

# XX

## JORNADAS DO NEDVIH

### PANDEMIA VIH

NOVOS DESAFIOS EM TEMPOS DE OUTRA PANDEMIA

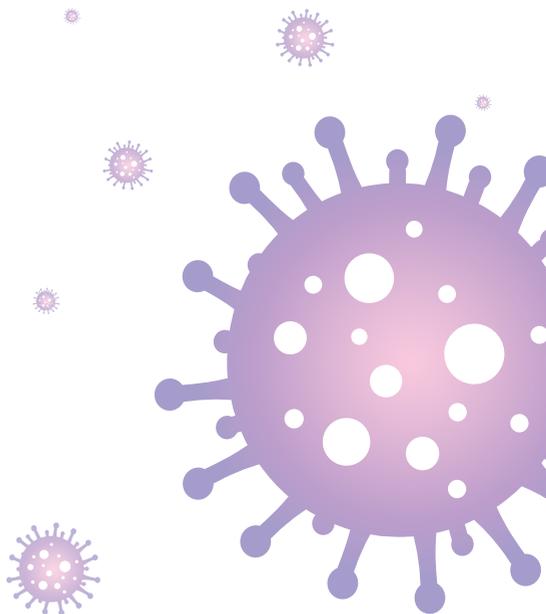
12 | NOVEMBRO  
& | 2021  
13

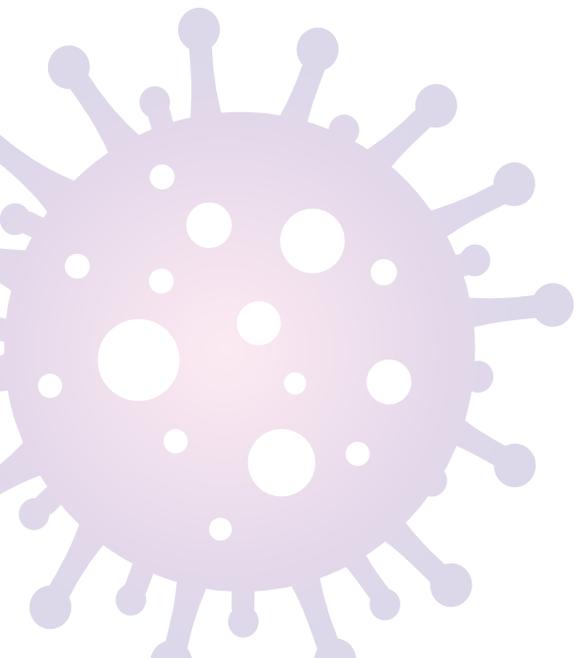
HOTEL DE **GUIMARÃES**

## PROGRAMA



ACEDER À VERSÃO  
DIGITAL DO PROGRAMA







# PANDEMIA VIH

NOVOS DESAFIOS EM TEMPOS DE OUTRA PANDEMIA

JORNADAS DO NEDVIH

## SEXTA-FEIRA | 12 DE NOVEMBRO DE 2021

14:30h Abertura do secretariado

15:30 | 16:00h **SESSÃO DE ABERTURA**

16:00 | 16:30h **CONFERÊNCIA**

**Importância da creditação de competência em VIH/da creditação de competências em Medicina Interna**

Presidente: José Vera

Conferencista: António Oliveira e Silva

16:30 | 17:00h Intervalo para café

17:00 | 18:30h **VIH/COVID 19 – Duas pandemias e duas realidades. O que aprendemos?**

Moderadoras: Helena Sarmento e Cristina Teotónio

**Impacto da Pandemia na prestação de cuidados** (15 min.)

Magda Fernandes

**Impacto clínico imediato e a longo prazo**

**Impacto imunológico do SARS-CoV2** (20 min.)

Carlos Vasconcelos

**SARS-CoV-2 – Impacto como doença sistémica**

*Doença Cardiovascular* (20 min.)

Pedro Guimarães Cunha

*Doença Pulmonar* (20 min.)

Margarida Serrado

## SÁBADO | 13 DE NOVEMBRO DE 2021

---

08:30h Abertura do secretariado

09:00|10:30h **Sessão de casos clínicos**

10:30 | 11:00h Intervalo para café

11:00 | 12:30h **Novas estratégias/Novas terapêuticas**

Moderadores: Inês Vaz Pinto e Alexandre Carvalho

**O que o clínico gostaria de ter na sua prática clínica** (5 min.)

Cristina Ângela

**Novas estratégias e novas terapêuticas** (85 min.)

12:30 | 13:00h **Modelo organizativo do atendimento em ambulatório a doentes com VIH, no âmbito da Medicina Interna**

Moderadores: Fausto Roxo e Telo Faria

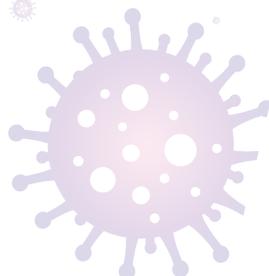
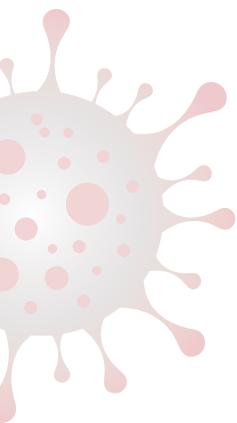
Palestrante: Alexandre Carvalho

