



XXI

JORNADAS DO NEDVIH

RECUPERAR O FUTURO

3 & 4 | MARÇO
2023

HOTEL VILA GALÉ **LAGOS**

PROGRAMA



Aceder à versão digital
do programa com resumos



RECUPERAR O FUTURO

JORNADAS DO NEDVIH

SEXTA-FEIRA | 03 DE MARÇO DE 2023

14:30h Abertura do secretariado

15:00 | 15:15h **SESSÃO DE ABERTURA**

Coordenador do NEDVIH – Dr. José Vera
Diretor do Serviço de Medicina 2 CHUA – Dr. José Manuel Ferreira
Resp. pela Consulta de Imunodeficiência na UH Portimão – Dra. Domitília Faria
Diretora do Serviço de Medicina 3 CHUA – Dra. Luísa Arez
Rep. da Câmara Municipal de Lagos – Dra. Sara Coelho

15:15 | 15:45h **CONFERÊNCIA De olhos postos no futuro 1**

No rescaldo da pandemia, como recuperar as metas da OMS para o controlo da infeção VIH?

Presidente: José Vera
Palestrante: António Diniz

15:45 | 16:45h **MESA-REDONDA De olhos postos no futuro 2**

Moderadores: Luísa Azevedo e Pedro Cunha
Formação em VIH – Infeção VIH na formação específica em Medicina Interna, que futuro?

Perspectiva do Interno
Vasco Gaspar
Perspectiva do Especialista
Helena Sarmento
Perspectiva da SPMI
Lêlita Santos 

Discussão

16:45 | 17:15h Intervalo para café

17:15 | 18:30h **Viver com VIH e a saúde mental**
Moderadores: Telo Faria e Inês Vaz Pinto
Estigma ainda uma realidade?
Ana Duarte
Como abordar a ansiedade e depressão no VIH
Flávia Polido
O VIH e o impacto na sexualidade
David Evans 
O VIH e o impacto do envelhecimento
Sílvia Ouakinin
Discussão

20:00h Jantar das Jornadas

SÁBADO | 04 DE MARÇO DE 2023

08:00h Abertura do secretariado

08:30 | 10:00h **Comunicações orais**
Moderadoras: Cristina Sousa e Liliana Pedro
Prémio para a melhor comunicação

10:00 | 11:15h **O papel da terapêutica injetável no futuro próximo**
Moderadores: Fausto Roxo e Raquel Pinho
GILEAD – Julien Roger-Schmeltz
VIIV – Inês Augusto
Enfermagem – André Silva
Associação de doentes – Luís Mendão
Discussão

11:15 | 11:45h Intervalo para café

11:45 | 12:15h **CONFERÊNCIA Resistências – O que podemos esperar no futuro?**
Presidente: Teresa Branco
Palestrante: Perpétua Gomes

12:15 | 12:30h **CERIMÓNIA DE ENCERRAMENTO**
José Vera, Ana Pimenta Castro e Domitília Faria
Homenagem a Carlos Santos e Ana Paula Fonseca, fundadores das Consultas de Imunodeficiência no Algarve



CO 01

NEURONOPATIA DE CÉLULAS GRANULARES – UMA APRESENTAÇÃO CLÍNICA DIFERENTE, O MESMO DILEMA TERAPÊUTICO

Catarina Melita¹; Lília Castelo Branco²; Margarida França³

¹Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca; ²Unidade Local de Saúde do Nordeste / Hospital de Bragança;

³Unidade de Imunologia Clínica, Centro Hospitalar Universitário de Santo António, Porto

Introdução: A reativação do vírus JC (VJC) está sobretudo associada à leucoencefalopatia multifocal progressiva (LEMP) em doentes com compromisso imunitário, nomeadamente com infeção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH). Outras apresentações neurológicas são possíveis, tais como a neuropatia de células granulares.

Esta entidade, descrita em 2003, está relacionada com uma variante na cápside do vírus, e os doentes apresentam-se com disartria, ataxia da marcha, trunca e apendicular, e atrofia cerebelosa. Apresentando elevada morbimortalidade e não dispondo de tratamento dirigido, o restabelecimento da imunocompetência é central no prognóstico da doença.

Descrição do caso: Descreve-se o caso de um homem de 50 anos, com hemofilia A e coinfeção pelo VIH 1 e Vírus da Hepatite C conhecidas desde 1987.

Sem terapêutica antirretroviral (tARV) até

2000, altura em que foi diagnosticada LEMP, apresentando 132 CD4/mm³ e carga viral de 152.000 cópias/mL. À data, iniciou tARV, com melhoria do quadro neurológico, tendo sido também medicado com cidofovir.

Em supressão virológica desde 2011 e com CD4 normais, manteve-se estável até 2017, altura em que apresentou ataxia da marcha de agravamento progressivo, disartria ligeira e dismetria apendicular, acompanhado de discreta hemiparesia direita. Nesta data estava medicado com emtricitabina, darunavir/c e raltegravir.

Apresentava um líquido de características inflamatórias inespecíficas, com RNA VIH indetetável e pesquisa de JCV negativa. Foram excluídas infeção, doença linfoproliferativa ou doença imunomediada. A Ressonância Magnética constatou agravamento da carga lesional documentada em 2000, sobretudo na fossa posterior, com lesões simétricas do cerebelo, atrofia cerebelosa e o sinal de “hot-cross-bun”. Não foi possível a realização de biópsia cerebral.

Dados os antecedentes de LEMP, em conjugação com os novos achados clínicos de síndrome cerebelosa progressiva e as características imagiológicas sugestivas, estabeleceu-se o diagnóstico presuntivo de neuropatia cerebelosa de células granulares associada ao VJC.

Discussão: O diagnóstico das doenças neurológicas associadas ao VJC assenta geralmente na clínica, achados radiológicos compatíveis e identificação do vírus no LCR ou tecido cerebral. A ausência de deteção de DNA viral no LCR não exclui o diagnóstico, já que doentes com boa reconstituição imunitária podem apresentar replicação viral abaixo do limite detetável.

Este caso é importante por dar conta de uma entidade ainda pouco reconhecida associada ao VJC e com tropismo pelo cerebelo. Além do mais, na infeção VIH, é rara a associação de reativação do VJC com um normal estado imunitário. O que se observou neste doente foi uma progressão da doença sob tARV e com reconstituição imunológica, levantando um sério desafio tanto diagnóstico como terapêutico.

