-1 de 58400 cópias/mL e ADN VHB de 496 UI/mL, pelo que iniciou terapêutica antirretrovírica (TARV) com Tenofovir/Emtricitabina e Dolutegravir. No seguimento do estudo, realizou serologias para

parasitas endémicos da região da África Ocidental e exames parasitológicos de fezes. Foram detetados ovos de Ancylostoma spp nos exames parasitológicos das fezes, anticorpos IgG para Strongyloides stercoralis e anticorpos para Entamoeba histolytica. Perante estes resultados, procedeu-se ao tratamento com albendazol, ivermectina e paramomicina, respetivamente, com resolução da clínica inicial e da eosinofilia.

Conclusão: Este caso evidencia a complexidade da abordagem de doentes com diagnóstico inaugural de infeção por VIH com história migratória, salientando a importância de alargar o estudo analítico, incluindo a pesquisa de parasitas. As hipóteses de Síndrome de Löffler e Síndrome Hipereosinofílico devem ser equacionadas num doente com infeção por VIH e sintomas respiratórios, cujo diagnóstico diferencial é, já por si vasto. A imunossupressão associada a esta infeção potencia a gravidade e duração destas síndromes. Nestes casos, o início atempado da TARV e o tratamento dirigido às infeções parasitárias são cruciais.

POVIH 09

DOENÇA(S) DISSEMINADA(S)

Isabel V. Rodrigues; André Luís Patraquim; Diana Briosa Reis; Claudia Gaspar; Teresa Castro Pires; Ana Pimenta de Castro; Catarina H. Mendonça
Centro Hospitalar do Algarve, EPE / Hospital de Faro

Introdução: Com o desenvolvimento da terapêutica antirretroviral e a sua disponibilização as infeções oportunisticas, entre as quais critococose e a aspergilose, são cada vez menos comuns, no entanto em doentes imunocomprometidos as suas manifestações podem ser múltiplas.

Caso clínico: Homem, 50 anos, antecedentes de infecção pelo Vírus de Imunodeficiência Humano (VIH) 1 estadio Síndrome de Imonudeficência Adquirida (SIDA) com parca adesão terapêutica e múltiplos internamentos por infeções oportunisticas (Toxoplasmose cerebral; Meningite a Cryptococcus; Pneumocistose), Hepatite C crónica não tratada, nódulo supra-renal direito com características de malignidade, insuficiência adrenal e diarreia crónica. Medicado com Bictegravir/Emtricitabina/Tenofovir Alafenamida, Lederfoline, Cotrimoxazol, Dexametasona. Recorreu ao serviço de urgência por febre e tosse produtiva sem tradução radiológica. Foi internado sob antibioterapia empírica com Ceftriaxone e Azitromicina. Analiticamente: subpopulações linfocitárias CD4+ 9 células, carga viral VIH indetetável. Realizou tomografia computadorizada (TAC) toraco-abdomino-pelvica com abcesso na supra-renal direita com fístula para o duodeno e ângulo hepático do cólon, e nódulos nos lobos pulmonares médio e direito sugestivos de êmbolos séticos. Iniciou Metronizadol. No rastreio sético foi isolado Antigénio (Ag.) Cryptococcus no soro. Presumiu-se criptococoma adrenal e criptococose pulmonar e iniciou terapêutica de indução com Anfotericina B lipossómica 4 mg/kg/dia e Flucitosina 100 mg/kg/dia endovenosas. Fez TAC Craioencefálica sem alteraçõese punção lombar com isolamento de Ag. Cryptococcus no líquido cefalorraquidiano. Realizou broncofibroscopia com isolamento de Pseudomonas aeruginosa multirresistente e Klebiella pneumoniae produtora de ESBL no lavado bronco-alveolar (LBA). Iniciou antibioterapia dirigida com meropenem. Por agravamento clinico realizou TAC Torácica com áreas de consolidação de novo , aumento dimensional das lesões cavitadas do lobo médio e lobo inferior direito, confluentes, sugestivas de progressão da doença pulmonar, sendo a hipótese de embolização séptica pouco provável pelo predomínio unilateral das alterações. Evoluiu para choque séptico com disfunção mutiorgânica e foi transferido para a unidade de cuidados intensivos onde

faleceu após 24h. Posteriormente, recebemos resultados do LBA com presença de Ag. galactomano de Aspergillus, micobactérias negativas e histoplasma negativo.

Conclusão: Inicialmente dado os resultados disponíveis presumiu-se Criptococose disseminada (adrenal, pulmonar e meníngea), no entanto, apos o isolamento do Ag. Aspergullus no LBA não se pode excluir doença disseminada por ambos os agentes. Apesar da terapêutica antibiótica e antifúngica dirigidas, terapeutica anti-retroviral e carga viral indetetável, a evolução foi inevitável.

POVIH 10

PRO-QOL: CONSTRUÇÃO DE UM MANUAL DE IMPLEMENTAÇÃO DE PRO NOS CUIDADOS DE SAÚDE DAS PVVIH

Ana Rita Silva[1]; António Antunes[1]; Mónica Carvalho[1]; Rita Tinoco[1]; Ricardo Racha-Pacheco[2]
[1]ViiV Healthcare; [2]Q2Science

Introdução: A infeção por VIH está a tornar-se uma doença crónica não fatal. À medida que as pessoas que vivem com VIH (PVVIH) envelhecem, apresentam novos desafios multidimensionais, incluindo comorbidades, problemas de saúde mental e baixa qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS). As medidas de resultados relatados pelo paciente (PRO) são ferramentas importantes para progredir ainda mais no cuidado centrado na pessoa PVVIH de uma maneira mais holística e personalizada, avaliando diretamente as necessidades e prioridades dos pacientes. A implementação do PRO melhora o atendimento ao paciente, facilita a tomada de decisão compartilhada entre PVVIH e profissionais de saúde (PS) e pode informar as políticas de saúde. No entanto, a recolha do PROm ainda não é uma prática comum nos cuidados de saúde portugueses para o VIH.

Objetivos: O projeto PRO-QoL teve como objetivo construir um manual para orientar e facilitar a implementação de medidas PRO nos cuidados de saúde portugueses para o VIH e informar tanto a futura avaliação das tecnologias de saúde (ATS) como os procedimentos de elaboração de políticas.

Materiais e métodos: O manual PRO-QoL derivou dos contributos de um grupo de trabalho multissetorial especificamente montado para este projeto, cujos participantes abrangeram quatro setores complementares, posteriormente organizados em grupos de trabalho: ATS, HCP, decisores políticos e PVVIH. Os seus contributos foram captados através de sessões plenárias e acompanhamento digital de cada grupo de trabalho, definindo, em última análise, a organização global e a adequação da estrutura do manual.

Resultados e conclusões: Os participantes enfatizaram a necessidade de recomendações claras e baseadas em evidências, com linguagem concisa e objetiva emparelhada com design gráfico robusto. Estes requisitos sublinhados foram alcançados através da implementação de layouts e elementos infográficos adequados, tais como fluxogramas e listas de verificação. Com base nos contributos recolhidos, o manual PRO-QoL fornece uma visão diferenciada sobre a implementação do PRO, abordando questões específicas do grupo e fornecendo um quadro PRO intergrupo abrangente.

O manual PRO-QoL focou medidas PRO validadas para a população portuguesa. Considerando contextos heterogéneos na prestação de cuidados de saúde ao VIH a nível nacional, o seu desenvolvimento teve também em conta possíveis adaptações a diversos fluxos de trabalho, culturas e necessidades locais, permitindo personalizar os processos de implementação do PRO.

Globalmente, o projeto PRO-QoL produziu um guia operacional sem precedentes no contexto português, que poderá orientar a implementação do PRO nos cuidados de saúde para o VIH, ao mesmo tempo que informa

os procedimentos de ATS e de elaboração de políticas.

POVIH 11

AVALIAÇÃO DE UM PAINEL PARA O DIAGNÓSTICO LABORATORIAL DE ÚLCERAS GENITAIS

Luís Enrique Santos; Lurdes Lopes; Olga Costa; Lídia Santos; Patrícia Miguel; Paula Baranito; Paula Branquinho; Sara Gomes; Teresa Ferreira; Madalena Santos; Rita Côrte-Real; Vitória Matos; Cândida Fernandes; Carlos Flores
Hospital de São José

Introdução: As infeções sexualmente transmissíveis (IST) constituem um problema grave de saúde pública. O diagnóstico clínico destas patologias é, muitas vezes, difícil, dado que se manifestam sob diversas formas de apresentação clínica ou podem ser assintomáticas. Deste modo, o diagnóstico laboratorial revela-se importante para o tratamento precoce e adequado dos doentes e na consequente quebra das cadeias de transmissão.
Objetivos: Avaliar a prevalência das IST identificadas no painel para o diagnóstico laboratorial de úlceras genitais, implementado no nosso Serviço, em 2024.
Material e métodos: Foi utilizado um teste qualitativo multiplex – PCR (reação da polimerase em cadeia) em tempo real para a deteção simultânea de: vírus Herpes simplex do tipo 1 (HSV-1) e tipo 2 (HSV-2); Haemophilus ducreyi (HD); Citomegalovirus (CMV); Lymphogranuloma venereum (LGV, Chlamydia trachomatis Serovar L); Treponema pallidum (TP); e vírus Varicella-zoster (VZV), a partir de amostras de exsudados da úlcera e anoretais. Os dados obtidos referem-se ao período compreendido entre janeiro e agosto de 2024.
Resultados e conclusões: Foram estudados 190 doentes, 170 (89,6%) do sexo masculino, média de idades de 34 anos (15-84 anos). Obtiveram-se os seguintes resultados: 42 doentes foram positivos para TP (22,1%); 38 (20%) para HSV-2; 17 (8,9%) para LGV; 10 (5,3%) para HSV-1; 1 (0,5%) para VZV e 1 (0,5%) para CMV. Não foram detetados casos de HD. Verificou-se a existência de co-deteção em 4 (2,1%) doentes: um HSV-1 e HSV-2; um HSV-1 e TP; um HSV-2 e TP; o único doente com CMV apresentava positividade para LGV. Identificámos 16 doentes com resultado detetado para TP (4 com anticorpos positivos para VIH), que apresentavam testes serológicos (RPR e TPHA) negativos, todos com aparecimento de úlcera na região anogenital, há cerca de 1 a 2 semanas antes da realização do teste de PCR. Os dados mostram a importância dos testes moleculares no diagnóstico precoce da sífilis. No nosso estudo, verificou-se um elevado número de doentes com sífilis, em linha com o aumento de cerca de 5 vezes de casos notificados, entre 2018 e 2022, em Portugal. Este painel permite o diagnóstico rápido de LGV, cujos casos notificados no nosso país subiram cerca de 50%, entre 2018 e 2022, como refere também o último relatório do ECDC. A deteção simultânea de vários microrganismos responsáveis por IST contribui para o diagnóstico diferencial e uma decisão terapêutica mais rápida e adequada, com menores custos.

POVIH 12

EPIDEMIOLOGIA DAS INFEÇÕES DA CORRENTE SANGUÍNEA

Martinha Silva; Luísa Graça; Isabel Veloso; Ana Silva; Ana Cláudia Carvalho; Joana Alves
Hospital de Braga

Introdução e objetivo: Ao contrário do que acontece para as infeções da corrente sanguínea (ICS) nosocomiais, que são alvo de programas de vigilância, os dados de frequência das infeções da comunidade são escassos. Pelo exposto, emerge a necessidade de monitorizar a incidência de todas as ICS, assim como os microrganismos envolvidos.
Material e métodos: Através do Programa

de Bacteriémias implementado num hospital terciário, identificaram-se todas as hemoculturas positivas colhidas no ano de 2023, excluindo-se as contaminações através de avaliação clínica. Define-se como ICS nosocomial a infeção com início dos sintomas 48h após a admissão hospitalar ou associadas a um procedimento recente e, as restantes, da comunidade (Laupland & Church, 2024).

