



**ENCONTRO  
NACIONAL**

**CLÍNICA DE  
AMBULATÓRIO  
VIH/HOSPITAIS  
DE DIA**

**LIVRO DE RESUMOS**

**12/13  
JULHO'18**

**PORTO**  
CENTRO DE CONGRESSOS  
DA ALFÂNDEGA DO PORTO

**ORGANIZAÇÃO**  
ASSOCIAÇÃO DE  
INFECCIOLOGISTAS DO NORTE

**ANTÓNIO SARMENTO**  
PRESIDENTE DO ENCONTRO  
PRESIDENTE DA COMISSÃO CIENTÍFICA

**ROSÁRIO SERRÃO**  
PRESIDENTE DO ENCONTRO  
PRESIDENTE DA COMISSÃO ORGANIZADORA

**[WWW.8ENCONTRO-CLINICADEAMBULATORIO-VIH.COM](http://WWW.8ENCONTRO-CLINICADEAMBULATORIO-VIH.COM)**

# ÍNDICE

PO1	Caracterização das variantes virais associadas à resistência aos agentes antivirais de ação direta em doentes infetados pelo vírus da hepatite C do Centro Hospitalar São João, EPE	5
PO2	Caracterização das mutações genotípicas no gene da integrase em doentes infetados por VIH-1 que realizaram teste genotípico de resistências no Centro Hospitalar São João, EPE	6
PO3	Pelo rastreio da infeção VIH aos parceiros de mulheres grávidas: a propósito de um caso clínico	7
PO4	Estigma, depressão e satisfação com a consulta em pessoas com VIH/sida	8
PO5	Satisfação com a consulta de doenças infecciosas do CHTV em pessoas com VIH/sida: implicações na adesão terapêutica	9
PO6	Osteoporose incapacitante e síndrome de fanconi após longa terapêutica com tenofovir: um caso clínico	10
PO7	Diagnóstico de infeção VIH de novo no serviço de urgência: experiência de um hospital terciário	11
PO8	Sarcoma de Kaposi em paciente HIV negativo: estudo de caso	12
PO9	O contributo dos hospitais de dia de infeciologia para o rastreio de VIH – a experiência de um centro	13
PO10	Consulta prioritária de imunodepressão: via rápida para os novos diagnósticos	14
PO11	Reinfeção por vírus da hepatite C após resposta virológica sustentada em doentes coinfetados com VIH/VHC	15
PO12	Tuberculose, uma forma de apresentação - caso clínico	16
PO13	Doença de castleman multicêntrica em doente com infeção por VIH: uma causa rara de febre persistente	17
PO14	Parotidite por <i>mycobacterium tuberculosis</i> : uma manifestação rara de tuberculose	18
PO15	Deteção de VIH/sida e outras infeções sexualmente transmissíveis num grupo de trabalhadores/as do sexo	19
PO16	Diagnóstico de infeção VIH de novo em apresentadores tardios ( <i>late presenters</i> ) no serviço de urgência: experiência de um hospital central	20
PO17	Encefalite por toxoplasma gondii e <i>treponema pallidum</i> em doente VIH com imunossupressão grave	21
PO18	Síndrome nefrótico, complicação de VIH e VHC	22
PO19	Adesão ao plano terapêutico em utentes com HIV/tuberculose potencia a sua qualidade de vida: um protocolo de <i>scoping review</i>	23
PO20	Envolvimento renal nos doentes com infeção por VIH	24
PO21	Sífilis e infeção VIH: características da coinfeção nos doentes com diagnóstico de novo de infeção pelo VIH seguidos no serviço de doenças infecciosas do Centro Hospitalar São João	25