CO 02

CARACTERIZAÇÃO DOS CASOS DE DOENTES COM ENFARTE AGUDO DO MIOCÁRDIO (EAM) E HIV NUM HOSPITAL

Cláudia Gaspar¹; Ana Pimenta de Castro¹; Isabel Rodrigues¹; Helena Gonçalves²; José Ferreira¹; Ana Marreiros³; Mariana Antão¹; Joana Oliveira¹; Fátima Cereja¹

¹Centro Hospitalar do Algarve, EPE / Hospital de Faro;

²Departamento de Matemática, FCT, Universidade do Algarve; ³Faculdade de Medicina e Ciências Biomédicas

Com o acesso à terapêutica antirretroviral (ART), a incidência geral de morte relacionada à infeção pelo HIV diminuiu drasticamente, sendo que a doença cardiovascular surgiu como uma importante causa de morte em pacientes com HIV em relação à diminuição da incidência de doenças oportunistas. Diversos estudos indicam, que mesmo com terapia antirretroviral eficaz, pessoas com HIV têm maior risco de enfarto do miocárdio e morte cardiovascular do que os não infetados da mesma idade.

Este trabalho teve como objetivo caracterizar os internamentos com o diagnóstico de EAM em doentes com HIV num Hospital

Foi realizado estudo observacional retrospectivo, no qual foram considerados todos os doentes internados com EAM e HIV num período de 6 anos (2017 a 2022). Foi realizada a análise estatística e analisados os dados demográficos, clínicos e laboratoriais dos dados recolhidos

No período de 6 anos estudado, foram admitidos um total de 3750 doentes com EAM, sendo que 23 doentes tinham concomitantemente diagnóstico de HIV. Populacionalmente observou-se 21 indivíduos do sexo masculino (91.3%) e 2 indivíduos do sexo feminino (8.7%). A média de idade compreendida foi de 61.6 (\pm 63.0) anos. Em média o tempo de internamento foi de 6,26 (\pm 5,2) dias. Em média a população tinha o diagnóstico de HIV há 13.8 (\pm 7.3) anos.

Em relação ao tipo de EAM, pode-se observar que houve uma maior ocorrência de EAM com supradesnivelamento ST (65,2%).

O perfil lipídico foi analisado, observando-se um colesterol total em média de 194,5 (\pm 36.8), LDL de 194.5 (\pm 36.8) e triglicéridos 158 (\pm 109.9). Notou-se que foi nos EAMSST que os valores de LDL foram mais altos com uma média de 149.4 (\pm 30.5) p 0.034.

Antes e após o EAM, a contagem de CD4+ não sofreu grandes alterações, com uma média de 688.6 (\pm 266.0) e 683.2 (\pm 304.2) respetivamente.

No que diz respeito ao esquema de ARVT, 13 doentes (56,5%) encontravam-se a realizar Abacavir assim com Lamivudina, 11 doentes (47,8%) Dolutegravir, 8 doentes (34,8%) Emtricitabina assim como Tenofovir e os restantes tinham no seu esquema Raltegravir, Efavirenze, Rilpivirina, Atazanavir e Elvitegravir.

A nível de conclusão, foi observado que a maioria da nossa população estava a tomar

Abacavir. Tratou-se de uma população maioritariamente masculina, no entanto, com uma idade média >50 anos. A mortalidade observada nesta população (4,3%) foi sobreponível à da população em geral.

CO 03

HIROCEFALIA DE PRESSÃO NORMAL EM DOENTE COM MENINGITE CRIPTOCÓCICA

Pedro Reboredo¹; Rita Domingos¹;
Nathaly Guerreiro¹; Cristina Sousa¹
¹CHUA Faro

Introdução: *Cryptococcus neoformans* é um fungo encapsulado saprófita, que pode causar doença em indivíduos imunodeprimidos. A infeção pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH) constitui-se como um fator de risco importante, responsável por cerca de 80% da incidência da doença. A meningite criptocócica (MC) é uma manifestação frequente, embora a apresentação possa ser pulmonar, cutânea, óssea ou visceral.

Caso clínico: sexo masculino, 73 anos, cognitivamente íntegro, independente nas atividades de vida diária. Residiu vários anos na Tailândia, em Portugal desde 2018. Diagnóstico de VIH em 2002, com má adesão à terapêutica antirretroviral (TARV) e de forma errática. Desconhece-se última toma. Recorre a consulta de Imunodeficiência para novo seguimento e queixas de cefaleias e astenia.

Marcha diagnóstica: ao exame objetivo apurou-se lentificação do discurso, quadro confusional, alteração na marcha com desequilíbrio e história de incontinência urinária. Parâmetros vitais normais, febre e sinais meníngeos ausentes. Tal motivou internamento para estudo. Do estudo analítico destaca-se carga viral 527.123 cópias/mL, CD4 84 cel/μL, serologias para vírus da Hepatite B e C e *Treponema pallidum* negativos. Realizou tomografia computadorizada à admissão: “Ligeira ventriculomegalia supratentorial, sem

redução do ângulo caloso, observando-se uma discreta redução da permeabilidade dos sulcos corticais cerebrais da alta convexidade cerebral”. Avançou-se para punção lombar (PL) que revelou: pressão de abertura de 17 mmHg e presença de *Cryptococcus neoformans*. Após PL verificou-se melhoria no teste do tempo de marcha, melhoria do padrão da cefaleia, das alterações neurológicas e da incontinência urinária. Fez-se diagnóstico de Hidrocefalia de Pressão Normal (HPN), associado a MC. Instituiu-se esquema terapêutico de indução com Anfotericina B lipossómica e Flucitosina e necessidade de realização de diversas PL evacuadoras, tendo-se verificado paulatina melhoria clínica e analítica. Teve alta para Hospitalização Domiciliária para cumprir esquema de consolidação.

Conclusão: os sintomas mais comuns de MC são cefaleia e confusão (contudo os doentes poderão ser completamente assintomáticos), o que muitas vezes podem ser transversais a outras patologias, nomeadamente a HPN. Esta caracteriza-se por pela tríade alterações da marcha, incontinência urinária e demência. Apesar de descritos alguns casos da associação das duas, muitas vezes não é tida em conta no diagnóstico diferencial. Como tal, devemos estar mais alertas para tal possibilidade.

CO 04

CRIOCOCOMA CEREBRAL EM INFETADO COM VIH: UM CASO DE DIFÍCIL GESTÃO

Ana Rita Rocha¹; Marina Coelho²; Margarida França³
¹Hospital José Joaquim Fernandes - Beja; ²Centro Hospitalar do Oeste / Hospital Distrital de Torres Vedras; ³Unidade de Imunologia Clínica; Centro Hospitalar Universitário de Santo António; Porto

Introdução: A criptococose cerebral é a infeção fúngica mais frequente do sistema nervoso central (SNC) e a meningoencefalite a apresentação mais frequente em imunocomprometidos. O criptococoma cerebral

(CC) é a forma granulomatosa crônica da criptococose do SNC. A sua ocorrência é mais frequente em doentes imunocompetentes. Alguns doentes com infecção pelo VIH, infetados com *Cryptococcus neoformans* e que iniciam terapêutica antirretroviral (tARV), desenvolvem síndrome inflamatória de reconstituição imune (SIRI), tendo sido descritos casos de CC neste contexto.