Resultados: Foram analisadas 556 ICS, 296 da comunidade e 260 nosocomiais, o que se traduz numa densidade de incidência de 2,16; 1,16 e 1,01 infeções por 1000 doentes-dia, respetivamente; e uma taxa de incidência de 202,35/100.000 pessoas-ano. Globalmente (Gráfico 1), a E. coli (23%) foi o principal microrganismo, seguido de K. pneumoniae (20%) e S. aureus (13%), variando a frequência relativa de cada um destes microrganismos conforme infeção da comunidade ou nosocomial. Salienta-se uma elevada percentagem de infeções por Klebsiella pneumoniae (14%) na comunidade, assim como de infeções por Streptococcus do grupo viridans e gallollyticus (6%).

Discussão: As taxas de incidência de ICS total e nosocomial são superiores ao descrito na maioria dos estudos, o que se poderá enquadrar na tendência global, por maior fragilidade da população e melhor diagnóstico com a implementação de um Programa de Bacteriémias.

Conclusão: Uma avaliação local mais profunda, quanto aos focos de infeção e associação aos cuidados de saúde, assim como geograficamente mais alargada e duradoura, são necessárias para planear intervenções preventivas e antecipar respostas dos sistemas de saúde.

Palavras-chave: Infeção da corrente sanguínea, ICS da comunidade, ICS nosocomial

POVIH 13

CARACTERIZAÇÃO DOS ENFERMEIROS VIH EM REDE NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS À PESSOA QUE VIVE COM VIH

Catarina Esteves Santos[1]; Filipa Gramacho[2]; Raquel Couto[3]; Maria José Santos[4]; André Monteiro[5]; Flávia Silva[6]; Lino André Silva[7]

[1]Hospital de Cascais; [2]Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria; [3]Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho; [4]ARS Norte; [5]Hospital Beatriz Ângelo; [6]Hospital de Braga; [7]Centro Hospitalar do Porto, EPE / Hospital Geral de Santo António

introdução: O acompanhamento de pessoas que vivem com VIH (PVVIH) exige uma abordagem multidisciplinar e integrada, onde os enfermeiros desempenham um papel essencial na continuidade dos cuidados e promoção da saúde. A iniciativa "Enfermeiros VIH em Rede" criou uma plataforma inovadora que permite unir em rede os enfermeiros dedicados a esta área de intervenção a nível nacional e caracterizar estes profissionais.

Objetivos: Descrever o perfil dos enfermeiros dedicados à prestação directa de cuidados à PVVIH a nível nacional.

Material e métodos: No ano de 2023 foi elaborado um formulário e distribuído aos enfermeiros que prestam cuidados de enfermagem à PVVIH. Foram recolhidos e analisados dados que permitiram a caracterização demográfica e profissional dos enfermeiros assim como as suas especialidades e contextos de trabalho.

Resultados: Os dados relativos aos 149 formulários recebidos revelam que a maioria dos profissionais são género feminino (85.2%), 39% na faixa etária entre os 40 e 49 anos. Relativamente ao tempo de exercício profissional 63% exerce funções há mais de 16 anos, e destes 26,8% exclusivamente na área do VIH. Distribuição por categoria profissional: 66% Generalista, 27% Especialista (abrange 6 áreas de especialização) e 7.4 % são Enfermeiro Gestor. O contexto hospitalar é o mais

frequente (91.3%), destes 64.4% em regime de ambulatório.

Conclusões: A maioria dos enfermeiros da iniciativa "Enfermeiros VIH em Rede" é composta por generalista, com idade superior a 40 anos, do género feminino, com significativa experiência profissional, o que fortalece a capacidade de intervenção no suporte a PVVIH. A maioria trabalha em contexto hospitalar, em regime de ambulatório, o que reforça a importância deste contexto na prestação de cuidados à PVVIH. Estes dados sublinham a relevância de investir na formação contínua e no fortalecimento da rede de enfermagem dedicada ao VIH, visando melhorar a qualidade dos cuidados prestados e a eficácia das intervenções a nível nacional. Esta rede de enfermeiros representa uma base estratégica essencial para a implementação de um modelo de cuidados mais integrado e coordenado, cujo sucesso sugere a sua expansão a nível nacional, com potencial para melhorar significativamente a gestão e humanização dos cuidados prestados às PVVIH em Portugal.

Palavras-chave: VIH, enfermeiros, rede, cuidados integrados

POVIH 14

INFEÇÕES OPORTUNISTAS DECORRENTES DO DIAGNÓSTICO TARDIO DE INFEÇÃO VIH

Andreia Paulos; , Pedro Vasques; Maria Lima; Isabel Casella; Evelise Ramos; Catarina Gonçalves; Nuno Luís

Centro Hospitalar de Setúbal, EPE / Hospital de São Bernardo

Introdução: Nos doentes com diagnóstico tardio de infeção pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH) a prevalência de infeções oportunistas (IO) é muito elevada representando um grave problema de saúde pela sua morbilidade e mortalidade.

Apresentamos o caso clínico de uma doente recém diagnosticada com infeção VIH 1 e múltiplas IO, nomeadamente pneumocistose pulmonar, doença por citomegalovírus (CMV) disseminada com envolvimento pulmonar e tuberculose pulmonar.

Descrição do caso: Apresentamos o caso de uma mulher de 40 anos, natural da Guiné Bissau, em Portugal desde Janeiro de 2024. Diagnóstico de infeção VIH 1 (LTCD4+ 26 cel/mL) em serologia de urgência durante o trabalho de parto, tendo iniciado terapêutica antirretroviral (TAR) com TAF/FTC/BIC. Ao 4º dia de puerpério iniciou quadro de dispneia que evoluiu para falência respiratória com necessidade de admissão em Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) e ventilação mecânica invasiva (VMI). A radiografia e tomografia computorizada (TC) do tórax evidenciaram infiltrado intersticial difuso bilateral, compatível com pneumocistose, pelo que foi iniciada terapêutica com cotrimoxazol, de acordo com o preconizado. Em estudo analítico obteve-se PCR positiva para CMV no soro, carga viral de 42796 cópias/mL, iniciando terapêutica com ganciclovir. Por agravamento do quadro com insuficiência respiratória refratária à VMI iniciou suporte de oxigenação por membrana extracorporal (ECMO). Em novo rastreio sético foram identificados BAAR no lavado broncoalveolar (LBA), pelo que se admitiu tuberculose pulmonar, tendo iniciado terapêutica antibacilar. Foi também identificado no LBA antigénio Pneumocystis jirovecci.

Após 45 dias em ECMO foi possível suspender a técnica e posteriormente extubar a doente, que se encontrava bastante lentificada e miopática face ao internamento prolongado em UCI.

Após reabilitação física e respiratória intensas assistimos a uma boa recuperação física, no entanto, mantendo insuficiência respiratória global em virtude das alterações pulmonares estruturais sequelares major e hipertensão pulmonar (que desconhecemos se prévia ou secundária a todo o quadro).

Conclusão: O caso clínico apresentado pretende ilustrar a complexidade do diagnóstico

de IO simultâneas em doentes com imunossupressão grave. Pretendemos também realçar a importância do diagnóstico precoce de VIH de forma a evitar a redução da sobrevida da pessoa infetada, maior suscetibilidade às IO e maior risco de transmissão da infeção.

Palavras-chave: Infecão VIH 1; Infeções oportunistas, Pneumonia por Pneumocystis jirovecci; Citomegalovírus; Tuberculose pulmonar

VIH PO 15

LEUCOENCEFALOPATIA MULTIFOCAL PROGRESSIVA COMO MANIFESTAÇÃO INICIAL DE DIAGNÓSTICO INAUGURAL DE HIV

Rodrigo de Almeida Mota; Beatriz Simão-Parreira; Rafael Figueiredo; Leila Cardoso; Jorge Almeida
ULS São João

Palavras chave: VIH, Leucoencefalopatia Multifocal Progressiva, Imunossupressão

Introdução: A leucoencefalopatia multifocal progressiva (LMP) é uma patologia rara e agressiva que envolve o sistema nervoso central, caracterizada pela desmielinização de áreas focais do cérebro, resultando em disfunção neurológica grave, sendo fatal em perto de 100% dos casos, a 1 ano. É causada pela reativação do vírus John Cunningham (JC), que pode surgir em situações de imunossupressão severa, como é o caso de pessoas infetadas pelo VIH, com contagens de células CD4+ baixas.

Caso clínico: Homem, 59 anos, múltiplos fatores de risco cardiovascular. Parceira única, sem história de infeções sexualmente transmissíveis (ISTs). Admitido no Serviço de Urgência por diminuição da força e hipoestesia no membro inferior esquerdo, associado a incapacidade de marcha sem apoio, com evolução de duas semanas. Apresentava ainda candidíase extensa na cavidade oral. A tomografia computadorizada craniana revelou uma hipodensidade subcortical no giro pré-central direito, interpretada como uma lesão vascular isquémica recente. Como parte do estudo etiológico foi requisitada pesquisa de ISTs, tendo esta sido positiva para VIH-1. Pela apresentação clínica menos típica, e face a este diagnóstico, foi realizada uma ressonância magnética nuclear (RMN), para melhor caracterização, que evidenciou lesões edematosas em ambos os hemisférios, localizadas nas regiões córtico-subcorticais, em diferentes fases de evolução, compatíveis com LMP. Do estudo realizado, apresentou uma contagem de CD4 de 61 células/mm^3, carga viral de 663.000 cópias/ml, sem resistências detectadas. Realizou-se punção lombar, com PCR positiva para vírus JC, tendo iniciado ao décimo dia de internamento tenofovir/emtricitabina e dolutegravir. Apesar das medidas instituídas, o doente evoluiu desfavoravelmente, com agravamento progressivo dos défices motores, flutuação do estado de consciência e desvio conjugado do olhar. A reavaliação imagiológica por RMN confirmou aumento do número e dimensão das lesões bilateralmente e do edema associado, mostrando sinais de síndrome inflamatório de reconstituição imune (SIRI). Foi então instituída corticoterapia, inicialmente com pulsos de metilprednisolona, seguidos de prednisolona oral, sem sucesso. Considerando a evolução clínica desfavorável, após discussão multidisciplinar, decidiu-se privilegiar os cuidados de conforto ao doente, que veio posteriormente a falecer ao 72º dia de internamento.

Conclusão: Este caso ilustra a importância da detecção precoce da infeção pelo VIH e da instituição de terapêutica adequada, antes que ocorra imunossupressão grave. O diagnóstico de LMP em fases avançadas da infeção pelo VIH continua a ser um marco de elevada morbilidade e mortalidade, com opções terapêuticas limitadas e resultados geralmente insatisfatórios.

VIH PO 16

LATE PRESENTERS – CASUÍSTICA DE UM HOSPITAL TERCIÁRIO

Mónica Eusébio; Mariana Azevedo; Carolina V. Monteiro; Estela Carvalho de Sousa; Lúcia Ribeiro Dias; Carmela Piñeiro; Rosário Serrão; Lurdes Santos
Centro Hospitalar de S. João, EPE

Introdução: O diagnóstico tardio de infeção pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH) está associado a pior outcome, maior risco de transmissão e elevados custos em saúde. O consenso do European Center for Disease Prevention and Control e da Organização Mundial de Saúde de 2010, atualizado em 2022, define late presenters (LP) como pessoas que vivem com VIH que ao diagnóstico se apresentaram com doença definidora de síndrome de imunodeficiência adquirida (SIDA) ou contagem de linfócitos TCD4 (CD4) <350 células/mm3, sem evidência clínico-laboratorial de infeção recente e sem teste negativo nos 12 meses prévios.