13:00h | 13:15h **CERIMÓNIA DE ENCERRAMENTO**

José Vera, Helena Sarmento e Alexandre Carvalho

**Homenagem a Margarida Serrado e António Diniz**

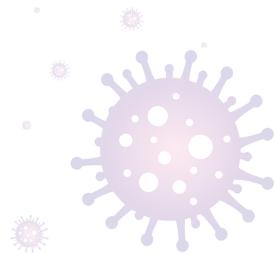
**Encerramento das XX Jornadas do NEDVIH**



# COMUNICAÇÕES LIVRES

---

## COM APRESENTAÇÃO ORAL



### CCO 01

#### AS “OPORTUNISTAS” DA SÍNDROME DE IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA

Nádia Ferraz; Márcia Machado; Ana Luísa Ferreira; Cristina Cunha; Helena Sarmento; Jorge Cotter  
*Centro Hospitalar do Alto Ave, EPE / Hospital de Guimarães*

A toxoplasmose e a pneumocistose pertencem ao conjunto de condições tabeladas na definição de síndrome de imunodeficiência humana (SIDA) e que, sem profilaxia adequada, são das infeções oportunistas mais frequentemente associadas a pacientes com vírus da insuficiência Humana (VIH) com contagem de TCD4 reduzida.

O seguinte caso clínico alerta-nos para o peso, na vida do doente, destas condições, bem como dos riscos associados à contração das mesmas em casos, potencialmente, evitáveis. Este caso retrata uma jovem, de 35 anos, admitida no serviço de Urgência com sintomas de lentificação, astenia, desequilíbrio e diminuição da força nos membros inferiores com 5 dias de evolução, apresentando como antecedentes pessoais psoríase e infeção por VIH tipo 1, tendo iniciado seguimento em consulta externa de doenças infecciosas (DI) em 2012 e abandono da mesma, e da terapêutica antirretroviral, em 2016. À admissão, doente apresentava-se febril, hipotensa, com discurso lentificado e candidíase oral. Ao exame neurológico apresentava desvio do olhar conjugado para a esquerda, nistagmo horizontal homolateral e dismetria discreta na prova dedo-nariz à direita. Após os exames complementares de diagnóstico, foi diagnos-

ticada presuntivamente com toxoplasmose, tendo iniciado tratamento da mesma, ficando internada ao cuidado de Medicina Interna.

Durante todo o internamento sofreu um declínio da sua condição neurológica tendo sido admitida na unidade de cuidados intensivos, tendo permanecido 18 dias, com *step-down* posterior, onde foi diagnosticada e tratada para pneumocistose. Teve alta após 80 dias de internamento hospitalar e encontra-se com seguimento em consulta de Medicina Interna/DI. Recuperou grande parte dos défices infligidos durante o internamento encontrando-se, neste momento, a completar reabilitação motora e funcional no Centro de Reabilitação Norte.

Este caso específico alerta-nos, essencialmente, para a importância do cumprimento terapêutico nos doentes VIH mas também do peso que um bom acompanhamento dos mesmos tem na melhoria da sua qualidade de vida.

### CCO 02

#### HIV E INDIGENTE

Isabel V. Rodrigues; Teresa Teixeira; Teresa C. Pires; Rosário Blanco; Ana Pimenta de Castro; José Ferreira  
*Centro Hospitalar Universitário do Algarve, Hospital de Faro – Serviços de Medicina Interna 2*

**Introdução:** Sendo uma doença sistémica, o síndrome de imunodeficiência adquirido (SIDA) causado pelo vírus de imunodeficiência humano (VIH) pode ter atingimento cutâneo como várias manifestações mais ou menos comuns e, mais ou menos exuberantes de acordo com vários fatores, entre eles o não cumprimento de medicação. No entanto, é pre-

ciso estar-se atento a outros fatores de risco.

**Objetivo:** Interpretação e contextualização de sinais e sintomas.

**Material e método:** Observação do doente, interpretação de sinais, sintomas e de exames complementares de diagnóstico.

Homem, 52 anos, indigente, SIDA CDC C3 por infecção por VIH tipo1, VHC (Vírus de Hepatite C) positivo, hábitos tóxicos por opiáceos em programa de metadona. Não toma qualquer medicação. Apresentou lesões cutâneas pruriginosas nas regiões foto expostas com 15 dias de evolução. Tomou antibióticos e aplicou corticoides tópicos sem benefício. Vive na rua em condições de higiene e alimentação precárias. Após observação do padrão das lesões pôs-se a hipótese diagnóstica de pelagra, porfiria e dermatite eczematiforme.

Pelagra ou Deficiência de niacina, manifesta-se como dermatite em áreas fotoexpostas. Iniciou complexo vitamínico tipo B sem benefício. O estudo de porfirias foi negativo. Realizou biopsia cutânea que revelou dermatite espongíotica subaguda compatível com reticuloide actínico/dermatite actínica. Após aplicação de corticoides tópicos teve melhoria do prurido mas manteve lesões escamativas.

**Conclusão:** apesar dos fatores de risco para manifestações cutâneas típicas do VIH e do estilo de vida, o diagnóstico não está relacionado, alertando-nos para uma visão multidisciplinar e abrangente.