Caso clínico: Homem, 52 anos, diagnosticado aos 44 anos (dezembro 2014) com infecção VIH1 em estadio C3 (CD4=14 células/ul=4.3%; carga viral=220000 cópias/ul) no contexto de pneumocistose. No internamento e já sob tARV com emtricitabina+tenofovir+darunavir/r, desenvolveu criptococose meningea com trombose dos seios venosos, tratada e com cultura estéril para *Cryptococcus neoformans* às 3 semanas. Posteriormente diagnóstico de encefalite por CMV, à data com CD4=40 (19%) e RNA VIH=4460 cópias, cumprindo critérios de SIRI.

Seis meses após o início de tARV, em contexto de crise convulsiva é constatada lesão cerebral (LOE), com biópsia 4 meses após, a documentar abscessos múltiplos por *Cryptococcus neoformans*. Nesta data apresentava CD4=155 (17%) e RNA VIH indetetável. Reiniciada terapêutica com anfotericina B lipossômica+ flucitosina+corticóide, com manutenção posterior com fluconazol. Cerca de 2 anos após, com CD4= 263 (13%) mantinha LOE. Nova abordagem cirúrgica confirma a presença de *Cryptococcus neoformans*, tendo sido novamente submetido à terapêutica anti-fúngica prévia. Com RMN cerebral anual de controle, manteve fluconazol até auto-suspensão em fevereiro 2021. Atualmente está assintomático sob anti-comicial, apresenta CD4= 243 (14%) e o último controle imagiológico mostrou evolução favorável traduzida por desaparecimento da maioria das lesões captantes de contraste.

Conclusão: Apresentamos um caso raro de um homem com infecção VIH e com CC a *Cryptococcus neoformans*, com 8 anos de evolução, com tratamento anti-fúngico arrastado e ainda não resolvido. Não há estudos prospetivos do tratamento do CC e as recomendações são escassas. O tratamento baseia-se na indução com anfotericina B combinada com flucitosina, seguida de consolidação com fluconazol. A duração do tratamento depende da clínica, da imagem e identificação do agente (quando possível), com recomendação preferencial por 18 meses. As imagens isoladamente podem ser sobrevalorizadas sendo que algumas lesões cerebrais persistem por longos períodos, sem significado patológico identificado.

CO 05

OBSTRUÇÃO DA VIA AÉREA NUMA DOENTE COM INFEÇÃO POR HIV RECÉM-DIAGNOSTICADA

Inês Almeida Pintor¹; Marina Coelho²; Sérgio Azevedo³; Tânia Faustino Mendes⁴; Fernanda Almeida⁵

¹Centro Hospitalar do Baixo Vouga / Hospital Infante D. Pedro, EPE; ²Centro Hospitalar do Oeste / Hospital Distrital de Torres Vedras; ³Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE / Unidade de Abrantes; ⁴Hospital de Vila Franca de Xira; ⁵Centro Hospitalar Universitário de Santo António

O Sarcoma de Kaposi (SK) é pouco frequente; está associado à infecção pelo herpesvirus 8; é mais comum no homem e na forma cutânea (87%), podendo também ser visceral (cavidade oral, faringe, laringe, lábios, conjuntiva).

Mulher, 65 anos. Testemunha Jeová (recusa transfusão sanguínea). No mês anterior tinha sido enviada à consulta de Medicina Interna para estudo de pancitopenia e quadro consumptivo - diagnosticada infecção por Vírus da Imunodeficiência Humana 1 (1000000 cópias/mL, CD4 49/uL), estadio C3. SK cutâneo provável, com lesões angiomatosas cervicais,

pós-auriculares, lombares, anais e base da língua, indolores, não pruriginosas, duras. Tomografia computadorizada (TC): realce da parede posterior da língua e faringe. Por disfagia e odinofagia à direita realizou endoscopia alta (EDA): candidíase esofágica (Fluconazol 200mg).

Internada na Medicina Interna por febre (38.5°C) e tosse não produtiva com 1 dia. Pancitopenia (Hemoglobina 6g/dL, Leucócitos 3000/uL, Plaquetas 88000/uL), Proteína C reativa 23mg/dL.

Por manter disfagia repetiu EDA: mantinha candidíase; lesões vinosas esofágicas e gástricas, sugestivas de SK, sem histologia. Colonoscopia: pólipos hiperplásicos. Sem resistência a anti-retrovirais. Serologias, hemoculturas e antigénio criptocócico negativos. TC tórax: vidro despolido nos lobos superiores e padrão reticulonodular subpleural; boscofibroscopia: antracose no lobo superior direito - diagnóstico presuntivo de Pneumocistose. Mielograma sem infiltração neoplásica. Ecocardiograma sem endocardite. Biópsia de lesão cutânea: SK.

Iniciou Emtricitabina, Tenofovir, Darunavir e Ritonavir. Realizou Fluconazol 400mg (candidíase resolvida) e Cotrimoxazol 800+160mg. Após início de anti-retrovirais, com recuperação de CD4 e diminuição da carga viral. Edema progressivo na região cervical, com obstrução quase total da via aérea e necessidade de traqueostomia - quadro provocado pelo crescimento de lesão SK cervical e faringo-laríngea, em contexto de Síndrome de Reconstituição Imune. Diagnóstico de SK disseminado cutâneo e visceral – iniciou Doxorrubicina, com regressão das lesões e melhora das citopenias.

Alta com consulta de VIH e Oncologia, sob Doxorrubicina, anti-retrovirais e Cotrimoxazol profilático.

O SK faríngeo é pouco comum, mas pode ser

ameaçador de vida. Os exames imagiológicos avaliam o grau de compromisso local. De realçar a importância da identificação precoce de lesões faríngeas para início do tratamento, evitando a obstrução da via aérea.

CO 06

PERFIL DE RESISTÊNCIAS PRIMÁRIAS AOS ANTIRRETROVIRAIS EM DOENTES VIH-1 ENTRE 2017 E 2022

Teresa Castro Pires¹; João Ferreira Sousa¹; João F. Magro¹; Mónica Pinto Alberto¹; Rita Rosa Domingos¹; Paula Proença¹

¹CHUA Faro

Introdução: Na avaliação inicial de um diagnóstico inaugural de VIH-1, é essencial a pesquisa de resistências primárias aos antirretrovirais, não só pela adequação de esquemas terapêuticos, mas também pela monitorização e identificação de possíveis vias de disseminação de estirpes resistentes.

Objetivos: Avaliar a prevalência e caracterizar as mutações que conferem resistência aos antirretrovirais em doentes VIH-1 recém diagnosticados e acompanhados na consulta de Imunodeficiência entre 2017 e 2022.

Material e métodos: Foi feito um estudo retrospectivo de doentes com VIH-1 drug naïve, com diagnóstico recente, seguidos entre 2017 e 2022. Caracterizou-se a população com resistências e foram estudadas as mutações e subtipos predominantes.