Objetivos: Descrever a casuística de LP observados num hospital terciário.

Material e métodos: Analisaram-se retrospetivamente LP com primeira consulta de Doenças Infeciosas num hospital terciário de 2018 a 2023. Foram recolhidos dados demográficos, circunstâncias do diagnóstico, carga vírica, contagem de CD4 e presença de doenças definidoras de SIDA.

Resultados e conclusões: Dos 193 LP incluídos, 81% eram homens cisgénero, 71% portugueses, a mediana de idades 43 anos e risco de transmissão heterossexual de 45%. Os Cuidados de Saúde Primários (CSP) foram o principal meio de referenciação (26%), seguido do Internamento de Doenças Infeciosas (23%) e de outras consultas hospitalares (18%). Salienta-se que 64% dos diagnósticos ocorreram em contexto de rastreio e destes 47% eram assintomáticos. 2022 foi o ano com maior número de primeiras consultas (41). Nesta amostra, a contagem média de CD4 ao diagnóstico era de 142 células/mm3 (mínimo 2 e máximo 384 células/mm3) e 71% dos LP tiveram apresentação em estadio SIDA, sendo a pneumocistose a doença definidora de SIDA mais frequente (24). De salientar que 3 LP tinham infeção por VIH-2 e houve 4 mortes no primeiro ano após o diagnóstico. Dos esquemas de terapêutica antirretroviral mais iniciados, 61% foi esquema triplo que incluia dolutegravir. Verificou-se supressão virológica aos 6 meses em 67% e aos 12 meses em 80%. Houve subida da contagem média de CD4 aos 6 e 12 meses (313 e 368 células/mm3). Do estudado, salienta-se a heterogeneidade dos LP, sendo a maioria diagnosticada em contexto de rastreio, muitas vezes assintomático, em oposição a 1/3 dos doentes internados. Assim, a importância do investimento na formação dos profissionais de saúde, a disponibilização de meios de rastreio mais acessíveis e a consciencialização da população, são indispensáveis para o diagnóstico da infeção VIH mais precoce.

Palavras-chave: VIH; late presenters; rastreio

POVIH 17

MUDANÇA PARA B/F/TAF EM ADULTOS COM VIH COM SINTOMAS NEUROPSIQUIÁTRICOS NA COORTE BICSTAR

Stefan Esser[1]; Benoit Trottier[2]; Andrea Antinori[3]; Elinav Hila[4]; Antonio Antela[5]; Elif Tükenmez Tigen[6]; Marta Boffito[7]; John S. Lambert[8]; Berend J. Van Welzen[9]; Frank Mack[10]; Sandra Schreiber[10]; Tali Cassidy[11]; Rebecca Harrison[11]; Mariana Terra[12]; Taban Saifi[13]; Michael Sabranski[14]; Matteo Vassallo[15]

[1]University Hospital Essen, Essen; [2]Clinique Médicale Urbaine du Quartier Latin, Montréal, QC; [3]National Institute for Infectious Diseases, Lazzaro Spallanzani IRCCS, Rome; [4]Hadassah University Medical Center, Jerusalem; [5]Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela, Universidad de Santiago de Compostela, Madrid; [6]Marmara University Pendik Training and Research Hospital, Istanbul; [7]Chelsea and Westminster Hospital NHS Foundation Trust, London; [8]Mater Misericordiae University Hospital, University College Dublin, Dublin; [9]University Medical Centre Utrecht, Utrecht; [10]Gilead Sciences GmbH, Bayern Munich; [11]Gilead Sciences Europe Ltd, Stockley Park, Uxbridge; [12]Gilead Sciences, Lda.; [13]Gilead Sciences, Toronto; [14]ICH Study Center, Hamburg; [15]Cannes General Hospital, Cannes; CRCSEP Neurologie Pasteur 2, CHU de Nice, Université Cote d'Azur, UMR2CA (URRIS), Nice

Introdução: As perturbações neuropsiquiátricas são comuns nas pessoas que vivem com VIH (PVIH). Os dados sobre a utilização de inibidores da integrase em pessoas com perturbações neuropsiquiátricas são limitados.

Objetivo: Descrever os resultados nas PVIH com experiência prévia de tratamento (TE) com sintomas de depressão, ansiedade ou insónia (DAI) na baseline (BL) que mudaram para B/F/TAF na coorte observacional de vida real BICSTaR.

Materiais e métodos: Foram incluídos dados de PVIH com DAI (de acordo com a(s) comedicação[ções] na BL; BL-DAI) da coorte BICSTaR (Europa/Canadá/Israel). Os resultados aos 24 meses (M) incluíram: efetividade virológica (ARN VIH-1 <50 cópias/ml; em falta=excluídos); início/alteração/interrupção da(s) comedicação(ões) para DAI; acontecimentos adversos relacionados com a terapêutica e com DAI (DAI DRAEs) (de acordo com a classificação MedDRA); resultados relatados pelos doentes (sintomas, qualidade de vida [QdV], satisfação com o tratamento).

Resultados: De 822 PVIH com dados aos 24M, esta análise incluiu 123 (15%) que apresentavam DAI na BL. 85% eram do sexo masculino; 85% eram caucasianos; a idade mediana era de 52 anos. Aos 24M, 120 (98%) participantes com DAI na BL continuavam a tomar ≥1 medicação BL-DAI. Novos fármacos para DAI (para além dos BL-DAI) foram iniciados em 16 participantes (13%). 8 (7%) mudaram a sua medicação para DAI. 3 (2%) interromperam toda a terapêutica para DAI. A efetividade virológica manteve-se elevada até aos 24M. Ocorreram AA relacionados com DAI em 26 (21%) participantes, dos quais 19 (73%) tiveram apenas AAs que não foram considerados relacionados com a terapêutica. 7 (6%) participantes tiveram DAI DRAEs; estes AAs resolveram-se em 5 participantes (em 2 participantes, resolveram-se com mudança de terapêutica antirretrovírica [TARV]). 4 (3%) participantes tiveram DAI DRAEs que levaram à descontinuação de B/F/TAF (mudaram para outra TARV). Não se registaram DAI DRAEs graves. Não se registou qualquer agravamento auto-relatado dos três sintomas associados a DAI ao longo do tratamento com B/F/TAF, ou na QdV física/mental. A satisfação com o tratamento aumentou ao longo dos 24M (sem análise estatística).

Conclusão: Nesta coorte de PVIH com DAI na BL, que mudaram para B/F/TAF, a efetividade virológica permaneceu elevada ao longo dos 24M, com poucas descontinuações devido a AAs relacionados com DAI. A saúde mental auto-relatada permaneceu estável. Estes dados de vida real apoiam a utilização de B/F/TAF nesta população.

* Mariana Terra listada como autor para fins de apresentação apenas com a autorização de todos os autores

POVIH 18

DADOS DE VIDA REAL DE DTG+3TC EM PVVIH: REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA E META-ANÁLISE

Mónica Carvalho[1]; Jeremy Fraysse[1]; Julie Priest[1]; Matthew Turner[2]; Steffan Hill[2]; Bryn Jones[1]; Gustavo Verdier[1]; Emilio Letang[1]
[1]ViiV Healthcare; [2]HEOR Ltd

Introdução: Ensaios clínicos demonstraram que dolutegravir (DTG) + lamivudina (3TC) é um regime eficaz, bem tolerado e duradouro para pessoas com VIH naïve ou com experiência terapêutica prévia.

Objetivos: Esta revisão sistemática da literatura (SLR) e meta-análise de dados de vida real avaliou a eficácia, durabilidade e tolerabilidade de DTG+3TC em diversas populações em contexto de vida real.

Material e métodos: Uma SLR conduzida no PubMed, Embase e 24 conferências regionais e internacionais (janeiro 2013 a março 2023) identificou estudos com DTG+3TC. Os dados foram agrupados e as proporções estimadas de participantes que alcançaram supressão virológica (SV), que apresentaram falência virológica (FV) e que descontinuaram o tratamento nas semanas 48 ou 96 foram avaliadas. A heterogeneidade foi avaliada através de estatísticas I2 e o viés de publicação foi avaliado utilizando funnel plots e testes de Egger.

Resultados e conclusões: Foram identificadas 187 publicações com resultados de 146 estudos em 67 coortes (N=36313 pessoas únicas). Trinta estudos que reportaram consistentemente resultados de interesse em timepoints comparáveis (N=7688; naïve para o tratamento: 1062; experiência terapêutica prévia: 6626) foram incluídos na meta-análise. Entre pessoas naïve, foram alcançadas proporções elevadas de SV nas semanas 48 (0,975; IC 95% :0,949-0,993) e 96 (0,890; IC:0,654-1,000) e baixas taxas de FV nas semanas 48 (0,000; IC:0,000-0,003) e 96 (0,020; IC:0,000-0,114). As descontinuações por qualquer razão foram reduzidas nas semanas 48 (0,072; IC:0,031-0,124) e 96 (0,144; IC:0,099-0,196). Para pessoas com experiência terapêutica, foram alcançadas proporções elevadas de SV na semana 48 (0,963; IC:0,941-0,981) e 96 (0,977; IC:0,955-0,992). As taxas de FV foram reduzidas nas semanas 48 (0,007; IC:0,003-0,013) e 96 (0,015; IC:0,005-0,029). As descontinuações por qualquer razão foram reduzidas nas semanas 48 (0,070; IC:0,048-0,095) e 96 (0,123; IC:0,080-0,174). De 1062 indivíduos naïve em tratamento, nenhum apresentou resistência emergente do tratamento na FV. Em 6626 indivíduos com experiência terapêutica, ocorreram mutações M184V/I em 2 pessoas e 1 indivíduo tinha mutações K103R+S147G. Esta SLR e metanálise confirmam que DTG+-3TC é um regime antirretroviríco eficaz, bem tolerado e duradouro durante 96 semanas em contexto de vida real. A resistência ao tratamento não foi reportada em pessoas naïve e raramente relatada em pessoas com experiência terapêutica prévia.