## CCO 03

### **PNEUMOCYSTIS JIROVECCI, NO DIAGNÓSTICO DE PRIMOINFECÇÃO POR VIH**

Daniela Casanova; David Paiva; Ana Luísa Campos; Ana Correia de Sá; Ana Luísa Ferreira; Magda Costa; Mariana Formigo; Isabel Trindade; Helena Sarmento; Jorge Cotter

*Hospital Senhora da Oliveira, Guimarães*

**Introdução:** A pneumonia por *Pneumocystis jirovecci* (PPJ) é uma infecção potencialmente fatal, comum na população imunocompro-

metida, sendo mandatório o seu diagnóstico e tratamento precoces. Doentes com VIH e com uma baixa contagem de células CD4 têm maior risco de infecção por este agente, no entanto os antiretrovíricos tornaram este tipo de apresentação mais raro. Apesar da redução na sua incidência, esta infecção mantém-se como a principal causa de infeções oportunistas de entre os doentes com VIH, particularmente quando o diagnóstico ainda não é conhecido, como é exemplo o caso clínico que será descrito.

**Caso clínico:** Homem de 46 anos, sem antecedentes pessoais de relevo, apresentou-se no serviço de urgência com clínica de dispneia, tosse seca e febre com 2 semanas de evolução. No Rx de tórax apresentava um infiltrado reticular difuso bilateral, tendo realizado TC torácico que mostrava um infiltrado intersticial difuso com áreas de vidro despolido dispersas bilateralmente (imagens 1 e 2). Analiticamente apresentava leucopenia de 3600/uL e uma insuficiência respiratória grave. Detetada positividade para antigénio VIH e a contagem de CD4 era de 83 células. Foi realizada broncofibroscopia com lavado broncoalveolar, onde foi feito o isolamento de *Pneumocystis jirovecci*. O doente iniciou tratamento dirigido com cotrimoxazol e antiretrovíricos tendo obtido melhoria clínica e resolução de insuficiência respiratória, acabando por ter alta orientado para consulta de Medicina Interna/Doenças infecciosas.

**Discussão/Conclusão:** No caso apresentado não existia o diagnóstico de imunodeficiência prévia, no entanto a sua imagem radiológica tão característica, associada a clínica e analítica, levou a que esta hipótese diagnóstica tenha sido equacionada. Na era dos antiretrovíricos, doenças como a PPJ tornaram-se menos frequentes, e tendo em conta a sua clínica mimetizadora de várias patologias pode se tornar menos lembrada pelos clínicos. Com este caso pretendemos trazer esta doença à nossa

mente e relembrar que casos aparentemente lineares podem se tornar complexos.

## CCO 04

### UMA PANÓPLIA DE INFEÇÕES E A SUA GESTÃO NUM ESTADO DE SIDA

Daniela Casanova; Letícia Leite; Nuno Carvalho; Clarisse Neves; Helena Sarmiento; Jorge Cotter  
*Hospital Senhora da Oliveira, Guimarães*

**Introdução:** Os doentes com VIH podem apresentar-se em vários estadios da doença, a SIDA é um estadio resultante de uma doença crónica, não controlada, definida por uma contagem leucocitária de CD4 inferior a 200 células ou a presença de uma doença definidora de SIDA. Para além das doenças oportunistas características deste estadio de doença outras condições, como a candidíase mucocutânea e outros achados dermatológicos, podem estar presentes resultando do seu estado grave de imunossupressão, sendo por isso muito desafiante o tratamento desta miríade de infeções concomitantes.

**Caso clínico:** Mulher de 38 anos com antecedentes de infeção por VIH há 19 anos, não cumpridora de TARV desde há cerca de 2 meses. Recorreu ao serviço de Urgência por episódio de síncope e diminuição de força muscular no membro superior direito, associadamente referia tosse e perda ponderal (~5%) com 1 semana de evolução. Do estudo realizado na admissão, analiticamente apresentava pancitopenia; no TC tórax mostrava múltiplas densificações nodulares dispersas bilateralmente com algum broncograma aéreo; no TC cerebral era descrita uma hipodensidade de carácter expansivo periolândica direita de etiologia inespecífica; apresentava uma carga vírica de 4690000/cópias e uma contagem CD4 de 64/células. Durante o internamento:

- Realizou RMN cerebral (imagem 1) que mostrava lesões dispersas pelo parênquima que sugeriam lesões infeciosas por agentes

oportunistas. Por febre foi realizada punção lombar de onde a pesquisa de *Toxoplasma gondii* foi positiva, confirmando assim o diagnóstico de Toxoplasmose cerebral tendo iniciado tratamento.

- Realizou BFC com isolamento de *Pneumocystis jirovecii* no lavado, pelo que iniciou terapêutica.

- Com conglomerado adenopático cervical (imagem 2) e pesquisa de IGRA positiva, que dada clínica sugestiva e ausência de isolamento de *Mycobacterium tuberculosis* no lavado e suco gástrico, iniciou terapêutica para Tuberculose ganglionar.

- Para além das infeções oportunistas acima descritas apresentava candidose orofaríngea e um eczema de predomínio periorbitário e inguinal com impétigo associado.

**Discussão/Conclusão:** Aqui apresentamos um caso de infeção por VIH com critérios de SIDA estadio C3 com múltiplas infeções oportunistas associadas que tornaram a terapêutica e a escalada diagnóstica desafiante. Com o início de antiretrovíricos e terapêutica dirigida às restantes condições foi conseguida a reconstituição imune com posterior seguimento e orientação em consulta.