Resultados e conclusões: Neste período foram integrados em consulta 124 novos casos de VIH-1. Desses, 34 (27%) não dispunham de resultado testes de resistência à data da consulta de dados, sendo que 7 aguardavam ainda resultado de teste e em 2 não foi possível amplificação. Os restantes 25 correspondiam a doentes que não realizaram testes de resistência ou sem informação disponível.

Encontrava-se disponível informação referente a 90 doentes, todos eles com pesquisa de mutações associadas à resistência a

inibidores da transcriptase reversa análogo de nucleosídeos, inibidores da transcriptase reversa não-análogo de nucleosídeos e inibidores de protease e 13 deles foram testados também para resistência aos inibidores da integrase.

Os subtipos predominantes identificados correspondem ao subtipo B (42%), C (14%) e G (14%), identificando-se formas recombinantes circulantes em 15.5%, sendo a mais expressiva CRF02_AG presente em 10% dos doentes.

Foram identificadas mutações que conferem resistência aos inibidores da protease e da transcriptase reversa em 14 indivíduos (15.5%). Não foram identificadas resistências aos inibidores da integrase.

As mutações mais prevalentes são L90M (36%), M41L (28%) e K101E (14%).

Os doentes com mutações identificadas são maioritariamente homens (85.7%), de nacionalidade portuguesa (85.7%), com mediana de idades 36 anos, apresentando 43% destes ao diagnóstico TCD4+ < 350 células/mm³ e carga viral mediana 178 000 cópias/mL. A forma de transmissão identificada foi em 79% dos casos a via sexual entre homens que têm sexo com homens.

A amostra limitada pouco nos permite inferir relativamente à transmissão de estirpes resistentes de VIH 1. Contudo a elevada prevalência de resistências transmitidas e a ausência de pesquisa de mutações num número significativo de doentes, alerta-nos para a necessidade da criação de ferramentas de avaliação e monitorização dos cuidados prestados na infeção por VIH.

CO 07

RISCO CARDIOVASCULAR E TERAPÊUTICA ANTI-RETROVIRAL NO VIH – UM LONGO CAMINHO PERCORRIDO E A PERCORRER

João Vieira Afonso¹; Mafalda Maria Santos¹;
Joana Castro Vieira¹; Nuno Oliveira¹;
Francisco San Martín¹; Ana Filipa Rodrigues¹;
Ana Cristina Teotónio¹

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

Introdução: As manifestações cardiovasculares associadas ao VIH têm vindo a mudar fruto da introdução da Terapêutica Anti-Retroviral de Elevada Potência (HAART). Se por um lado é responsável por maior longevidade destes doentes, redução de complicações cardíacas associadas ao vírus (ex. miocardi-te), por outro a própria terapêutica além do vírus está associada a risco vascular (cardio e cerebrovascular).

Objetivos: Realizar estudo retrospectivo e comparativo entre a população da Consulta de Imunodepressão de um Hospital Distrital agora e de há 10 anos atrás no que diz respeito a perfil lipídico e risco cardio e cerebro-vascular.

Métodos: Colheita dos dados com recurso ao programa SCLinico referentes a variáveis demográficas, esquemas terapêuticos perfil lipídico dos doentes em consulta, em comparação com os mesmos dados de há 10 anos. Dados estatisticamente trabalhados em Microsoft Excel.

Resultados: O nº de doentes avaliados em consulta há 10 anos era de 234 – grupo 1, e o nº de doentes atualmente é de 327 – grupo 2. A idade média do grupo 1 era de 45,9±12 anos. A idade média do grupo 2 é de 51±16 anos. Analisando o perfil lipídico – valores de média e desvio padrão – no grupo 1: Triglicéridos 146,97 ± 80,063; Colesterol total 184,53 ±39,453; HDL 42,58 ±24,104. No grupo 2 Triglicéridos 117±67,032; Colesterol total 178,62±37,546; HDL 43,65±20,235. A percentagem de doentes sob esquema com Inibidores Protease no grupo 1 era de 51%; no grupo 2 é de 36%; esquemas com Abacavir: 42% no grupo 1 versus 20% no grupo 2. A evidência de eventos vasculares (cere-

brovasculares ou cardiovasculares) foram de 11% no grupo 1 versus 4,6% no grupo2. Houve significado estatístico entre esquema com inibidor de Protease e evidência de evento vascular ($p < 0,05$).

Conclusão: O perfil de doente VIH tem vindo a mudar ao longo dos últimos anos, bem como a estratégia farmacológica, cada vez mais diversificada e com menores efeitos adversos. Atendendo a que a longevidade desta população cada vez é mais longa, o envelhecimento e seus efeitos são cada vez mais importantes, e a escolha do regime terapêutico assume um papel fulcral na individualização da abordagem ao doente.

CO 08

COMORBILIDADES NÃO INFECCIOSAS ASSOCIADAS A INFEÇÃO POR VIH – UMA REALIDADE QUE VEIO PARA FICAR

Joana Castro Vieira¹; Mafalda Maria Santos¹; João Vieira Afonso¹; Nuno Oliveira¹; Francisco San Martín¹; Ana Filipa Rodrigues¹; Ana Cristina Teotónio¹

¹Centro Hospitalar do Oeste - Unidade de Caldas da Rainha

Introdução: A era pós Terapêutica Antiretroviral de Alta Potência (HAART) alterou o paradigma da doença por Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH) – por um lado aumentou a sua longevidade, reduzindo as complicações agudas associadas ao vírus e doenças oportunistas; por outro, aumenta o envelhecimento, a carga de estado inflamatório crónico, e consequentemente, o diagnóstico de comorbilidades não infecciosas nesta população, muitas vezes associadas à própria HAART.

Objetivo: Estudo retrospectivo das comorbilidades não infecciosas presentes na população de doentes acompanhados em Consulta de imunodepressão, com respetiva descrição demográfica e de HAART.

Métodos: Foram colhidos dados através do programa SClínico referentes a variáveis demográficas, comorbilidades, esquema tera-

pêutico dos doentes seguidos em Consulta de Imunodepressão. Os dados foram trabalhados em programa Microsoft Excel. Utilizadas frequências relativas para variáveis categóricas, média e desvio padrão para variáveis numéricas. Foi aplicado teste Qui-quadrado para averiguar significância estatística entre variáveis categóricas.

Resultados: O nº total da amostra foi de 327 doentes com VIH, com idade média de 51 anos ± 16 anos, dos quais 65% pertencem ao género masculino. A média de anos de evolução de doença VIH na amostra foi de 10 ± 13 anos. As comorbilidades de etiologia não infecciosa associadas por ordem decrescente: Dislipidemia – 87 doentes; Hipertensão Arterial – 87 doentes; Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica – 42 doentes; Diabetes Mellitus – 25 doentes; Doença Renal Crónica (DRC) – 22 doentes; Doença Hepática Crónica – 21 doentes; Patologia Psiquiátrica – 19 doentes; Neoplasias 17 doentes; Cardiopatias – 9 doentes; Doença cerebrovascular – 6 doentes. No que diz respeito ao esquemas terapêuticos: 36% encontram-se sob esquema com Inibidor da Protease; 20% com esquema que inclui Abacavir, 46% com esquema que inclui Tenofovir. Verificou-se teste qui-quadrado com $p < 0,05$ entre as variáveis Dislipidemia e Inibidores de Protease, e entre esquema com Tenofovir e DRC.