Palavras-chave (mínimo de 3): dolutegravir; regime de 2 fármacos; efetividade; lamivudina; vida real; tolerabilidade

POVIH 19

CAB+RPV LA Q2M RESULTADOS DO CARLOS AOS 12 MESES: EFICÁCIA; ADESÃO À INJEÇÃO E PROS

Catarina Metelo
ViiV Healthcare

Introdução: Cabotegravir (CAB) mais rilpivirina (RPV) injetável de longa ação (LA) oferece um modo alternativo de administração de fármacos com uma posologia menos frequente vs a terapêutica antirretroviral (TAR) oral diária. O CARLOS é um estudo de coorte multicêntrico, não intervencional, de 3 anos, que inclui pessoas que vivem com VIH-1 (PVVIH) em TAR oral diária supressiva que mudaram para CAB+RPV LA administrado a cada 2 meses em cuidados clínicos de rotina na Alemanha.
Objetivos: Aqui, descrevemos a eficácia, adesão e Patiente Reported Outcomes (PROS) no mês (M) 12.
Material e métodos: Os resultados de eficácia no M12 incluem a supressão virológica (VIH-1 RNA <50 cópias/mL), não resposta virológica (ARN VIH-1 ≥50 cópias/mL) e falência virológica (duas ARN VIH- ≥200 cópias/mL, consecutivas, ou uma única ARN VIH-1 ≥200 cópias/mL seguida de descontinuação). Resultados adicionais incluem adesão à janela de injeção e mudança no status do Questionário de Satisfação com o Tratamento (HIVTSQs).
Resultados e conclusões: No total, 351 PVVIH foram incluídas na análise no M12. No geral, 95,1% (n=1847/1943) das injeções de CAB+RPV LA foram administradas antes ou dentro da janela de injeção de ±7 dias, e 4,9% (n=96/1943) atrasadas. No M12, 85,8% (n=301/351) dos participantes mantiveram a supressão virológica, e 9,7% (n=34/351) descontinuaram devido à tolerabilidade (n=13/351 [3,7%]; n=10 devido a razões relacionadas à injeção) ou razões não virológicas (n=21/351 [6,0%]). Houve cinco participantes com falência virológica (n=5/351 [1,4%]). Para os participantes (n=251/351) que completaram o HIVTSQs tanto à baseline (pontuação média, 54,6/66) quanto no M12 (pontuação média, 61,0/66), foi observada uma melhoria estatisticamente significativa e clinicamente significativa na satisfação com o tratamento (mudança média, +6,4; p<0,001). Nesta coorte de vida real, CAB+RPV LA manteve taxas elevadas de supressão virológica, com poucas falências terapêuticas, nos primeiros 12 meses após a mudança. Houve uma baixa taxa de descontinuação devido a reações no local da injeção, e a maioria das injeções foram administradas dentro da janela de injeção de ±7 dias ou antes. Apesar das pontuações elevadas à baseline na TAR oral, as pontuações de satisfação com o tratamento aumentaram significativamente para os participantes que permaneceram em CAB+RPV LA no M12.

POVIH 20

COLANGIOCARCINOMA E VIH

Gustavo Lemos Correia; Filipa de Oliveira Nunes; Raquel Tavares; Liliana Alves; Salomão Fernandes; Rita Sérvio; Paulo Rodrigues
Hospital Beatriz Ângelo

Introdução: Pessoas que vivem com VIH (PVVIH) apresentam risco elevado de infeções oportunistas e neoplasias que envolvam o fígado. Apesar de raro, o colangiocarcinoma é um tumor agressivo que pode surgir nesta população.
Descrição do caso: Mulher de 65 anos, natural da Guiné-Bissau, com infeção VIH-1 (desde 2009), com carga viral indetetável (há 10 anos) sob terapêutica com dolutegravir/rilpivirina 50/25 mg diário; e diabetes mellitus 2, hipertensão arterial e dislipidemia, também com bom controlo. De antecedentes cirúrgicos, destaca-se herniorrafia umbilical nos 2 meses prévios à admissão hospitalar. Ficou internada por epigastralgia de intensidade 9

em 10 com cerca de 2 meses de evolução, refratária a terapêutica com omeprazol e simeticone, bem como vómitos, perda de apetite e perda de peso (cerca de 20 kg em 12 meses). Por queixas abdominais inespecíficas tinha realizado TC abdómen 10 meses antes sem qualquer alteração. Na observação inicial, abdómen com ruídos hidroaéreos positivos, distensão abdominal, com dor e defesa a` palpação do epigastro e hipocôndrios, sem sinais de recidiva de hérnia umbilical. Analiticamente, com leucócitos de 14.34x10^9/L (com 55.9% neutrófilos; 35.2% linfócitos); PCR 47,1 mg/L; bilirrubina total 0.57 mg/dL; AST e ALT nos valores normais de referência; GGT 119 U/L; FA 176 U/L e LDH 202 UI/L. Realizou TC abdómino-pélvica com área hipocaptante e heterogénea no lobo esquerdo hepático, com necrose central, de 8x5 cm, sugestiva de abcesso, condicionando ligeira ectasia biliar intra-hepática a montante. Colheram-se hemoculturas e iniciou terapêutica empírica com piperacilina/tazobactam e metronidazol por suspeita de abcesso hepático piogénico ou amebiano. Foi realizada biópsia da lesão, com impossibilidade de drenagem por material biológico seco, sem exsudado. Admitiu-se então baixa suspeita de abcesso hepático e foi suspensa antibioterapia. O resultado histopatológico revelou achados compatíveis com colangiocarcinoma intra-hepático, variante escamoso. Adicionalmente, realizou PET-FDG com evidência de carcinomatose peritoneal. Sem indicação para tratamento cirúrgico, a doente mantém-se em seguimento em Oncologia para tratamento paliativo.

Conclusão: A relação entre colangiocarcinoma e infeção VIH ainda não se encontra bem esclarecida. Porém, atendendo à agressividade da neoplasia é importante a sua exclusão em PVVIH com suspeita clínica, nomeadamente sinais ou sintomas associada a patologia hépato-biliar ou com diagnóstico prévio de colangiopatia (nomeadamente colangite). Este follow-up deverá ser feito independentemente do nível de supressão virológica do indivíduo.

POVIH 21

HPV DE BAIXO RISCO ASSOCIADO A CARCINOMA EPIDERMOIDE DA VULVA EM PVVIH

Mónica Eusébio; Carolina Leal; Raquel Portugal; Sandra Rebelo; Carmela Piñeiro; Cátia Caldas; Lurdes Santos
Centro Hospitalar de S. João, EPE

Palavras-chave: Carcinoma epidermoide da vulva; Vírus do Papiloma Humano; Vírus da Imunodeficiência Humana;

Introdução: As pessoas que vivem com vírus da imunodeficiência humana (PVVIH), têm uma maior prevalência de infeção por vírus papiloma humano (HPV), dada a menor taxa de eliminação espontânea nesta população. Assim, as lesões ano-genitais associadas ao HPV são mais prevalentes neste grupo, nomeadamente os carcinomas epidermoides da vulva. Segundo a Organização Mundial de Saúde, 2020, os carcinomas epidermoides da vulva e as suas lesões precursoras são divididas em associadas ou independentes de HPV. O presente caso clínico ilustra a possível associação de HPV de baixo risco a carcinoma epidermoide em PVVIH.

Descrição do caso: Mulher, 47 anos, com infeção pelo vírus da imunodeficiência humana diagnosticada aos 21 anos, com boa resposta imunológica sob terapêutica antirretroviral (contagem de linfócitos T CD4>1000mm3; carga vírica não detetável) e síndrome depressiva em provável contexto de abuso sexual. Apresenta-se na consulta com uma tumefação vulvo-anal volumosa, com 10 anos de evolução, de crescimento progressivo, associada a odor fétido e perda hemática em escassa quantidade, não avaliada previamente por recusa perentória de realização de exame ginecológico. Do observado, destaca-se

uma tumefação com componente anterior, envolvendo os grandes lábios (8x15 cm) e posterior, envolvendo a região perianal (4x6 cm), em forma de couve-flor. A doente foi proposta para exérese cirúrgica das lesões. Na revisão do exame histológico, observou-se, em ambas as lesões, características de carcinoma epidermoide de tipo verrucoso, com crescimento expansivo e sinais de efeito citopático por HPV; no estudo imuno-histoquímico, não se observou expressão em bloco de p16 e a expressão de p53 foi de tipo wild type; a deteção molecular de HPV foi positiva para o tipo 6.

Conclusão: Apesar de considerados HPV de baixo-risco, este caso clínico demonstra uma associação com carcinoma epidermoide da vulva. Atualmente, não há programas de rastreio implementados para o carcinoma vulvar. A realização de exame ginecológico frequente para deteção e biópsia de lesões vulvares suspeitas, deve ser realizado a fim de diagnosticar e tratar precocemente estas lesões. Reforça-se, também, a importância da vacinação para prevenir a infeção pelo HPV.

POVIH 22

MUDANÇA PARA B/F/TAF EM ADULTOS COM VIH COM IDADE = A 50 ANOS E ELEVADA CARGA DE COMORBILIDADES

Celia Miralles[1]; Berend Van Welzen[2]; Sam Mcconkey[3]; Benoit Trottier[4]; Daniel Elbirt[5]; Stefan Scholten[6]; Fabrice Bonnet[7]; Alison Uriel[8]; Rebecca Harrison[9]; Andrea Marongiu[9]; Mariana Terra[10]; Bhumi Gandhi-Patel[11]; Loredana Sarmati[12]

[1]Department of Internal Medicine, Álvaro Cunqueiro Hospital, Vigo; [2]Department of Infectious Diseases, University Medical Centre Utrecht, Utrecht; [3]RCSI University of Medicine and Health Sciences, Dublin; [4]Clinique de Médecine Urbaine du Quartier Latin, Montreal, QC; [5]Kaplan Medical Center and Faculty of Medicine, Hebrew University of Jerusalem, Jerusalem; [6]Praxis Hohenstaufenring, Cologne; [7]CHU de Bordeaux and University of Bordeaux, INSERM U1219, Bordeaux,; [8]North Manchester General Hospital, Manchester; [9]Gilead Sciences, Stockley Park, Uxbridge; [10]Gilead Sciences, Lda.; [11]Gilead Sciences, Inc., Foster City, CA; [12]Tor Vergata University, Rome

Introdução: Pessoas com VIH (PVIH) de idade mais avançada têm uma prevalência acrescida de comorbilidades associadas à idade.

Objetivo: Avaliar o efeito da mudança para B/F/TAF em PVIH com idade ≥ 50 anos e com um elevado número de comorbilidades e comedicações.

Material e métodos: BICSTaR é uma coorte multinacional, prospetiva e observacional que pretendeu avaliar a efetividade e perfil de segurança de B/F/TAF na prática clínica. Esta análise incluiu PVIH com experiência prévia de tratamento e ≥ 50 anos com (ou com um histórico de) ≥ 1 comorbilidade na baseline. A avaliação aos 24 meses (M) incluiu efetividade, segurança, parâmetros laboratoriais, alteração de peso, interações medicamentosas (DDIs) e persistência em tratamento. Os resultados no Questionário de Satisfação com o Tratamento de VIH (HIVTSQc) foram avaliadas aos 12M.

Resultados: Foram incluídas 401 PVIH com ≥

50 anos, que mudaram para B/F/TAF; idade mediana 56 anos, 86% homens, 81% caucasianos e 18% com ≥ 65 anos. 65%/ 21%/ 14% mudaram de um regime baseado em II-/ NNRTI-/IP/p, respetivamente. As comorbilidades na baseline incluíam doenças cardiovasculares (48%), neuropsiquiátricas (34%) e músculo-esqueléticas (28%). 22% referiram tomar ≥ 5 comedicações. Aos 24M, 96% (315/328) apresentavam carga vírica <50 cópias/ml, com taxas de supressão virológica semelhantes por idade, género e raça e nos participantes com ≥2 comorbilidades/≥5 comedicações no momento da mudança, sem emergência de resistências com B/F/TAF. Registaram-se acontecimentos adversos relacionados com a terapêtica (DRAEs) em 13% dos participantes (54/401); DRAEs graves em 0,2% (1/401); DRAEs que levaram à descontinuação do tratamento em 7% (27/401) dos participantes. Os resultados laboratoriais mantiveram-se estáveis, sem agravamento dos parâmetros lipídicos, renais ou hepáticos (Tabela). A alteração de peso mediana (Q1, Q3) foi de +1,0 kg (-1,3, 3,2) aos 24M. Não se esperavam DDIs clinicamente significativas entre B/F/TAF e os medicamentos prescritos nesta coorte. A persistência no tratamento foi de 90% (359/401). A satisfação com o tratamento era elevada na baseline e aumentou até aos 12M (mediana [Q1, Q3] HIVTSQc: +24,5 [13,0, 29,0]; n=290).