PO22	Regimes de biterapia com dolutegravir: uma avaliação retrospectiva	26
PO23	Consequências negativas do tratamento bem-sucedido de hepatite C crónica em doentes com coinfeção VIH/VHc	27
PO24	HIV sexual post-exposure prophylaxis: an increasing demand for prescription in Portugal	28
PO 25	Síndrome Inflamatória de Reconstituição Imune em doentes <i>naïve</i> com infeção VIH: a experiência de um Hospital Universitário	29
PO 26	Infeção aguda pelo VIH: experiência recente no diagnóstico e tratamento destes doentes no Hospital de Dia de Doenças Infeciosas do Centro Hospitalar São João	30
PO 27	Caso invulgar de Sarcoma de Kaposi em doente com Infeção avançada pelo VIH	31



# POSTERS

# PO1 - CARACTERIZAÇÃO DAS VARIANTES VIRAIS ASSOCIADAS À RESISTÊNCIA AOS AGENTES ANTIVIRAIS DE AÇÃO DIRETA EM DOENTES INFETADOS POR VÍRUS DA HEPATITE C DO CENTRO HOSPITALAR SÃO JOÃO, EPE

Monteiro F.<sup>1</sup>, Tavares G.<sup>2</sup>, Amorim A.<sup>2</sup>, Bastos P.<sup>2</sup>, Hortelão D.<sup>2</sup>, Rocha C.<sup>2</sup>, Vaz C.<sup>3</sup>, Koch C.<sup>4</sup>.

- 1 - Centro Hospitalar São João; Escola Superior de Saúde do Porto-IPP, Técnico (a) Superior de Análises Clínicas e Saúde Pública, Porto
- 2 - Centro Hospitalar São João; Técnico (a) Superior Análises Clínicas e Saúde Pública, Porto
- 3 - Centro Hospitalar São João, Interna de Imunohemoterapia, Porto
- 4 - Centro Hospitalar São João, Imunohemoterapia, Porto

**Introdução:** O tratamento da hepatite por infecção por vírus da hepatite C (VHC), com os agentes antivirais de ação direta (AAADs) dirigidos às proteínas virais NS3, NS5A e NS5B, está associado a taxas de resposta virológica sustentada (RVS) elevadas. No entanto, o aparecimento de variantes associadas à resistência - RAVs (*resistance-associated variants*), aos AAADs foram detetadas em doentes com falência virológica, principalmente naqueles infetados com genótipo 3 (G-3), genótipo 1a (G-1a) e genótipo 4 (G-4). Os testes genotípicos para a deteção de resistências pode ser útil na prática clínica em doentes com falência virológica.

**Material e métodos:** Foram utilizadas 32 amostras pertencentes a 20 doentes infetados com VHC (G-3 n=14, G-1a n=4 e G-4 n=2), acompanhados pelo Serviço de Doenças Infecciosas do Centro Hospitalar São João, EPE. Extraiu-se o RNA viral, utilizando o extrator automático QIAasymphony® e o kit QIAasymphony DSP Virus/Pathogen Midi Kit®. Obteve-se cDNA viral utilizando Maxima H Minus First Strand cDNA Synthesis Kit - Thermoscientific pelo método de *random hexamer primers*. Amplificou-se as regiões genómicas NS3, NS5A e NS5B do VHC por nested PCR com diferentes protocolos otimizados pelo laboratório. Os produtos de PCR foram sequenciados no equipamento 3130xl Genetic Analyzer (Applied Biosystems) e analisados no programa Seqscape 2.6. As sequências obtidas foram submetidas à base de dados *geno2pheno*.

**Resultados:** Na região genómica NS3 foram encontradas 6 RAVs diferentes: Q168R associada ao G-3; S122C/G, D168A, N174S/G associadas ao G-1a e nenhuma associada ao G-4. Na região NS5A foram encontradas 8 RAVs diferentes: A30K/N e Y93H associadas ao G-3; Q30R, H58N/P e Y93N associadas ao G-1a e L28V e M31I associadas ao G-4. Na região NS5B foram identificadas 2 RAVs diferentes: L159F associada ao G-3 e N444D associada ao G-1a, não sendo encontrada nenhuma associada ao G-4.

**Conclusão:** O teste genotípico para a determinação de RAVs aos AAADs pode ser uma mais valia, permitindo auxiliar o clínico na tomada de decisão sobre o tratamento mais adequado, no caso de falência ao tratamento instituído em doentes infetados com VHC.