Conclusão: As comorbilidades não infecciosas são cada vez mais frequente na população VIH, sendo a Dislipidemia e a Hipertensão as duas mais frequentes na amostra. A HAART tem algum papel importante nestes casos tendo-se verificado significado estatístico conforme descrito. É de extrema importância a estratificação de risco, vigilância e tratamento destas situações uma vez que o VIH é atualmente uma doença crónica com uma esperança média de vida superior.



PO 01

LINFOMA PLASMABLÁSTICO DO OSSO EM DOENTE INFETADO POR VIH – UM CASO FORA DO COMUM

Sérgio Mendes Azevedo¹; Inês Pintor²;
Margarida França³

(¹Centro Hospitalar do Médio Tejo - Unidade Hospitalar de Abrantes; ²Centro Hospitalar do Baixo Vouga; ³Centro Hospitalar Universitário de Santo António)

Introdução: O linfoma plasmablástico (LPB) é um linfoma raro e agressivo, comumente associado à infeção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH), ocorrendo em menos de 5% destes doentes. A sua apresentação mais comum ocorre na cavidade oral, sendo o envolvimento ósseo pouco comum. Não existe um tratamento standard of care para o LPB. A sobrevida geral dos doentes após o diagnóstico de LPB é de cerca de 1 ano.

Caso clínico: Homem de 63 anos com infeção VIH-1 conhecida desde 2008, à data com TCD4+ de 48 células/mm³ (7%) e carga viral de 13146 cópias/mL. Suprimido desde 2010, ano em que é diagnosticado um Linfoma difuso de grandes células B do duodeno. Nessa altura com TCD4+ de 179 células/mm³ (17%). Em remissão desde 2011 após 3 ciclos de CVP (ciclofosfamida, vincristina e prednisona) e 5 ciclos de CHOP (ciclofosfamida, doxorubicina, vincristina e prednisona). Em setembro de 2017, sob abacavir/lamivudina/dolutegravir e com TCD4+ 566 células/

mm³ (21%), referência a quadro de dor e edema do tornozelo direito com 2 meses de evolução, tendo sido identificada lesão osteolítica no maléolo peroneal direito com rotura cortical e edema das partes moles circundantes. A histologia foi sugestiva de LPB. Restante estudo imagiológico sem envolvimento de outras localizações e biópsia de medula óssea sem evidência de envolvimento acessório e sem gamapatia monoclonal. Submetido a radioterapia (RT) com fração única de 8Gy em janeiro de 2018, obtendo-se resposta clínica e imagiológica. Em julho de 2018, por dor na grelha costal esquerda, realizou TC torácica que mostrou lesões líticas, com componente de partes moles, a nível do 6º e 7º arcos costais anteriores esquerdos. Pela elevada refratariedade desta patologia, optou-se por tratamento sistémico com 6 ciclos de R-CNOP (rituximab em combinação com ciclofosfamida, mitoxantrona, vincristina e prednisona). Em janeiro de 2019 foi proposto para RT de consolidação, realizou 5 sessões sobre os arcos costais numa dose total de 20Gy. Após 6 meses da RT é documentada resposta completa, não havendo evidência de recidiva até janeiro de 2023.

Discussão e conclusão: Cerca de 25 a 40% dos indivíduos infetados pelo VIH desenvolvem neoplasias malignas sendo que aproximadamente 10% serão Linfomas Não

Hodgkin (LNH). Este caso clínico reforça essa suscetibilidade atendendo a que neste caso lhe foram diagnosticados dois linfomas de células B. O ambiente imunológico desregulado torna-se determinante para o aparecimento destas neoplasias. O prognóstico do LPB é geralmente reservado atendendo à frequente refratariedade à quimioterapia e às recaídas. Este caso ilustra um LPB com envolvimento ósseo atípico e boa resposta à terapêutica instituída, com manutenção da remissão por mais de 36 meses.

PO 02

LESÕES MULTIPLAS CEREBRAIS: NEM TUDO O QUE PARECE, É

Lília Pires Castelo Branco¹; Catarina Melita²;
Mariana Nunes³; Fernanda Almeida⁴

¹Medicina Interna, Unidade Local de Saúde do Nordeste, Hospital de Bragança; ²Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca; ³Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE / Unidade Hospitalar de Chaves; ⁴Unidade de Imunologia Clínica, Centro Hospitalar Universitário de Santo António

Introdução: A infeção do sistema nervoso central por *Toxoplasma gondii* (TG) é das causas mais comuns de lesões ocupantes de espaço (LOE) em indivíduos com vírus de imunodeficiência humana (VIH) e apresenta-se tipicamente como uma ou mais lesões cerebrais, ou na forma de encefalite difusa ou ventriculite. A apresentação com sinais focais de início subagudo e lesões com realce em anel nos gânglios da base é comum, mas o espectro de manifestações clínicas e neuroradiológicas é amplo. São população de risco os indivíduos com infeção pelo VIH, células T CD4+ abaixo de 200/ μ L, sem terapêutica antirretroviral (TARv) e IgG positiva para TG, sendo a ressonância magnética (RM) cerebral o exame de eleição para o diagnóstico presuntivo. A introdução da TARV diminuiu a incidência de toxoplasmose cerebral nos indivíduos com imunossupressão avançada,

mas quando ocorre ainda é causa de elevada morbimortalidade

Caso clínico: Homem de 59 anos, solteiro, sem história pregressa de relevo ou medicação habitual. Recorre ao serviço de urgência por movimentos involuntários do hemitorço esquerdo de início agudo, seguidos de hemiparesia e hemi-hipostesia homolaterais e acompanhados por cefaleia holocraniana. No exame objetivo destaca-se: temperatura axilar de 37,9 graus, hemiparesia esquerda grau 4 e hemi-hipostesia álgica com face. Imagiologicamente na tomografia cerebral (TC) com lesões parenquimatosas hipodensas, com atingimento preferencial da substância branca frontoparietal, frontobasal e subinsular bilaterais, com discreto realce irregular de contraste, edema vasogénico e efeito de massa. Tratando-se de lesões multifocais de distribuição não compatível com um território vascular, foi assumido tratar-se de causa neoplásica. Analiticamente, sem elevação dos parâmetros inflamatórios, discreta linfopenia, sem alterações da função renal, do perfil hepático ou da desidrogenase láctica. Realizou-se estudo alargado de neoplasia oculta, o qual não mostrou alterações. O doente foi proposto para início de tratamento dirigido de uma possível neoplasia, tendo-se identificado, na estratificação do status imunológico a infeção pelo VIH 1 (estadiamento inicial com t CD4+ 32/mm³ e carga viral de 563000 cópias/ml) e serologia toxoplasma IgM negativa e IgG positiva. Após confirmação das lesões cerebrais sugestivas em RM, foi admitido o diagnóstico presuntivo de toxoplasmose cerebral e iniciada terapêutica dirigida (pirimetamina, ácido fólico e sulfadiazina) e anticonvulsivantes. Após 15 dias do início do tratamento, iniciou TARV tripla (efavirenz, emtricitabina e tenofovir), com evolução clínica e radiológica favoráveis.