Conclusão: Neste grupo de PVIH com ≥ 50 anos e elevada prevalência de comorbilidades, a mudança para B/F/TAF foi eficaz e bem tolerada. Os parâmetros cardiometabólicos e renais permaneceram estáveis e manteve-se elevada persistência aos 24M. Estes dados corroboram o perfil de segurança da mudança para B/F/TAF em PVIH de idade mais avançada.

POVIH 23

EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO HOSPITALAR COM REGIMES TERAPÊUTICOS CONTENDO DORAVIRINA

Margarida Almeida; Constança Antunes; Marta Almeida; Ana Cláudia Miranda; Kamal Mansinho

Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital Egas Moniz

Introdução: A doravirina (DOR) é um inibidor não nucleosídeo da transcriptase reversa (NNRTI). Em comparação com outros NNRTI, apresenta melhor perfil de interações medicamentosas e menor incidência de efeitos adversos do sistema nervoso central. Mantém a eficácia na presença de mutações de resistência a outros NNRTI, entre as quais K103N, Y181C ou G190A.

Material e métodos: Caracterização da população de doentes em tratamento antirretrovírico com regimes contendo DOR, acompanhados num serviço de Infeciologia. Avaliação do impacto metabólico em doentes com manutenção do regime durante 6 ou mais meses.

Resultados: A análise incluiu 53 doentes que iniciaram terapêutica com DOR, todos em contexto de alteração terapêutica: 35 (66%) do sexo masculino, idade mediana de 59 anos e tempo de diagnóstico VIH-1 de 23 anos (mediana). As 3 principais comorbilidades documentadas foram: dislipidemia (55%), hipertensão arterial (53%) e patologia psiquiátrica (32%). À data do início de DOR: linfócitos TCD4 723 cels/mm3 (mediana); 44 (83,0%) doentes com controlo virológico, 4 (7,5%) com carga viral RNA VIH-1 50-200 cópias/mL e 5 (9,5%) com >200 cópias/mL. Apresentavam exposição prévia a 4 regimes (mediana) e 10 doentes (18,9%) registavam a existência mutações aos NNITR. Os motivos de alteração terapêutica foram: simplificação (30%), interações medicamentosas (28%), intolerância ao regime prévio (26%), falência virológica (17%) e otimização do perfil meta-

bólico (9%). Seis doentes suspenderam o regime com DOR por intolerância farmacológica (3), gravidez (2) e perda de seguimento (1). Os restantes 47 doentes (88,7%), mantêm DOR há 13 meses (mediana), com contagem atual TCD4 780,5 cels/mm3 (mediana) e todos com supressão virológica. Quanto ao impacto metabólico global, registou-se a seguinte variação de parâmetros: peso corporal: IMC de 25,6 para 24,8 Kg/m² (n=22, mediana temporal de 20,5 meses); perfil lipídico: colesterol total (-9 mg/dL), LDL (-7 mg/dL), HDL (+1 mg/dL) e triglicéridos (-3,5 mg/dL) (n=24, mediana temporal de 19 meses).

Conclusão: Nesta população, os regimes com DOR foram instituídos em pessoas com infeção por VIH-1 experimentadas, maioritariamente por motivo de simplificação, com manutenção da estabilidade imunológica (Δ TCD4 +57,5 cels/mm3) e da indetectabilidade virológica. O impacto metabólico, no que refere à evolução do IMC e à variação dos parâmetros lipídicos, teve uma tendência favorável. A taxa de descontinuação por intolerância foi de 5,7%.

Palavras-chave: doravirina, NNRTI, perfil metabólico

POVIH 24

DERRAME PLEURAL COMO APRESENTAÇÃO DE SARCOMA DE KAPOSI

João Paulo Nóvoa; Sara Magalhães; João Caria; Raquel Pinto; Stepanka Betkova; Sara Lino; Maria José Manata; Fernando Maltez
Hospital de Curry Cabral

Introdução: O sarcoma de Kaposi (SK) em doentes com infeção por vírus de imunodeficiência humana (VIH) é uma entidade definidora de síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA). Trata-se uma neoplasia multifocal, de expressão predominantemente cutânea, mas que pode ter atingimento visceral.

Caso clínico: Mulher de 34 anos, melanodérmica, com história de coinfeção por vírus de imunodeficiência humana de tipo 1 (VIH-1) e vírus da hepatite B (VHB), com seguimento irregular e não aderente à terapêutica. Cerca de um mês antes do internamento, iniciou queixas de anorexia, odinofagia, disfagia, perda ponderal não quantificada e tosse seca, associados a sudorese noturna e febre intermitente.

Na avaliação inicial destacava-se placa violácea no palato duro, pequenas adenopatias cervicais bilaterais, pápulas violáceas cervicais e retroauriculares direitas.

Analiticamente com linfócitos T CD4+ de 374 (10%) células/µL e carga vírica de VIH-1 de 1.440.000 cópias/mL.

Realizou tomografia computadorizada que documentou derrame pleural bilateral, aumento em número e volume de adenopatias torácicas e fina lâmina de derrame pericárdico.

Foi realizada toracocentese diagnóstica, com saída de líquido hemático turvo, compatível com exsudado de predomínio monocuclear (2936 leucócitos/mL, 2793 monucleares/mL). A citologia, microbiologia e o teste de amplificação de ácidos nucleicos (TAAN) para Mycobacterium tuberculosis do líquido pleural foram negativos. De salientar a deteção de vírus herpes humano de tipo 8 (VHH-8) por técnica de polymerase chain reaction (PCR) na mesma amostra.

Realizou estudo endoscópico, com biópsia de pápulas eritematosas duodenais, identificando-se a presença de células fusiformes, positivas para VHH-8, consistentes com infiltração por SK. Houve necessidade posterior de colocação de dreno torácico tunelizado, perante recidiva do derrame pleural bilateral. A doente reiniciou terapêutica antiretrovírica e quimioterapia com doxorubicina lipossómica, com melhoria clínica gradual.

Conclusão: Este caso demonstra uma apresentação pouco comum de SK visceral. A apresentação clínica sob a forma de derrame pleural, não é incomum, mas implica um elevado

grau de suspeição para o seu diagnóstico.

Palavras-chave: sarcoma de Kaposi, vírus da imunodeficiência humana, infeção oportunista.

POVIH 25

PREVALÊNCIA DA RESISTÊNCIA AO LENACAPAVIR EM INDIVÍDUOS RECÉM-DIAGNOSTICADOS COM VIH-1 EM MOÇAMBIQUE

Cruz S. Sebastião[1]; Jamila Bathy[2]; Tacilta Nhamposa3; André Santos[1]; Mafalda Miranda[1]; M Rosário O Martins[1]; Marta Giovanetti[4]; Perpetua Gomes[5]; Marta Pingarilho[1]; Ana B. Abecasis[1]; Victor Pimentel1

[1]Instituto de Higiene e Medicina Tropical; [2]Centro de Investigação em Saúde de Manhiça (CISM), Maputo, Mozambique; [3]Centro de Investigação em Saúde de Manhiça (CISM), Maputo, Mozambique; [4]Department of Science and Technology for Humans and the Environment, University of Campus Bio-Medico di Roma, Rome, Italy; [5]Laboratório de Biologia Molecular (LMCBM, SPC, CHLO-HEM)

Introdução: Indivíduos com VIH multirresistente têm opções limitadas de Terapia antirretroviral (TARV). No entanto, o lenacapavir é o primeiro inibidor da cápside que demonstra uma atividade antiviral substancial em indivíduos com histórico de falha terapêutica ou como uso para PrEP em populações vulneráveis. Neste estudo, avaliámos a sensibilidade ao lenacapavir, bem como a seroconversão e as mutações associadas a inibidores da protease/maturação entre doentes virgens de TARV com resistência pré-tratamento em Manhiça, Moçambique.

Métodos Este foi parte de um estudo transversal realizado com 63 de 196 doentes recém-diagnosticados com VIH, virgens de TARV com qualquer mutação principal de resistência contra Inibidores de protease (PI), Inibidores análogos da transcriptase reversa (NRTIs), Inibidores não análogos da transcriptase reversa (NNRTIs) e inibidores da integrase (INSTI). Nestes pacientes, fragmentos do gene gag (p24) e env foram amplificados com um protocolo desenvolvido in-house e sequenciados por um método de baixo custo através de sequenciação de nova geração (NGS), utilizando tecnologia da nanopore (Minlon). As sequências consenso do gene gag na extensão fasta foram submetidas a análise de resistência ao lenacapavir a partir da base de dados de Stanford HIV disponível em https://hivdb.stanford.edu/, enquanto que sequências consenso do gene env foram submeteidos ao geno2pheno para caracterização do tropismo (R5/X4) e identificação de mutações associadas a inibidores da protease/maturação.

Resultados Um total de 59 pacientes foram sequenciados com sucesso. Cerca de 29% apresentavam mutações em PI, 5% em NRTI, 83% em NNRTI e 2% em INSTI. Destas, não foi detectada resistência ao lenacapavir. Cerca de 34% dos indivíduos seroconverteram em menos de 1 ano, 34% entre 1 a 3 anos e 32% em mais de 3 anos. A infeção com o CCR5 representa 68,9%. Além disso, 42% das sequências apresentaram algumas mutações associadas a inibidores da protease/maturação.Uma relação estatisticamente significativa foi observada entre a mutação E138A/G com a presença de mutações associadas a inibidores da protease/maturação (p=0,004) Identificámos alterações na primeira posição do codão correspondente à posição 56 do gene gag p24, que representa um sítio-chave para resistência ao lenacapavir. Por outro lado, o codão 66 é altamente conservado, provavelmente devido a uma forte pressão de seleção negativa.

Conclusão Os nossos resultados apoiam a potencial eficácia do lenacapavir como regime de PrEP ou terapia de resgate para indivíduos com quaisquer mutações de resistência a medicamentos antirretrovirais.

POVIH 26

DETERMINANTES DE CLUSTERS DE TRANSMISSÃO DE VIH EM IMIGRANTES DIAGNOSTICADOS EM PORTUGAL (2014-2019)

Marta Pingarilho[1]; Adriana Videira[1]; Victor Pimentel[1]; Mafalda Miranda[1]; Cruz Sebastião[1]; BEST-HOPE Study Group[2]; Sofia Seabra[1]; Maria do Rosário Oliveira Martins[1]; Perpétua Gomes[3]; Ana Abecasis[1]

[1]Instituto de Higiene e Medicina Tropical; [2]Diversos hospitais de Portugal; [3]Laboratório de Biologia Molecular (LMCBM, SPC, CHLO-HEM)

Introdução: Em Portugal, no ano de 2022 foram diagnosticados um total de 804 novos, dos quais 45% ocorreram na população imigrante. Para que em 2030 se atinja a meta dos 95-95-95 é crucial entender os determinantes relacionados com os clusters de transmissão da população imigrante, de forma a se poderem desenvolver políticas de prevenção e de saúde pública dirigidas a populações específicas.

Objetivo: Descrever os determinantes associados aos clusters de transmissão molecular (CTMs) do VIH-1 de imigrantes diagnosticados entre 2014 e 2019 em Portugal.

Métodos: Entre 2014 e 2019, foram recolhidas 206 sequências do gene pol do VIH-1 através do projeto BESTHOPE, simultaneamente com recolha dados clínicos e socio-comportamentais. Foram realizadas análises filogenéticas para inferir os CTMs de VIH-1, incluindo a construção de árvores filogenéticas de máxima verossimilhança (ML) realizadas utilizando o software FastTree. A identificação de clusters foi efetuada com base na distância genética <0.45 e suporte de ramos SH-aLRT >90 no ClusterPicker. As análises de regressão logística foram utilizadas para investigar a associação entre dados sociodemográficos, clínicos e comportamentais com a formação de clusters em indivíduos imigrantes VIH-1 positivos incluídos no estudo.