## CCO 05

### TOXIDERMIA APÓS RE-INTRODUÇÃO DE TERAPÊUTICA

Rita Rosa Domingos; Pedro Reboredo; Carlos Candelas; Pedro Santos; Cristina Sousa  
*Hospital Faro*

Homem 57 anos, diagnóstico de HIV desde 2016, transmissão via sexual, com carga viral inicial 92000  $\wedge$ 3 c/mL; CD4 331cel/uL. Realizou teste para alelo HLA-B\*5701 negativo. Teste resistências negativo. Iniciou terapêutica com dolutegravir + lamivudina + abacavir (Triumeq®) em 2016, com boa resposta imunológica. Nega toma de outra medicação.

Após um período de toma irregular da med-

icação de cerca de um ano, volta à consulta em julho de 2021 com carga viral 98994x10<sup>3</sup> c/mL, log 10 5, CD4 497cel/uL.

Retomou terapêutica com Triumeq®, após teste de resistência. Recorreu ao SU em outubro 2021 por lesões cutâneas eritematosas, pruriginosas confluentes, maculopapulares, na região do tronco, membros inferiores e superiores, com 1 mês de evolução. Durante esse mês, por iniciativa própria, o doente realizou eliminação progressiva de ingesta de vários grupos alimentares, sem nunca obter melhora. Analiticamente sem alterações de relevo. Após suspensão terapêutica de Triumeq® obteve-se remissão completa das lesões cutâneas. Iniciou bictegravir + tenofovir alafenamida + emtricitabina com boa resposta analítica.

As reações adversas após reinício de terapêutica com Triumeq® (nos doentes que suspenderam terapêutica por razões não relacionadas com hipersensibilidade) são raras e habitualmente ocorrem horas após a primeira toma. No caso deste doente, a reação ocorreu semanas após a re-introdução da terapêutica. Clinicamente não é possível determinar se uma reação de hipersensibilidade com Triumeq é causada por abacavir ou dolutegravir, estando ambos associados a risco de reações de hipersensibilidade.

Com este caso os autores têm como objetivo destacar a possibilidade da ocorrência de reações de hipersensibilidade, de forma tardia, no contexto de re-introdução de terapia prévia.

## CCO 06

### PNEUMOCISTOSE NO INÍCIO DA PANDEMIA COVID: E AGORA?

Leticia Marques Leite; Olinda Miranda; Marta Batista; Helena Fernandes; Magda Fernandes; Helena Sarmento; Jorge Cotter  
*Hospital Srª da Oliveira*

**Introdução:** O *Pneumocystis Jirovecci* (PJ) é um agente oportunista que afeta sobretudo os pulmões dos doentes imunocomprometidos, como a Infecção pelo vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) principalmente associada a estados SIDA.

**Caso clínico:** Mulher, 46 anos, sem antecedentes relevantes. Recorreu ao serviço de Urgência (SU) no dia 24 de abril de 2020 por dispneia, tosse seca, anorexia e perda ponderal de 29% com um mês de evolução. Ao exame objetivo, apresentava-se consciente, apirética e polipneica. Do estudo no SU, apresentava insuficiência respiratória (Ratio PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> 250 mmHg) e proteína C reativa de 31,4 mg/L, sem outras alterações. A tomografia computadorizada do tórax mostrou densificação pulmonar em vidro despolido difusa em todos os campos pulmonares e com pequenos focos de consolidação bibasais com espessamento dos septos interlobulares a sugerir diagnóstico diferencial entre infeção por SARS-COV-2 e pneumocistose. Realizou-se pesquisa dos vírus da gripe, pesquisa por PCR do SARS-COV2, IGRA, hemoculturas, serologias de *Mycoplasma Pneumoniae*, *Legionella Pneumophila* (LP), *Chlamydia Pneumophila* e antígenoúria de LP e *Streptococcus Pneumoniae*, todos negativos. O teste HIV 1 foi positivo. A quantificação de RNA viral revelou 26400 cp/ml cópias e a contagem populações linfocitárias demonstrou 8 linfócitos TCD4+.

Não foi possível a realização da broncofibroscopia (BFO) com pesquisa de PJ no lavado broncoalveolar (LBA) por gestão de recursos

hospitalares no período pandêmico COVID19 em que nos encontrávamos. Assumiu-se o diagnóstico presuntivo de pneumocitose e iniciou-se trimetropim/sulfametoxazol associado a corticoterapia durante 21 dias, com melhoria clínica. Na segunda semana de antibioterapia, começou terapêutica anti-retrovírica com elvitegravir, cobicistat/tenofovir alafenamida e emtricitabina. Na reavaliação aos dois meses tinha recuperação ponderal e resolução das queixas, analiticamente apresentava 104 linfócitos TCD4+, 365 cp/mL cópias de RNA viral.

**Conclusão:** A Pneumocitose, em doentes com infecção por HIV, está associada a elevada mortalidade intra-hospitalar, sendo imperativo o início precoce do tratamento. Apesar do diagnóstico requerer a identificação do PJ no LBA ou na expetoração, o caso clínico ocorreu durante a pandemia COVID 19 com suspensão da BFO e/ou previsão da realização da mesma. Face à sintomatologia apresentada, imagem torácica sugestiva, imunossupressão documentada e ausência de outro microrganismo isolado, tornou-se prioritário iniciar antibioterapia dirigida ao PJ, adaptando-se e personalizando-se a medicina caso a caso, para benefício do doente.