Conclusões: Com este caso pretende-se de-

monstrar a importância do rastreio VIH, não só nos indivíduos saudáveis, como também em doentes com LOE cerebral, de forma a evitar o diagnóstico tardio, a investigação diagnóstica exaustiva e causar morbidade desnecessária.

PO 03

INFEÇÃO VIH MASCARADA

João Pedro Costa Oliveira¹; Ana Rita Rocha²; Tânia Mendes³; Fernanda Almeida⁴; Isabel Almeida⁴; Fátima Farinha⁴; Carlos Vasconcelos⁴

¹Centro Hospitalar do Baixo Vouga; ²Hospital José Joaquim Fernandes - Beja; ³Hospital de Vila Franca de Xira; ⁴Centro Hospitalar Universitário de Santo António

Introdução: À semelhança de outras patologias infecciosas, a infeção por VIH pode simular uma grande variedade de quadros clínicos que podem ser inespecíficos e muitas vezes sugestivos de outras doenças. O presente caso clínico alerta para a importância de nunca esquecer que o VIH pode justificar um conjunto de sintomas que facilmente são mascarados por outro diagnóstico.

Caso clínico: Homem, 54 anos, economista. Apresenta quadro clínico consumptivo, diarreia de 4-6 dejeções diárias sem sangue ou muco e febre de predomínio vespertino, com 1 ano de evolução. Neste contexto, realiza colonoscopia total com suspeita de lesão neoplásica (embora não confirmada). É referenciado para instituição de saúde onde realiza hemicolecomia direita (09/2015). O estudo anatomopatológico exclui neoplasia e revela lesão granulomatosa com áreas de necrose sugestiva de tuberculose intestinal. Inicia tratamento com tuberculostáticos em 11/2015. Em 04/2016 procura o serviço de urgência por agravamento dos sintomas: aumento do número de dejeções diarreicas (sem sangue ou muco), perda ponderal (11 Kg num mês), astenia e febre vespertina. Ao exame objetivo constata-se emagrecimento e astenia. Anali-

ticamente apresenta anemia, linfopenia, sem elevação de parâmetros inflamatórios, função renal e hepática normais e teste rápido VIH positivo. Do estudo complementar, realiza-se exame confirmatório VIH 1 positivo, carga viral 57 800 cópias, contagem de células CD4 16/mm³, virémia a CMV, pesquisa direta e PCR para Mycobacterium tuberculosis negativas. O rastreio de outras lesões oportunistas é negativo. Realiza tomografia computadorizada toraco-abdomino-pélvica que mostra alguns gânglios hilares bilateralmente de dimensões infracentimétricas e espessamento do cólon. Realizou colonoscopia total com biópsia de regiões ulceradas. Inicia profilaxia com cotrimoxazol e terapêutica com azitromicina e terapêutica anti-retroviral (VIH) com franca recuperação de toda a sintomatologia ao longo do internamento e posteriormente em ambulatório.

Discussão: A principal mensagem a reter deste caso clínico reside na importância de manter presente a possibilidade diagnóstica de infeção por VIH num doente com um quadro inespecífico caracterizado por sintomas consumptivos, dejeções diarreicas e suspeita de tuberculose.

PO 04

DISSOCIAÇÃO IMUNOVIROLÓGICA: RELATO DE UM CASO COM 12 ANOS DE TERAPÊUTICA ANTIRRETROVIRAL

Mariana Nunes¹; João da Costa Oliveira²; Marina Coelho³; Margarida França⁴

¹Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE / Unidade Hospitalar de Chaves; ²Centro Hospitalar do Baixo Vouga; ³Centro Hospitalar do Oeste / Hospital Distrital de Torres Vedras; ⁴Centro Hospitalar Universitário de Santo António

Introdução: A terapêutica antirretroviral de alta eficácia (HAART) foi um ponto de viragem no tratamento do VIH, ao restaurar com sucesso o estado imunitário, reduzindo a morbimortalidade associada à síndrome da

imunodeficiência adquirida (SIDA). Apesar da supressão virológica em resposta à terapêutica antirretroviral (TARV), 15-30% dos doentes não consegue atingir recuperação imunológica medida pela contagem de células T CD4 periféricas. Os “não respondedores imunológicos”, têm um risco aumentado de progressão para SIDA sendo frequentemente causa de angústia para o clínico. As causas não são ainda totalmente compreendidas, sendo que fatores como a insuficiência tímica, ativação imunológica persistente, nadir de linfócitos T CD4 prévio à HAART, disfunção da mucosa intestinal e coinfeção, são referidos como potenciadores.

Caso clínico: Homem de 46 anos, com diagnóstico de infeção por VHC em 2002 e por VIH-1 em 2003, que abandonou a consulta em 2004, à data sem critérios de tratamento para qualquer das infeções. Em 2011, foi internado por febre e diagnosticada tuberculose ganglionar. Tinha uma contagem de células T CD4 de 16 / μ L (4%) e uma carga viral de 107.000 cópias/ μ L. Iniciou tenofovir+emtricitabina e nevirapina e posteriormente os antibacilares. Após um mês, é readmitido por agravamento do quadro bacilar no contexto de síndrome inflamatório de reconstituição imune (SIRI), com T CD4=75 células/ul(12%) e RNAVIH=158 cópias/ul. Foi tratado com prednisolona, mantendo as terapêuticas anteriores. Dois meses após o início da TARV, apresentou um quadro neurológico a conduzir ao diagnóstico de leucoencefalopatia multifocal progressiva (LMP) com LCR RNAVIH= 4340 cópias/ul. A TARV foi trocada para zidovudina, abacavir e nevirapina. Doze meses após o início da TARV, apresentava carga viral periférica indetetável, mas com CD4= 41 (7%). Nesta data, foi ajustada para abacavir, raltegravir e darunavir/r. Em 2015, com o mesmo status laboratorial (CD4<100 (8%)), é percebido défice de IgG sem critérios

clínicos/laboratoriais para reposição de imunoglobulinas. Em 2016 o estudo de linfócitos B mostrou diminuição da produção tímica de T CD4. Em 2018, já sob abacavir, lamivudina e dolutegravir a hepatite C foi tratada com critérios de cura. Não se verificou melhoria da contagem de T CD4. Atualmente mantem RNA VIH indetetável e células CD4=55 (10%).