Resultados: Sessenta e oito (33%) dos imigrantes foram incluídos em clusters. Dos determinantes associados, com significância estatística, à presença em clusters destacam-se a região de origem, com indivíduos da América do Sul com maior probabilidade de estarem em clusters (OR=5.24, IC95%: 2.67-10.29, p<0.001), em comparação com indivíduos de origem africana; a via de transmissão, com homens que fazem sexo com homens (MSM) com maior probabilidade de estarem em clusters (OR=4.37, IC95%: 2.34-8.17, p<0.001), em comparação com a via de transmissão heterossexual e o subtipo, sendo que os indivíduos infetados com o subtipo B tiveram também maior probabilidade de estar em cluster (OR=1.85, IC95%: 1.02-3.37, p=0.044) do que os indivíduos infetados com subtipos não-B.

Conclusão: Os clusters de transmissão do VIH entre imigrantes em Portugal estão associados a determinantes específicos, como região de origem, via de transmissão e subtipo. Assim, são necessárias estratégias de prevenção de saúde direcionadas para mitigar a transmissão do VIH dentro desta população.

POVIH 27

TRANSMISSÃO VERTICAL: UM SÓ CASO FAZ A DIFERENÇA

Constança Arimateia Antunes; Mónica Marçal Carvalho; Ana Cláudia Miranda; Kamal Mansinho

Hospital Egas Moniz

Introdução: A maioria das infeções por VIH na idade pediátrica, no nosso país, é adquirida por transmissão vertical, sendo rara em países de elevado rendimento. Entre 1984 e 2022, foram notificados 645 casos em Portugal, com apenas 1 caso em 2022 em crianças menores de 15 anos. Sem terapêutica antirretroviral (TARV) o risco de transmissão vertical varia entre 15 e 45%, sendo influenciado pela viremia e casos de infeção aguda. Diagnóstico precoce e início imediato de TARV têm

sido essenciais para reduzir esta transmissão (<2%).

Descrição do caso: Mulher cisgénero, 28 anos, natural de São Tomé e Príncipe, G2P1A1, com 2ª gravidez acompanhada desde o 1º trimestre em Portugal com serologia VIH negativa. Às 37 semanas e 3 dias, recorreu ao Serviço de Urgência de Ginecologia/Obstetrícia por perceção de ausência de movimentos fetais. Foi constatada serologia reativa para VIH no rastreio do 3º trimestre, cujo resultado desconhecia. Foi encaminhada a consulta de Infeciologia 3 dias depois, apresentando-se assintomática, com carga viral VIH-1 de 17025 cópias/ml (log10 4.23) e contagem de TCD4+ 1091 cel/mm3 (47,9%). Iniciou TARV com TDF/FTC + DTG e foi referenciada para programação de cesariana eletiva. Iniciou trabalho de parto às 39 semanas e 4 dias, sendo submetida a cesariana com profilaxia ARV intraparto. Após 1 mês de TARV, estava indetetável.

O recém-nascido iniciou profilaxia tripla e teve diagnóstico de infeção VIH-1 aos 18 dias de vida (PCR DNA VIH-1ao nascimento e 11 dias de vida positivas, carga viral VIH-1 de 473 copias/ml (log 2,67)), assintomático, com contagem de TCD4+ 4082 cel/mm3. Mantém seguimento regular e adesão terapêutica, com carga viral indetetável desde os 6 meses.

Destaca-se o contexto sociofamiliar frágil, ambiente de violência doméstica e ocultação do diagnóstico de infeção por VIH-1 sem seguimento médico por parte do pai da criança.

Conclusão: Em Portugal, a norma da DGS 037/2011 recomenda o rastreio de infeção por VIH no 1º e no 3º trimestre da gravidez de baixo risco. Recomendações sugerem repetir a serologia em casos de outra IST, sinais de infeção aguda ou exposição contínua à infeção. Neste caso, a transmissão mãe-filho decorreu por infeção aguda no 2º ou 3º trimestre. Falhas de adesão ao seguimento de MGF levaram a um diagnóstico e início de TARV tardios, impedindo viremia indetetável antes do parto. Embora rara, a transmissão mãe-filho deve alertar para o rastreio adicional no 2º trimestre em contextos de vulnerabilidade social.

POVIH 28

O PERFIL DAS PESSOAS QUE VIVEM COM VIH IDENTIFICADAS PELA UNIDADE MÓVEL DE RASTREIOS "SAÚDE + PERTO"

Maria Eugénia Saraiva[1]; Sofia Melo Refoios[1]; Gonçalo Bento[1]; Filomena Pereira[2]
[1]Liga Portuguesa Contra a SIDA; [2]Instituto de Higiene e Medicina Tropical

Introdução: A Liga Portuguesa Contra a SIDA (LPCS) intervém na promoção de apoios às Pessoas que Vivem com VIH (PVVIH), 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, distribuindo material preventivo e informativo e realizando sessões de rastreio ao VIH e outras IST.

Objetivos: O projeto visa promover o acesso à prevenção, realização do teste ao VIH e outras IST, adequada referenciação e monitorização, nos grupos de Homens que têm Sexo com Homens (HSH), Trabalhadores do Sexo e seus clientes (TS), pessoas em situação de sem-abrigo (SA), Imigrantes (IMI) e utilizadores de substâncias psicoativas (USP).

Material e métodos: Num contexto de outreach e proximidade, a UMR "Saúde + Perto" percorre diferentes zonas de Lisboa, Loures e Odivelas, para chegar a populações-chave com maior risco de exposição ao VIH e com menor acesso ao SNS.

Resultados: Entre 1/10/2014 a 30/09/2024, 13.393 pessoas realizaram sessão de rastreio na UMR, com idade média de 41,8 anos (DP=14,8), a maioria homens (55,8%) imigrantes, dos quais, 59,7% dos PALOP. Cerca de 98% aceitou realizar sessão de rastreio

ao VIH. Das 13.131 sessões de rastreio, 507 pessoas tiveram resultado reativo, tendo-se disponibilizado referenciação a 100% destas para o SNS: 92,9% das pessoas com resultados reativos inserem-se em, pelo menos, uma das populações-chave.

Por motivos variados, foram referenciados 90,7% dos utentes com resultados reativos (98% compareceu à 1ª consulta; 99,5% confirmou diagnóstico; 99% iniciou tratamento). Das 428 pessoas que se encontram em tratamento, 91,2% apresentam carga viral suprimida.

É possível delinear o seguinte ao perfil da PVVIH identificada pela UMR: a maioria são homens (70%), imigrantes (60,8%), com a maior percentagem provenientes do Brasil (42,9%) e residentes em Lisboa (55%). Cerca de 45% tem ensino secundário, 61% são solteiros e 46,1% encontram-se empregados. Quanto ao tipo de população, 93,8% inserem-se em, pelo menos, 1 das populações-chave, sendo que 30,9% são IMI e HSH; 26,6% são IMI; e 17,8% são HSH.

Conclusões:

- 1 em cada 22 pessoas rastreadas tiveram um resultado reativo ao VIH;
- 21,9% das pessoas com teste reativo ao VIH realizaram sessão de rastreio devido a comportamento de risco (74,8% relações sexuais desprotegidas) que ocorreu há mais de três meses (62,2%);
- 2,6% das PVVIH infetaram-se enquanto aguardavam marcação da consulta para PrEP;
- Aproximadamente 27% das PVVIH apresentam coinfecções, destacando-se a sinergia entre o VIH e o vírus da Hepatite C e/ou a Sífilis;
- 68,9% das PVVIH que vivem com coinfecções são homens;
- A maioria (57,1%) das PVVIH que abandonaram tratamento, são USP e/ou SA;
- Os apoios disponibilizados às PVVIH têm contribuído para promover boa adesão terapêutica e para alcançar das metas propostas pela UNAIDS até 2030.

POVIH 29

EFEITO PARADOXAL DO TRATAMENTO COM PEMBROLIZUMAB NA LEUCOENCEFALOPATIA MULTIFOCAL PROGRESSIVA

Marta Almeida; Constança Antunes; Margarida Almeida; Ana Cláudia Miranda; André Sobral Pinho; Kamal Mansinho
Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital Egas Moniz

Introdução: A Leucoencefalopatia Multifocal Progressiva (LEMP) é uma doença desmielinizante do sistema nervoso central resultante da reativação do poliomavírus humano John Cunningham (VJC). O Pembrolizumab é um anticorpo monoclonal inibidor da proteína PD-1 (programmed cell death protein 1) que atua como imunomodulador, tendo demonstrado eficácia em infeções virais.

Caso: Mulher, 51 anos com antecedentes de acidente vascular cerebral hemorrágico e hipertensão arterial, recorreu ao serviço de urgência por lentificação psicomotora, disartria, hemiparesia e hemianópsia homónima esquerdas com 6 meses de evolução. Tinha realizado ressonância magnética cranio-encefálica (RM-CE) 2 semanas antes pelas mesmas queixas, que revelou lesões sugestivas de LEMP. Realizou estudo analítico, que apresentou teste reativo para VIH-1 (diagnóstico inaugural), viremia 1642598cp/mL (log10 6,22), 148céls/µL TCD4+ e rácio TCD4/TCD8 0,16. Estudo citoquímico do líquor: 1 cél/µL, proteínas 42mg/dL, normoglicorráquia, carga viral de VJC 5631cp/mL e carga viral de VIH-1 91028cp/mL. Iniciou terapêutica antirretroviral (TARV) com Bictegravir/Emtricitabine/Tenofovir alafenamide e profilaxia com Trimetropim/Sulfametoxazol. Registou-se melhoria das queixas às 10 semanas, mantendo hemianópsia homónima e hemiparesia esquer-

das, optando-se por associar Pembrolizumab (2mg/kg) mensal. Cerca de 8 horas após a primeira administração, apresentou agravamento dos défices motores e cegueira cortical, tendo iniciado corticoterapia após realização de RM-CE com contraste, que mostrou lesões enquadráveis em síndrome inflamatória de reconstituição imunológica. No reestadiamento, após 3 meses de TARV, observou-se diminuição da viremia VIH (180cp/mL (log10 2,26) e reconstituição imune (397céls/µL TCD4+, rácio TCD4/TCD8 0,40).

Discussão: O Pembrolizumab atua como inibidor dos recetores PD-1 nas células T, favorecendo a resposta imunológica pelo bloqueio da interação PD-1/PD-L1, que aumenta a atividade das células T ao inibir a sua apoptose, levando a uma resposta de defesa mais eficiente contra infeções ou células tumorais. Apesar de a síndrome inflamatória de reconstituição imune ser um dos efeitos adversos, a administração de Pembrolizumab em doentes com LEMP está documentada na literatura. São escassas as opções de tratamento da LEMP, estando dependentes do controlo da infeção por VIH e recuperação imunológica, que paradoxalmente podem associar-se a agravamento clínico.

POVIH 30

PNEUMONIA POR PNEUMOCYSTIS JIROVECII E LOPHOMONAS BLATTARUM, EM DOENTE COM INFEÇÃO VIH/SIDA

Niria Muhongo[1]; Sofia Rocha[2]; João Borralho[2]; Maria Alves[1]; Teresa Fernandes[2]; Joana Batista[1]; Diva Trigo[1]

[1]Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca; [2]Hospital Egas Moniz, ULSLO

Introdução: Lophomonas blattarum é um protozoário flagelado, cujo principal hospedeiro é a barata. Está associado a infeções respiratórias em indivíduos imunocomprometidos, e, mais recentemente, tem sido reportado um aumento do número de casos, destacando-se como patologia infeciosa emergente.