## CCO 07

### ALTERAÇÃO DO ESTADO DE CONSCIÊNCIA – UM CASO DE HIV

Elisabete Ribeiro; Catarina Dias; Sara Silva; Leticia Leite; Marta Batista; Ana Leite; Helena Sarmento; Jorge Cotter  
*Hospital Guimarães*

**Introdução:** O síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA) é a forma mais grave da infecção provocada pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV). A SIDA continua a ser um importante problema de saúde global nos dias de hoje.

**Caso clínico:** Homem, 31 anos, admitido no serviço de Urgência (SU) por alteração do

estado de consciência. De antecedentes pessoais, a destacar síndrome depressivo, gonorreia e sífilis prévias. Tratava-se de um doente com comportamentos sexuais de risco, fumador activo e consumo de canabinoides. O doente recorreu ao SU por quadro de diplopia bilateral, lentificação psicomotora e noção de alteração da linguagem com 3 dias de evolução. Referia perda ponderal involuntária de 50 kg em 2 anos e astenia nos últimos 3 meses. Negava sudorese noturna, lesões cutâneas de novo ou febre. Sem medicação habitual. Na admissão encontrava-se hemodinamicamente estável, emagrecido, com escoriações nas regiões frontal, periauricular bilateral e couro cabeludo, com prurido, sem evidência de sinais inflamatórios locais. Sem adenomegalias cervicais, axilares ou inguinais palpáveis. Ao exame neurológico: lentificação psicomotora, disartria e marcha atáxica. Analiticamente: anemia microcítica/hipocômica, linfopenia, sem elevação de parâmetros inflamatórios, com pesquisa de drogas de abuso negativas. O angio-TC excluiu lesões isquémicas ou hemorrágicas agudas, mas evidenciou ligeiro alargamento de alguns sulcos da convexidade cerebral. Foi realizada punção lombar, com saída de líquido límpido, com consumo de glicose e proteinorráquia. A RMN-CE mostrou áreas lesionais com hipersinal e restrição da difusão na região centro-lateral direita no mesencéfalo, no pedúnculo cerebral esquerdo e no hemisfério cerebeloso direito, a traduzir provavelmente lesões de natureza inflamatória. Do estudo inicial a destacar HIV positivo (linfócitos T 672 células/uL, CD4+ 25 células/uL). Foram excluídas tuberculose cerebral, infecção por *Cryptococcus*, vírus JC e neurosífilis. A pesquisa de *Toxoplasma Gondii* no líquido foi positiva. Durante o internamento o doente apresentou agravamento do estado de consciência. De intercorrências - pneumonia por *Pneumocystis jirovecii*, com necessidade

de suporte ventilatório invasivo e transferência para a UCIP, com resposta desfavorável às medidas instituídas, culminando com o óbito. Discussão: o doente foi diagnosticado com infecção por HIV, estadio SIDA, tendo iniciado TARV. Associadamente medicado com pirimetamina e sulfadiazina dirigida à toxoplasmose cerebral, e trimetropim/sulfametoxazol dirigido à pneumonia por *Pneumocystis jirovecii*. Conclusão: A toxoplasmose é a infecção do sistema nervoso central mais comum em doentes com SIDA. A incidência das infecções oportunistas nos doentes HIV+ diminuiu nos últimos tempos após a introdução da TARV. Este caso trata-se de um desafio clínico dada a gravidade e o desfecho do quadro num doente jovem.

## PO 9

### O DIAGNÓSTICO DA INFECÇÃO POR VIH NO PRÉ E PÓS COVID-19

Joana Cabrera; Andreia Seixas; Margarida Mota  
*Hospital Gaia*

O timing de diagnóstico da infecção por HIV (Vírus da imunodeficiência humana) desempenha um valor fulcral na abordagem e na prevenção de complicações da doença, que, quando é diagnosticada tardiamente, se pode apresentar em estadio de SIDA (Síndrome de imunodeficiência adquirida).

A partir de março/20, em consequência da pandemia por Sars-CoV2, o acesso aos cuidados de saúde tornou-se reconhecidamente mais tardio, limitado e difícil. O objetivo deste trabalho é analisar os diagnósticos de HIV de novo de um grande hospital urbano nos 18 meses prévios a março/20 e comparar diferentes variáveis com os 18 meses após o início da pandemia.

Verificou-se que as características demográficas da população antes e após março/20 não variaram: em ambos os grupos a média de idades era de 44 anos, com um desvio

padrão de 13 anos. Relativamente ao género, também nenhuma diferença estatisticamente significativa foi identificada (69% e 60% de doentes homens em cada grupo). Em ambos os grupos, a maioria dos diagnósticos foi efetuada em indivíduos caucasianos (94% e 88%, respetivamente), mas verificou-se uma prevalência crescente do peso de diagnósticos em doentes de outras etnias no período após março/20 (8% doentes de raça negra vs. 4% e 4% de doentes hispânicos vs. 2%).

Foi também avaliado o modo de transmissão viral presumido e verificou-se uma tendência semelhante em ambos os grupos: em primeiro lugar surge a transmissão sexual entre heterossexuais (49% e 42%, respetivamente) seguida pela transmissão MSM (men sex with men) (39% e 35%). As restantes formas de transmissão, nomeadamente a toxicod dependência (8% vs. 15%) ou vias de transmissão desconhecidas tiveram menor prevalência.