Discussão: Os mecanismos patogénicos subjacentes à reconstituição imune incompleta são múltiplos e nenhum, isoladamente, pode explicar esta condição. Neste caso, a causa deverá ser multifatorial: nadir de células T CD4, a diminuição da produção tímica e a hepatite C de longa evolução. O início precoce da HAART está associado a menor risco de dissociação imunoviológica.

PO 05

CASO DE INFEÇÃO POR VIRUS MONKEY POX EM DOENTE COM COINFEÇÃO VIH-VHC

Vasco Gaspar¹; Inês Ambrosio¹; Patricia Simões¹; Bernardo Silva¹; Fausto Roxo¹

¹Hospital Distrital de Santarém, EPE

Introdução: A infeção causada pelo vírus Monkeypox (VMPX) é uma doença zoonótica endémica em vários países africanos. Em maio de 2022 foi relatado um surto de infeção por VMPX em países europeus. A maioria foi em homens que têm sexo com homens (HSH), onde a prevalência de infeção pelo vírus de imunodeficiência humana (VIH) é superior à da população geral.

Material e métodos: Após análise retrospectiva do processo do doente, os autores mostram um caso de coinfeção VIH-VHC com infeção por VMPX.

Caso clínico: Homem de 38 anos, brasileiro, em Portugal desde 2018. Antecedentes de Infeção VIH diagnosticada em 2013 no Brasil (HSH) com exposição a EFV, seguimento prévio noutra hospital (2019-2021) medicado com TDF/FTC + Raltegravir, com bom controlo imunovirológico (CV< 50cópias, CD4+

1082); além disso Dislipidemia, Sífilis tratada e múltiplas IST's.

Em 1ª consulta no nosso hospital (mudança de residência) feito switch para BIC/TAF/FTC. Em análises de rastreio em 03/2022 Ac VHC positivo (negativo em 2020), sem outras alterações.

Dois meses depois em SU história de febre, edema do lábio e placas esbranquiçadas na orofaringe sendo medicado com fluconazol e nistatina. Por persistência de sintomas e ausência de via oral regressa ao SU onde se apura história de febre e lesões cutâneas pruriginosas com semanas de evolução no dorso e face. Referia contactos desprotegidos com indivíduos estrangeiros. Sem outras particularidades a destacar na colheita da história.

Apresentava placas esbranquiçadas na orofaringe, lesões com pápulas e nódulos, alguns com vesico-pústula central, isolados no couro cabeludo, face, tronco e, menos, nos membros inferiores, bem como manchas eritematosas e erosões na mucosa oral. Analiticamente destacava-se aumento dos parâmetros inflamatórios. No internamento foi confirmada infecção por VMPX, com boa evolução clínica e analítica, tendo ainda feito 10 dias de Fluconazol IV.

Teve alta para consulta, com resolução completa de lesões. Apresentava VHC RNA viral 148000 log 5,17 UI/mL, genótipo 1a, fez fibroscan com 7,5 KpA (F2) e ecografia abdominal sem lesões suspeitas. Fez sofosbuvir/velpatasvir durante 12 semanas com resposta viral sustentada. Manteve-se com bom controlo imunológico.

Conclusão: Este caso mostra a importância de estar atento para a Co-infecção VIH- VHC, com rastreio periódico, sendo também importante o rastreio de outras doenças e estar atento a alterações e queixas sugestivas de outras infeções sexualmente transmissíveis. Destacamos um caso de doente com infecção

VIH-VHC que enquanto aguardava conclusão de estudo desenvolve várias doenças sexualmente transmissíveis entre as quais proctite a CMV e infecção exuberante por VMPX em relação com surto europeu de 2022. Isto reforça a importância do rastreio e do reforço do ensino no que toca a comportamentos de risco para a aquisição de outras doenças além do VIH.

PO 06

OSTEONECROSE EM DOENTES COM INFEÇÃO POR VIH: UM ESTUDO RETROSPECTIVO DE CASOS

Joana Cartucho¹; Tânia Faustino Mendes²; Margarida França³

¹Centro Hospitalar Barreiro/Montijo, EPE / Hospital Nossa Senhora do Rosário; ²Hospital de Vila Franca de Xira; ³Centro Hospitalar do Porto, EPE / Hospital Geral de Santo António

Introdução: A osteonecrose é uma complicação emergente caracterizada por uma alteração da vascularização do osso subcondral que culmina com a necrose do mesmo. A sua incidência é superior em doentes com infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH) face à restante população, embora, até 40% dos casos a sua etiologia seja desconhecida. São conhecidos alguns fatores predisponentes, nomeadamente: uso de terapêutica antirretroviral (TARV) especialmente com inibidores da protease (IP), uso de corticosteróides, hipercolesterolemia e hipertrigliceridemia, tabagismo, etilismo e TCD4<200cel/uL à data do diagnóstico de osteonecrose. Em termos de apresentação clínica, pode ser uni ou multi-focal, afetando preferencialmente a cabeça do fémur, bilateralmente. Predomina no sexo masculino e diagnostica-se maioritariamente em indivíduos com menos de 50 anos de idade.

Objetivos: Caracterização epidemiológica dos doentes com infecção VIH e diagnóstico de osteonecrose, com vista à avaliação dos fatores de risco para o seu desenvolvimento, por for-

ma a diagnosticar mais precocemente.

Material e métodos: Estudo retrospectivo a dois anos, onde se procedeu à análise dos processos dos doentes com VIH, seguidos na consulta de imunossupressão de um hospital central, com vista à identificação e análise dos casos com o diagnóstico de osteonecrose.

Resultados e conclusões: De um total de 621 doentes, foram identificados 11 casos com o diagnóstico de osteonecrose, sendo a maioria do sexo masculino (n=8) e com menos de 50 anos de idade (n=6). Dos fatores predisponentes estudados, todos os doentes tinham pelo menos um identificado à data do diagnóstico: 73% estavam sob TARV, dos quais 38% sob IP; 36% tinham CD4<200cel/uL.; 36% com hipercolesterolemia e 18% com hipertrigliceridemia; 55% com hábitos tabágicos e 18% com consumo excessivo de bebidas alcoólicas. Apenas 1 doente usou corticóides. Do total da amostra, 36% tinham envolvimento multifocal.

Este estudo de vida real permite-nos, assim, inferir quais os fatores predisponentes de osteonecrose em doentes com infeção VIH. Deste modo, os clínicos poderão ficar mais alerta para este diagnóstico, minimizando os fatores de risco para o seu desenvolvimento e referenciando os doentes de forma mais precoce, conduzindo assim, a um melhor prognóstico.