Descrição: Homem de 61 anos, natural de Cabo verde, em Portugal desde a infância, residente num armazém sem condições de salubridade, trabalhador da construção civil. Antecedentes patológicos conhecidos de infeção crónica por VIH-1, diagnosticada em 2015, com história de seguimento irregular e abandono terapêutico em 2021. Com outras comorbilidades: condilomatose genital extensa, etilismo e tabagismo cessado. Recorreu ao Serviço de Urgência em Maio de 2024, por quadro clinico com dois meses de evolução, caracterizado por perda ponderal, astenia, sudorese noturna, tosse seca e dispneia para pequenos esforços, com agravamento recente, pelo que foi internado para investigação. Avaliação inicial com febre, polipneia. Gasimetria arterial com hipoxemia (saturação de oxigénio 60,3 mmHg). Analiticamente sem leucocitose, PCR de 6,6 mg/dL e LDH de 374 mg/dL. Realizou reestadiamento imunovirológico: LTCD4 3 células/uL (0,7%), CV 62.581 cópias/mL.TAC tórax com múltiplas áreas de opacidades em vidro despolido, bilateralmente dispersas, ocupando aproximadamente 60% do parênquima pulmonar, com áreas de espessamento do interstício pulmonar, predominantemente peribroncovascular, e bronquiectasias de tração no lobo inferior direito. Realizou videobroncofibroscopia, onde foi identificado no exame direto do lavado bronco alveolar Lophomonas spp, bem como PCR positiva para Pneumocicystis jirovecii. Diagnóstico de Pneumocistose pulmonar e pneumonia por Lophomonas, tendo sido iniciado tratamento com cotrimoxazol com prednisolona adjuvante, que cumpriu por 21 dias, além de metronidazol que cumpriu por 14 dias. Foi também reiniciada a terapêutica antirretroviral. Apresentou evolução clínica favorável. Atualmente mantém seguimento em consulta de imunodepressão, com evolução clínica estável.

Conclusão: Este caso salienta a necessidade de competências diagnósticas apuradas e do uso de métodos laboratoriais precisos para identificação de Lophomonas blattarum, pela sua impossibilidade de identificação por culturas convencionais. Neste caso em específico, devido a coinfecção com Pneumocystis jirovecii, não foi possível apurar o impacto isolado deste agente na evolução clinica do doente.

Palavras-chave: Lophomonas blattarum, Pneumocystis jirovecii, imunodepressão.

POVIH 31

PNEUMONIA NECROTIZANTE POR RHODOCOCCUS COMO INFEÇÃO OPORTUNISTA NA INFEÇÃO POR VIH

Miguel Póvoas; Catarina Rodrigues; Diva Trigo; Elzara Aliyeva; Patrícia Pacheco
Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

Introdução: A infeção por Rhodococcus hoagii (anteriormente, Rhodococcus equi) é uma causa rara de pneumonia necrotizante, maioritariamente associada a imunodepressão grave. Em pessoas com infeção por VIH, o diagnóstico diferencial de pneumonia necrotizante pode ser desafiante devido à alargada lista de agentes etiológicos potencialmente implicados.

Descrição do caso: Os autores descrevem o caso de uma mulher de 30 anos, natural de Angola, que se apresentou com quadro clínico caracterizado por febre, perda ponderal clinicamente significativa, tosse produtiva e dispneia com cerca de 3 meses de evolução. Foi realizado diagnóstico inaugural de infeção por VIH-1 em estadio avançado: contagem de linfócitos TCD4+ de 19 células/uL (4%) e carga viral VIH-1 de 865000 cópias/mL. A TAC de tórax revelou pneumonia cavitada com envolvimento bilateral. Internada com suspeita de tuberculose pulmonar. O exame microbiológico da expectoração, secreções brônquicas e lavado broncoalveolar excluíram a presença de bacilos álcool-ácido resistentes e a pesquisa de Mycobacterium tuberculosis por PCR foi negativa. Foi iniciada antibioterapia empírica com amoxicilina/clavulanato, sem resposta clínica. Substituição posterior por cotrimoxazol pela hipótese de nocardiose pulmonar. No entanto, a pesquisa de Nocardia nas secreções respiratórias por PCR foi negativa. Pedido prolongamento do tempo de incubação de culturas ao S. de Microbiologia, sendo que após 15 dias, se verificou o crescimento de colónias identificadas como R. hoagii por MALDI-TOF, com posterior documentação de resistência a cotrimoxazol em teste-disco. Iniciou antibioterapia dirigida com rifampicina com associação de levofloxacina e decidida uma duração de tratamento de 3 meses. Em paralelo, foi iniciada terapêutica antiretroviral com tenofovir/emtricitabina e dolutegravir com administração bidiária, pela interação esperada com rifampicina. Verificou-se evolução clinica e imagiológica favorável, encontrando-se atualmente sob profilaxia secundária com o mesmo regime, até recuperação imunológica.

Conclusão: Este caso ilustra a complexidade do diagnóstico diferencial de infeção pulmonar em pessoas imunodeprimidas e o manejo de agentes menos comuns, em que as opções terapêuticas e a duração do tratamento não estão bem definidas e são decididas caso a caso, mediante resposta clínica e recuperação imunológica. Salienta também a importância de uma sólida articulação com o laboratório de Microbiologia para a rápida identificação e instituição de terapêutica adequada.

POVIH 32

OTIMIZAÇÃO DE TARV EM RECLUSOS COM USO DE DROGAS RECREATIVAS E PSICOFÁRMACOS

Ruben Carvalho; Ana Jorge Martins; Ricardo Velho; Mariana Lopes; Cristina Valente
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra

Introdução: As pessoas que vivem com VIH (PVVIH) em Estabelecimentos Prisionais (EP) representam uma população vulnerável com desafios médico-sociais, tendo antecedentes de acesso intermitente a cuidados de saúde, com seguimento subótimo da infeção por VIH. Pela frequência do uso de drogas recreativas (DR) e de psicofármacos, a terapêutica antirretrovírica (TARV) deve ser ajustada para evitar interações que impactem a compliance e o seguimento a longo prazo. A condição de recluso constitui uma oportunidade de otimização da TARV. **Objetivos:** Avaliar a utilização de DR e psicofármacos em PVVIH em EP, e como estes fatores influenciam a alteração da TARV. **Material e métodos:** Estudo retrospetivo observacional que incluiu 69 PVVIH de 3 EP (todos do sexo masculino), com revisão de processos clínicos de 2018-2023. Recolha de dados demográficos, parâmetros da infeção por VIH (linfócitos TCD4+, supressão virológica, TARV), utilização de drogas por via endovenosa (UDEV), outras DR e psicofármacos. Foi realizada regressão logística para avaliar influência destes fatores no switch de TARV. Os dados foram anonimizados. **Resultados e conclusões:** A idade média foi 47,7 anos. Destes reclusos, 65,2% tinha história de consumo de DR e 55,1% de UDEV. Em relação a outros fármacos, 20,3% estava sob metadona; 30,4% sob ≥3 psicofármacos e 59,4% sob pelo menos 1 psicofármaco com interação ≥moderada com inibidor da protease (IP). Destes reclusos, 91,3% tinha carga vírica VIH <50 cópias/mL na última avaliação. O valor médio de TCD4+ era 542,2céls/mm3, e 13,0% apresentava TCD4+ <200céls. Foi realizado switch no EP em 75,4% e suspenso IP em 20,3%. O esquema de TARV mais recente incluía: 39,1% biterapia com inibidor da transcriptase reversa nucleosídeo (ITRN) + inibidor da integrase (INI); 42,0% sob 2 ITRN + INI; 14,5% sob 2 ITRN + IP e 4,4% sob 2 ITRN + inibidor da transcriptase reversa não nucleosídeo. O modelo de regressão logística incluiu idade, história de DR e UDEV, terapêutica com metadona e psicofármacos, tendo sido estatisticamente significativo, $\gamma^2(6)=13.3$, p=0.02. Das variáveis incluídas no modelo, a idade (odds ratio[OR]=0.90, 95%CI:0.84–0.98, p=0.02) e o uso de psicofármacos (OR=1.51, 95%CI:1.33–1.75, p=0.04) foram preditores do switch de TARV. Outros preditores como uso prévio de DR (p=0.61), metadona (p=0.59) e UDEV (p=0.18) não foram estatisticamente significativos. A menor idade dos reclusos e a terapêutica com múltiplos psicofármacos foram fatores preditores da alteração de TARV.

POVIH 33

INFEÇÃO VIH-2 E LENACAPAVIR

Gustavo Lemos Correia; Filipa de Oliveira Nunes; Raquel Tavares; Liliana Alves; Salomão Fernandes; Rita Sérvio; Paulo Rodrigues
Hospital Beatriz Ângelo

Introdução: A evolução clínica da infeção VIH-2 é distinta da infeção VIH-1, frequentemente com longos períodos assintomáticos e com carga viral baixa ou indetetável. Porém, o tratamento atempado é recomendado, mesmo reconhecendo as limitações terapêuticas atuais para a infeção VIH-2.

Descrição do caso: Mulher, 65 anos, natural da Guiné-Bissau, com infeção VIH-2 e antecedentes de sarcoma de Kaposi cutâneo, hepatite B crónica, anemia multifatorial, dislipidemia e obesidade. Diagnóstico

em 1994 (estádio C3/SIDA) na Guiné-Bissau tendo iniciado terapêutica antiretroviral com tenofovir/emtricitabina (FTC/TDF) e saquinavir potenciado com ritonavir (SQV/r), que cumpriu durante 4 anos. Em 2007, migrou para Portugal e recomeçou TARV com FTC/TDF, raltegravir (RAL) e darunavir potenciado com ritonavir (DRV/r). Em 2015, foi transferida para a nossa unidade hospitalar, tendo uma carga viral (CV) de VIH-2 de 1595 cópias/mL e contagem de CD4+ de 89 células/mm3. Referindo cumprimento terapêutico, foi solicitado teste de resistências aos antiretrovirais que mostrou a mutação M184V, resistência ao darunavir (DRV), bem como resistência intermédia ao lopinavir (LPV). Feito switch para FTC/TDF, RAL e LPV potenciado com ritonavir (LPV/r). Em 2016, referia adesão terapêutica, mas sem supressão virológica; sendo solicitado novo teste de resistências que mostrou resistência a lamivudina (3TC), emtricitabina (FTC), saquinavir (SQV), DRV e LPV. Alterado esquema para FTC/TDF + LPV/r + dolutegravir (DTG) e maraviroc (MRV), não tendo realizado tropismo por não haver benefício. Apesar de referir adesão terapêutica, mantinha CV detetáveis (2012 cópias/mL). Em 2017, houve ligeira melhoria imunológica e descida da CV para 432 cópias/mL. Desde o início do seguimento, manteve-se dúvidas em relação à adesão terapêutica e foram sempre reforçadas medidas e estratégias para cumprimento da mesma. Entretanto, o MVC foi suspenso e manteve DTG bidiário. O acompanhamento clínico foi interrompido porque regressou ao país de origem.

De volta a Portugal em 2022, mantinha-se com CV VIH2 elevada e objetivou-se recidiva de sarcoma de Kaposi. Apresentava nessa altura, resistência de alto grau a todos os inibidores da protéase, inibidores nucleósidos da transcriptase reversa (exceto zidovudina) e raltegravir. Optou-se por manter esquema prévio dada ausência de melhor alternativa. Em Maio de 2024, decidido associar lenacapavir, com reavaliação no mês seguinte à administração com CV indetetável.