Finalmente, comparou-se a avaliação clínica e laboratorial à data de diagnóstico: 100% dos doentes apresentavam infecção a HIV-1. A contagem de células CD4+ à data de diagnóstico não apresentou nenhuma variação estatisticamente significativa nos dois grupos. Exatamente 31% dos doentes de ambos os grupos apresentavam sintomas à data de diagnóstico, com duração globalmente semelhante. Foi também avaliada a prevalência das diferentes doenças definidoras de SIDA no período pré e pós pandemia, sem se encontrar diferença estatisticamente significativa em qualquer uma. Relativamente à necessidade de internamento, esta existiu em 33% dos doentes pré vs. 29% dos doentes pós-pandemia (sem diferença estatisticamente significativa).

Assim, apesar da limitação no acesso aos cuidados de saúde, não parece ter havido diferenças significativas no diagnóstico da infecção de novo por HIV numa avaliação precoce.

## CCO 10

### O DESAFIO DIAGNÓSTICO DE UMA VOLUMOSA MASSA TORÁCICA

Catarina Jorge; Sara Duarte; Tatjana Mihailovic;  
José Manuel Ferreira; Mário Lázaro  
*Centro Hospitalar do Algarve, EPE / Hospital de Faro*

**Introdução:** O linfoma não Hodgkin (LNH) é uma das neoplasias mais associadas à infeção por vírus da imunodeficiência humana (VIH), sendo o linfoma burkitt o e o linfoma difuso de grandes células B (LDGCB) os mais prevalentes e definidores da síndrome de imunodeficiência adquirida. A implementação da terapêutica antiretroviral (TARV) veio reduzir a incidência do linfoma. O risco de infeção é superior nos LNH e VIH durante a quimioterapia (QT), sobretudo nos que apresentam um tempo de TARV inferior a 6 meses, onde o risco é 3 vezes superior.

**Caso clínico:** Homem 66 anos recorre ao serviço de urgência por volumosa massa da parede torácica direita de crescimento indolente, ao longo de 2 anos e meio. Apresentava tosse não produtiva desde há 3 semanas, anorexia agravada no último mês e perda ponderal de 15 kg nos últimos 9 meses. Sem febre ou diaforese. Ao exame físico, massa torácica localizada entre as linhas médio-clavicular e axilar posterior direitas, desde a região axilar até ao hipocôndrio ipsilateral (38x20 cm). Ficou internado para estudo etiológico da volumosa massa. A tomografia computadorizada toraco-abdominal revelou massa localizada nas partes moles da região torácica direita, heterogénea, em contacto com os arcos costais e extensão até à pleura (espessamento de 3 cm) e derrame pleural. Sem alterações parenquimatosas pulmonares ou hepáticas, sem adenopatias, sem outras alterações. A ressonância magnética confirmou envolvimento pleural, levantando as hipóteses de sarcoma vs doença linfoproliferativa. A análises revelavam anemia, linfopenia e

hipercalcemia grave com cálcio sérico corrigido de 16,4 mg/dL) com lesão renal aguda. Procedeu-se a biópsia aspirativa e incisional da lesão. No estudo analítico complementar apresentava infeção VIH 1 com CD4+ 79 e carga viral 38640 cópias/mL, tendo iniciado de imediato tenofovir alafenamida/emtricitabina/rilpivirina, enquanto aguardava resultado histológico. Evolução clínica para síndrome de lise tumoral com histologia a revelar LDGCB. O doente foi transferido para os cuidados intensivos e iniciada QT com R-CHOP, com redução muito significativa da massa tumoral após 1º ciclo (>50%). Neutropenias febris recorrentes após cada ciclo de QT, tendo falecido após o 3º ciclo com neutropenia febril que evoluiu para choque séptico.

**Conclusão:** É relevante realçar neste caso a estrita associação entre o LNH e VIH bem como a importância do rastreio serológico nestes doentes. Este caso foi particularmente desafiante pela imunossupressão induzida pela infeção VIH acrescida à secundária à QT que, apesar da excelente resposta inicial aos citostáticos, conduziu a vários episódios infecciosos. É imperativo nestes doentes o diagnóstico e instituição precoce da TARV, bem como otimizar o tratamento de suporte (profilaxia antibiótica, GCSF entre ciclos e follow up apertado), de modo a melhorar o prognóstico.

## CCO 11

### FEBRE EM DOENTE COM SÍNDROME DE IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA – UM CASO CLÍNICO DE DIFÍCIL ACESSO

Pedro Reboredo; Rita Domingos; Ana Rodrigues;  
Cristina Sousa; José Ferreira  
*CHUA Faro*

**Introdução:** Apesar de um melhor controle da infeção pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH) com a terapêutica antirretroviral, continua a haver casos de Síndrome febril re-

lacionados com intercorrências e incidentes da vida pessoal.

**Caso clínico:** Os autores apresentam um caso de uma doente que vive com VIH1 que estava virologicamente controlada, mas que interrompeu a terapêutica por fatores que não foram da sua responsabilidade.

Nessa sequência, começaram a apresentar febre de etiologia indeterminada que obrigou ao internamento da doente e a uma pesquisa diagnóstica exaustiva.

O 1º diagnóstico foi apenas conseguido pela reação em cadeia da polimerase positiva (PCR+) no líquido por *Mycobacterium tuberculosis*. Este diagnóstico obrigou à adaptação da terapêutica antirretroviral da doente devido ao uso concomitante dos antibióticos.

**Discussão:** A tuberculose continua a ser uma causa importante de febre nesta patologia e deve ser exaustivamente pesquisada.