PO 07

LINFOMA NÃO-HODGKIN ASSOCIADO À SIDA

Rita Rosa Domingos¹; Pedro Reboredo¹;
Natalie Guerreiro¹; Cristina Sousa¹; José Ferreira¹
¹Centro Hospitalar do Algarve, EPE / Hospital de Faro

Os autores apresentam o caso de uma doente do sexo feminino com 45 anos de idade, natural da Guiné. Negava patologias e medicação habitual. Sem hábitos tabágicos, alcoólicos ou toxicófilos. Recorre ao Serviço de Urgência por quadro de dor abdominal tipo moinha com início na zona umbilical que irradiava aos

quadrantes superiores com cerca de um mês de evolução, sem fatores de alívio ou agravamento. Referia ainda perda ponderal não quantificada, sem astenia, anorexia ou febre. Trânsito intestinal mantido. Objetivamente apresentava-se eupneica com mucosas hidratadas e pálidas. IMC<18Kg/m², apirética e hemodinamicamente estável. Sem outras alterações significativas.

Analicamente destacava-se pancitopenia. Atendendo a esta última associada a emagrecimento foi pedido o rastreio para o VIH que foi positivo. A doente foi internada para esclarecimento etiológico da perda ponderal. Apresentava contagem de Linfócitos TCD4+:24 células com 685.000 cópias virais. Realizou Ecografia abdominal superior que revelou imagem sub-hepática em relação com massa associada ao ângulo hepático. Para melhor caracterização desta massa foi submetida a Tomografia computadorizada abdominal que mostrou volumosa massa ileocecal que se estendia até ao ângulo hepático. Concomitantemente houve agravamento da dor abdominal sendo submetida cirurgia para excisão da massa. O exame anatomopatológico da peça cirúrgica revelou tratar-se de linfoma B difuso de grandes células.

O Linfoma Não-Hodgkin é o evento definidor de SIDA em 3-4% dos infectados por VIH que apresentam aumento de risco relativamente à população não infectada na ordem das 145 vezes para o linfoma difuso de grandes células.

PO 08

INFECÇÃO POR VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA - A PROPÓSITO DE UMA CASUÍSTICA DE CONSULTA

Mafalda Santos¹; João Vieira Afonso¹;
Joana Castro Vieira¹; Nuno Oliveira¹;
Francisco San Martín¹; Ana Filipa Rodrigues¹;
Ana Cristina Teotónio¹

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

Introdução: A infeção a VIH tem vindo a evoluir ao longo dos anos, quer em termos de taxa de incidência, perfil de grupos de risco, e até mesmo curso de doença e complicações associadas. A abordagem global destes doentes é essencial uma vez que a terapêutica antirretroviral tem permitido cada vez maior longevidade nesta população.

Objetivo: caracterização dos doentes seguidos em consulta de imunodepressão de um Hospital Distrital durante o ano de 2022.

Métodos: Recolha de dados através do programa Informático SClínico referentes a dados demográficos, forma de contágio, tempo de evolução de doença, quantificação de carga viral, populações linfocitárias, presença de coinfeções. Nos doentes com diagnóstico nesse mesmo ano – estadió de doença aquando do diagnóstico.

Resultados: O nº total da amostra foi de 327 doentes com VIH, com idade média de 51 anos \pm 16 anos, dos quais 65% pertencem ao género masculino. A forma de contágio foi por via parentérica em 15% dos casos, sendo os restantes 85% contágios por via sexual – dos quais 44% homossexual. O tempo médio de evolução de doença é de 10 \pm 14 anos. O diagnóstico de infeção foi realizado nesse ano em 11% dos casos, dos quais apenas um doente em estadió 3. Da amostra cerca 97% encontram-se sob terapêutica antirretroviral, com carga viral $<$ 20 cópias em 89% dos doentes e populações linfocitárias CD4 $>$ 200 em 91%.

Conclusão: Apesar de tudo os novos casos ainda são mais frequentes que o desejável, muito embora o diagnóstico seja atualmente na maior parte dos casos em estadios precoces da doença. O contágio por via parentérica é cada vez menos frequente, a par com a redução transversal de consumidores de drogas endovenosas. Com o cumprimento de terapêutica antirretroviral, a grande parte destes doentes atinge supressão virológica e melhor resposta imunitária.

PO 09

IMPACTO DA PANDEMIA A COVID-19 NO SEGUIMENTO EM CONSULTA DE DOENTES INFETADOS POR VIH

Nuno Ricardo Oliveira¹; João Vieira Afonso¹;
Mafalda Maria Santos¹; Joana Castro Vieira¹;
Francisco San Martín¹; Ana Filipa Rodrigues¹;
Ana Cristina Teotónio¹

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

Introdução: A situação excecional de Pandemia a COVID-19 foi responsável por alterações significativas do Sistema Nacional de Saúde, com consequentes resultados no acompanhamento de várias doenças crónicas, entre as quais o VIH – cujo perfil de doentes já era à partida desafiante.

Objetivo: verificar o regime de assiduidade à consulta de imunodepressão dos doentes nela seguidos no período pré e pós pandemia COVID-19 e avaliar respetivas quantificações de carga viral e de populações linfocitárias.

Métodos: Colheita de dados referentes aos doentes seguidos em Consulta de Imunodepressão de um hospital distrital em períodos homólogos pré e pós-pandemia, através do programa SClínico, em relação à assiduidade, variáveis demográficas, quantificação de carga viral, populações linfocitárias durante os respetivos períodos. Dados estatisticamente processados em programa Microsoft Excel, com cálculo de frequências relativas, valores

média e desvio padrão.

Resultados: No ano pós pandemia, cerca de 8% dos doentes compareceram a <2 consultas/ano; 42% dos doentes compareceram a 2 consultas/ano; 50% a ≥ 3 consultas/ano. Em contra-partida no ano prévio ao início da pandemia, apenas 3% dos doentes tiveram assiduidade <2consultas/ano; 24% a 2 consultas e 73% a ≥ 3 consultas/ano. A idade média é de 51 ± 16 anos, sem alteração significativa entre um período ou outro. A percentagem de doentes sob terapêutica anti-retroviral também se manteve na ordem dos 97%. A % de doentes com carga viral <20 cópias no período pré-pandemia era de 92%, e no período pós-pandemia 89%. A % de doentes com $CD4 > 200$ era de 95% no período pré pandemia e de 91% no período pós pandemia.

Conclusão: A Pandemia COVID-19 foi responsável por uma transformação radical no funcionamento dos serviços de saúde e capacidade de resposta às necessidades da população. Concomitantemente, em termos sociais houve necessidade de mudança e adaptação. Inevitavelmente, as patologias crónicas, nomeadamente o VIH entre outras, sofreram o revés desta catástrofe em saúde, alertando para a necessidade do fortalecimento da relação médico-doente, e acompanhamento assíduo e apertado nestes doentes.

Organização



Patrocínio Científico



Patrocínios



Secretariado

admedic⁺

paula.cordeiro@admedic.pt

paulo.jorge@admedic.pt