Conclusão: A multirresistência aos fármacos antiretrovirais é atualmente um dos maiores desafios no tratamento das pessoas que vivem com VIH, particularmente nos indivíduos com infeção VIH-2. O aparecimento de fármacos como o lenacapavir, poderão revolucionar e constituir novas soluções terapêuticas em determinados subgrupos.

POVIH 34

BICTEGRAVIR/EMTRICITABINA/TENOFOVIR ALAFENAMIDA – UMA OPÇÃO EM DOENTES VIH2?

Diana Briosa Reis; Isabel Rodrigues; Teresa Castro Pires; Fátima Cereja; José Manuel Ferreira; Dina Vieira
Centro Hospitalar do Algarve, EPE / Hospital de Faro

Introdução: O Vírus da Imunodeficiência Humana 2 (VIH2) é uma infeção pouco comum, com características que podem interferir na sua susceptibilidade à alguma terapêutica antirretroviral (TARV), no entanto, a maior limitação relativamente ao estabelecimento de orientações terapêuticas específica é a falta de investigação com números de doentes robustos.

Objetivos: Caractarizar a população VIH2 de um centro e analisar qual a eficácia de TARV com Bictegravir/Emtricitabina/Tenofovir alafenamida (BIC/FTC/TAF) nesta população. Associadamente, identificar o motivo que originou a sua instituição enquanto regime terapêutico e se houve reporte de efeitos secundários.

Material e métodos: Estudo retrospetivo, baseado nos registos de doentes VIH2 acompanhados na consulta externa no nosso hospital nos últimos 5 anos. Foram avaliados: idade; sexo; ano de diagnóstico de infeção; via de transmissão, comorbilidades; história de infeções oportunistas; carga viral VIH2; contagem de linfócitos CD4 e TARV em curso. Após ana-

lisar os doentes que se encontram a realizar TARV avaliámos destes se existem doentes a fazer (BIC/FTC/TAF), qual o motivo para a sua instituição, se existiram efeitos secundários reportados e ainda se houve identificação de desenvolvimento de resistências à terapêutica.

Resultados e conclusão: Neste momento, estão 25 doentes VIH2 sob acompanhamento na nossa instituição. Destes 25, a maior parte é do sexo feminino (68%), com uma de média de idade de 62 anos, sendo que a maior parte tem diagnóstico há mais de 15 anos. Os doentes encontram-se a realizar diversos esquemas de TARV, o único doente que recusa qualquer TARV é neste momento o único doente da amostra com carga viral detetável (100 cópias/mL). Identificámos ainda 3 doentes considerados "elite controler" e uma doente recém-diagnosticada que ainda não iniciou terapêutica. Relativamente aos restantes 20, destes identificámos 8 doentes sob BIC/FTC/TAF, todos apresentam carga viral indetetável e nenhum deles apresenta uma contagem de linfócitos CD4 inferior a 250cópias/mL. Sobre a escolha desta terapêutica, foi possível inferir que em 4 destes doentes o motivo de introdução de BIC/FTC/TAF foi simplificação terapêutica visando também melhoria na adesão à TARV; 1 destes doentes apresenta co-infeção VIH1 e VIH2; outros 2 doentes tiveram efeitos secundários com a terapêutica prévia (nomeadamente mas não só neuropsiquiátricos), a escolha de BIC/FTC/TAF foi para minimizar/neutralizar os mesmos. Por fim, e apesar de ausência de indicação formal foi iniciado BIC/FTC/TAF em 1 doente "naive". Em todos os casos descritos, não houve efeitos secundários de novo e especialmente houve uma melhoria na adesão à TARV. Em suma, assumimos BIC/FTC/TAF como uma opção terapêutica nesta população especial.

Palavras-chave:Vírus da Imunodeficiência Humana 2; Terapêutica Antirretroviral; Bictegravir/Emtricitabina/Tenofovir alafenamida.

POVIH 35

A META E O CAMINHO

MARTA MARQUES; Pedro Crespo; Luisa Mocho
Hospital de São Teotónio, E.P.E. - Viseu

Introdução: De acordo com o Programa Conjunto da Organização das Nações Unidas para o Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH)/SIDA (ONUSIDA) quanto ao controlo da infeção VIH/SIDA estabelece metas de 95-95-95 para 2030, que consistem em 95% das pessoas que vivem com VIH estarem diagnosticadas, 95% destas receberem tratamento e 95% das pessoas sob terapêutica atingirem a supressão vírica. No entanto, numa época de grande mobilidade populacional serão estes objetivos passiveis de serem atingidos?

Objetivos: Descrição e caracterização dos novos doentes com infeção por VIH seguidos em consulta numa Unidade Local de Saúde (ULS) e determinação da percentagem de retenção em consulta.

Materiais e métodos: Foram admitidos os doentes com infeção por VIH que tiveram a primeira consulta na ULS de 2021 a 2023. Os dados foram analisados com recurso ao IBM SPSS Statistics 25®.

Resultados: Foram incluídos 177 doentes, com idade média de 45 anos (19-97 anos), 129 (73%) eram homens. Foram incluídos doentes de dez nacionalidades, 101 (57%) dos quais eram portugueses.

A duração média de infeção era de 7.9 anos (0-32), sendo que 160 (90.4%) já tinham acompanhamento prévio pela infeção, com apenas 17 (9.6%) recentemente diagnosticados aquando da primeira consulta na ULS e 12 (6.8%) apresentavam pelo menos uma doença oportunista ao diagnóstico.

A principal via de transmissão identificada foi a sexual em 153 doentes (86%), destes

a maioria são heterossexuais (60%), sendo 36% MSM.
Na primeira avaliação a média de linfócitos T CD4/mm3 era de 474 (3-1541), 37 (21%) com menos de 200. Dos doentes sob terapêutica antirretrovírica (TARV), a maioria (78.8%) encontrava-se a cumprir esquema com inibidor da integrasse, seguidos de 17.4% com NNRTI e apenas 3.8% com inibidores da protease, encontrando-se 79 (60%) suprimidos.
Em dezembro de 2023 dos doentes que se mantinham em acompanhamento, todos estavam sob TARV, 128 (87%) estavam suprimidos e a média de contagem de linfócitos T CD4/mm3 era de 591 (8-1655).
No período em análise incluído, 13 (7.3%) doentes faleceram, dos quais três com uma doença oportunista, 31 (17.5%) foram transferidos para outro hospital, emigraram ou abandonaram seguimento. A percentagem de retenção em consulta em dezembro de 2023 era de 81%.
Conclusão: Apesar de todos estes "novos" doentes estarem sob tratamento e uma percentagem significativa se encontrar suprimida (87%), ainda são necessários esforços adicionais para atingir os objetivos propostos pela ONUSIDA para 2030, sendo um obstáculo a constante mobilidade dos mesmos. De destacar, que ainda há uma percentagem significativa de doentes cujo diagnóstico é efetuado tardiamente.

POVIH 36

INFEÇÕES PELO VÍRUS DA HEPATITE C EM PVVIH – ANÁLISE RETROSPETIVA DE UM HOSPITAL TERCIÁRIO

Carolina V. Monteiro; Estela Sousa; Lúcia Ribeiro; Beatriz Prista Leão; Carmela Piñero; Cátia Caldas; Rosário Serrão; Lurdes Santos
Centro Hospitalar de S. João, EPE

Introdução: As hepatites virais representam um dos problemas de saúde pública mais relevantes atualmente, sendo a sua eliminação uma das prioridades da Organização Mundial de Saúde. Para alcançar este objetivo é fundamental conhecer as cadeias de transmissão destes vírus, de modo a ser possível interrompê-las.
O vírus da hepatite C (VHC) é um destes vírus, transmitido principalmente por via sanguínea, mas com aumento recente dos casos de transmissão sexual. O rastreio das populações com práticas de risco é crucial, sendo a consulta de acompanhamento das pessoas que vivem com VIH (PVVIH), uma oportunidade para o seu rastreio e diagnóstico precoce.
Objetivos: Identificar e caraterizar os casos de infeção pelo VHC na consulta de acompanhamento das PVVIH de um hospital terciário.
Material e métodos: Análise retrospetiva dos registos clínicos dos doentes acompanhados nesta consulta, entre janeiro de 2019 e agosto de 2024, com diagnóstico de infeção pelo VHC.
Resultados e conclusões: No âmbito desta consulta foram diagnosticados 53 casos de infeção pelo VHC em 51 doentes (2 doentes apresentaram reinfeção). A maioria dos casos foram diagnosticados em consultas de seguimento (n=44) e os restantes (n=9) na primeira consulta. O ano com maior número de casos foi 2023 (n=13).
Relativamente aos 9 diagnósticos na primeira consulta, 5 eram prováveis infeções crónicas e 4 infeções agudas. Em relação aos 44 casos restantes, 14 eram prováveis infeções crónicas e 30 infeções agudas. Apenas 10 das infeções agudas foram sintomáticas.
A maioria dos doentes eram homens (n=36) e a média de idades foi de 43 anos. O principal fator de risco para infeção pelo VHC foi sexual (n=29), seguido de consumo de drogas endovenosas (n=20).
O genótipo 1a foi o mais frequente (n=37). Cinco casos tiveram cura espontânea. Foram tratados 38 casos e o esquema de tratamento mais frequentemente utilizado foi sofosbuvir/velpatasvir (n=22). Em 33 casos já foi

documentada resposta virológica sustentada (RVS); 1 abandonou e 1 não teve RVS. Os 3 casos restantes ainda não completaram as 12 semanas apos o final do tratamento, mas tiveram virémia indetetável no final.

A nossa casuística alerta para a importância do rastreio frequente da infeção pelo VHC, sobretudo em populações com práticas de risco. Este rastreio deve ocorrer na primeira avaliação em consulta das PVVIH e deve ser repetido de acordo com avaliação de risco, clínica e/ou alterações analíticas.

Palavras-chave: VIH; VHC; rastreio

ORGANIZAÇÃO

SPDIMC
SOCIEDADE PORTUGUESA DE DOENÇAS INFECCIOSAS E MICROBIOLOGIA CLÍNICA

APECS
Associação Portuguesa para o Estudo Clínico da SIDA

Patrocínio Científico
ORDEM DOS MÉDICOS

MAJOR SPONSORS

GILEAD
Creating Possible

ViiV Healthcare

PATROCÍNIO OURO

MSD
INVENTING FOR LIFE

PATROCÍNIOS PRATA

abbvie

ADVANZ PHARMA

Pfizer

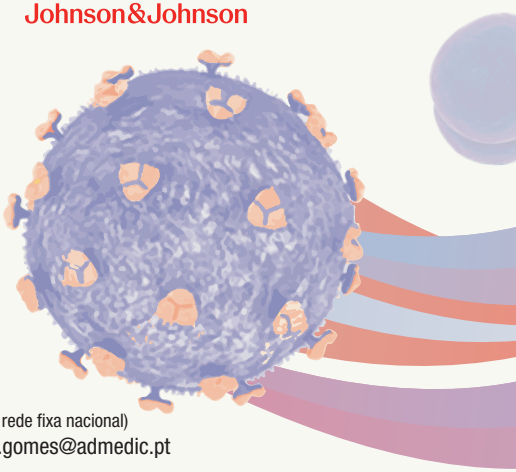
APOIOS

AstraZeneca

Cepheid
A better way.

GSK

Johnson&Johnson



SECRETARIADO

admédic
ORGANIZAÇÃO E SECRETARIADO DE EVENTOS

+351 21 842 97 10 (chamada para a rede fixa nacional)
paula.cordeiro@admedic.pt | sofia.gomes@admedic.pt
www.admedic.pt