## CCO 12

### NEOPLASIA NÃO DEFINIDORA DE SÍNDROME DE IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA- CASO CLÍNICO DE DIFÍCIL ACESSO

Joana Lopo; Pedro Reboredo; Rita Rosa Domingos; Cristina Sousa; José Ferreira

CHUA Faro

**Introdução:** A terapêutica antirretroviral tornou a infecção pelo vírus da imunodeficiência humana adquirida (VIH) numa doença crónica, mas as infecções oportunistas e as neoplasias podem alterar drasticamente a evolução da doença se não forem diagnosticadas atempadamente.

Os autores apresentam um caso clínico de uma mulher de 58 anos de idade seguida na consulta de Imunodeficiência com Síndrome de Imunodeficiência Adquirida desde 2005 e tuberculose ganglionar resistente a isoniazida. Recorre ao serviço de Urgência por dor abdominal com cerca de 1 semana de evolução. Referia quadro concomitante de odinofagia,

astenia, anorexia, e perda ponderal não quantificada. Objectivamente: candidíase oral e dor epigástrica com irradiação ao hipocôndrio direito. Efectuou endoscopia digestiva alta que relatou esofagite péptica e pápulas gástricas. A ecografia abdominal revelou via biliar principal com calibre no limite da normalidade e dilatada a nível intra-pancreático que não era concordante com tomografia computadorizada abdominal. A doente efectuou colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE) destacando-se doença inflamatória intestinal sem lesões; papila procidente: biopsiou-se; via biliar principal dilatada com estenose na porção terminal. Realizou-se ecoendoscopia revelando lesão hipocogénica com 18 mm no plano axial, bem delimitada, confinada à parede duodenal (não ultrapassa a muscularis própria). Hilo hepático com múltiplas adenopatias hiperecogénicas (10-15mm).

**Conclusão:** aspectos compatíveis com ampuloma, localizado junto à parede duodenal. Realizou CPRM para melhor localização do ampuloma. Estava medicada à data do internamento com cotrimoxazol forte, rifampicina, etambutol, ofloxacina, não estando a fazer terapêutica antirretroviral por má adesão. Do estudo analítico efectuado salienta-se CD4 = 33 mm<sup>3</sup>, carga viral para VIH1=40700c/ml, log<sub>10</sub> =4.61 e pesquisa de *Cryptosporidium* nas fezes positiva. Iniciou terapêutica com fluconazol, bictegrovir, emtricitabina e tenofovir alafenamida.

Posteriormente efectuou cirurgia (hemigastrectomia distal, duodenopancreatectomia, esplenectomia e colecistectomia), cujo diagnóstico anatomopatológico foi adenocarcinoma da ampola de Vater de 0,8 cm (pT1). Não se identifica invasão vascular, sem invasão tumoral nas restantes peças operatórias.

Actualmente, com 6 meses de *follow-up*, encontra-se em remissão completa a fazer terapêutica com pancreatina, cotrimoxazol,

folinato de cálcio, ofloxacina, bictegravir, emtricitabina, tenofovir alafenamida, raltegravir, rifampicina, etambutol, insulina Glargina e regular em SOS.

**Discussão:** Os autores salientam a dificuldade da precisão diagnóstica em doente com múltipla patologia e exames complementares contraditórios.

## CCO 13

### **QUANDO NÃO EXISTEM RECOMENDAÇÕES TERAPÊUTICAS: UM CASO RARO DE INFECÇÃO AGUDA POR VIH E VHB**

Ana Gorgulho<sup>1</sup>; Catarina Santos<sup>2</sup>;

Mafalda Guimarães<sup>2</sup>; Vanda Castro<sup>2</sup>; Inês Vaz Pinto<sup>2</sup>

<sup>1</sup>*Serviço de Medicina Interna;* <sup>2</sup>*Unidade Funcional VIH/SIDA - Hospital de Cascais Dr. José de Almeida*

Os autores apresentam um caso raro de co-infecção aguda pelos vírus da imunodeficiência humana (VIH) e da hepatite B (VHB).

Homem de 33 anos, identificado como transgénero não binário, recorre a uma consulta num hospital privado por quadro de icterícia, colúria e febre com mais de um mês de evolução. Dos antecedentes pessoais a referir episódio de sífilis tratada um ano antes. Nessa altura com serologia para VIH, VHB e VHC negativas. Referenciado para vacinação da hepatite B que não efectuou. Nunca fez profilaxia pré-exposição para o VIH (PrEP). Era portador de análises compatíveis com processo de hepatite aguda: elevação de transaminases superior a 10X o limite do valor de referência e bilirrubina total 10.3 mg/dl. Das serologias virais realizadas a destacar: AgHBs positivo, AgHBe positivo, AchCV negativo, AcVHA total negativo e AcVIH positivo.

Referenciado à consulta do nosso hospital onde se apresentou já assintomático; do exame objectivo apenas a destacar ligeira icterícia das escleróticas. Referia ter realizado teste VIH com resultado negativo 6 meses antes.

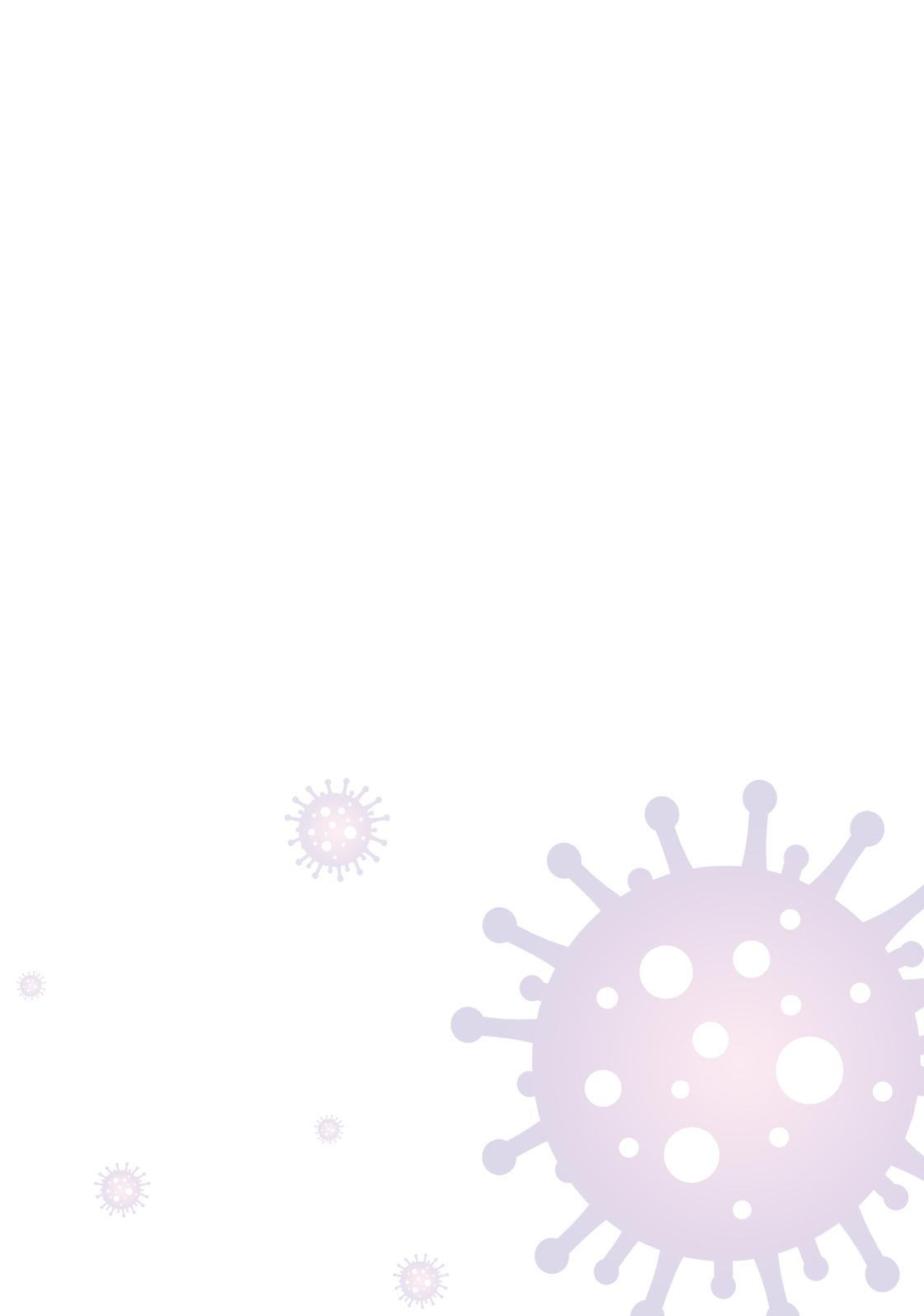
Perante evidência de infecção por VIH aguda/

recente com co-infecção por VHB, optou-se por iniciar terapêutica antiretroviral (TARV) numa estratégia de test and treat. Colheu análises e iniciou bictegravir/emtricitabina/tenofovir alafenamida. As análises vieram a revelar: CV VIH1 76624 cópias/mL (log 4.88), subtipoF, teste de resistência negativo; CD4+389 células/ $\mu$ L (19.8%), ratio C4/CD8 0.32; AST 85 UI/L, ALT 232 UI/L, Bilirrubina total 2.22 mg/dL. Na reavaliação analítica aos três meses após início de TARV: CV VIH1 <30 cópias/mL; CD4+ 627 células/ $\mu$ L (31.4%), ratio C4/CD8 0.75; CV VHB <10UI/mL, AgHBs negativo, AchBc negativo (valor muito próximo do cut-off), AchBs positivo.

O tratamento da hepatite aguda por VHB é habitualmente de suporte, pois o risco de hepatite aguda fulminante é inferior a 1% e a probabilidade de evolução para hepatite crónica é inferior a 5%. Apresentamos um doente que tem simultaneamente uma infecção por VIH aguda ou recente (serologia para VIH negativa 6 e 12 meses antes), esta sim com indicação terapêutica indiscutível. As recomendações terapêuticas disponíveis abordam apenas a co-infecção VIH/VHB crónica, não mencionando estes casos raros de co-infecção aguda. Foi nossa opção a utilização de um esquema terapêutico contendo emtricitabina/tenofovir disoproxil fumarato (ou tenofovir alafenamida) de forma a tratar em simultâneo as duas infecções virais.

# NOTAS

---



# XX

## PANDEMIA VIH

NOVOS DESAFIOS EM TEMPOS DE OUTRA PANDEMIA

JORNADAS DO NEDVIH

### Organização



### Patrocínio Científico



### Patrocínios



### Secretariado

**ad**médic<sup>+</sup>  
paula.cordeiro@admedic.pt