## P02 - CARACTERIZAÇÃO DAS MUTAÇÕES GENOTÍPICAS NO GENE DA INTEGRASE EM DOENTES INFETADOS POR VIH-1 QUE REALIZARAM TESTE GENOTÍPICO DE RESISTÊNCIAS NO CENTRO HOSPITALAR SÃO JOÃO, EPE

Monteiro F.<sup>1</sup>, Soares P.<sup>2</sup>, Tavares G.<sup>2</sup>, Bastos P.<sup>2</sup>, Hortelão D.<sup>2</sup>, Rocha C.<sup>2</sup>, Amorim A.<sup>2</sup>, Vaz C.<sup>3</sup>, Koch C.<sup>4</sup>.

- 1 - Centro Hospitalar São João; Escola Superior de Saúde do Porto-IPP, Técnico (a) Superior Análises Clínicas e Saúde Pública, Porto
- 2 - Escola Superior de Saúde Porto- IPP, Técnica Superior Análises Clínicas e Saúde Pública, Porto
- 3 - Centro Hospitalar São João, Interna de Imunohemoterapia, Porto
- 4 - Centro Hospitalar São João, Imunohemoterapia, Porto

**Introdução:** Os inibidores de transferência da cadeia da integrase (InSTI, do inglês *Integrase Strand Transfer Inhibitor*), Raltegravir (RAL), Elvitegravir (EVG), Dolutegravir (DTG) e o mais recente Bictegravir (BIC) são utilizados como primeira linha de tratamento em doentes com infeção por VIH-1. Os testes genotípicos para deteção de mutações no gene da integrase (TRG) que conferem resistências aos InSTI constituem uma mais-valia na monitorização da terapêutica, uma vez que, o desenvolvimento de resistências e a sua transmissão limita os regimes terapêuticos disponíveis.

**Objetivos:** Determinar a prevalência e frequência de mutações *major* (MM) no gene da integrase de VIH-1.

**Materiais e Métodos:** Entre janeiro de 2011 e maio de 2018 foram realizados no Centro de Biologia Molecular - Serviço de Imunohemoterapia 457 testes de resistências aos InSTI a 402 doentes com VIH-1, com replicação viral. O protocolo executado foi o *Viroseq HIV-1 Integrase Genotyping* da Abbott Molecular, de acordo com as instruções do fabricante. Os produtos de PCR foram sequenciados no equipamento 3130xl Genetic Analyzer (Applied Biosystems) e analisados no programa Integrase Viroseq. As sequências obtidas foram submetidas à base de dados *Stanford University HIV Drug Resistance Database*.

**Resultados:** Identificaram-se MM (T66A/I/K, E92Q, G118R, E138K/A/T, G140S/A/C, Y143C/H/R/Q, S147G, Q148H/K/R/N, N155H, R263K) com uma prevalência de 11,9%, sendo as mais frequentes a N155H (49,2%), Y143C/H/R (14,8%) e a Q148H/K/R/N (9,8%). Relativamente aos InSTI, observou-se resistência ao RAL, EVG e DTG em 11,9%, 10,9% e 1,6% respetivamente. Dos 402 doentes 48 apresentavam uma ou mais mutações aquando da realização do primeiro teste TRG. Verificou-se ainda um aumento do nº de testes TRG realizados, de 13 para 136 testes entre 2012 e 2017.

**Conclusão:** A prevalência de MM observada é baixa não contribuindo significativamente para a transmissão de resistência a fármacos. Nas atuais *Guidelines IAS* a realização do TRG basal não é recomendado em todos os doentes. No entanto, é importante a monitorização da prevalência destas mutações de resistência nas diversas populações.

## P03 - PELO RASTREIO DA INFECÇÃO VIH AOS PARCEIROS DE MULHERES GRÁVIDAS: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Gorgulho A.<sup>1</sup>, Zelinova J.<sup>1</sup>, Marques A.<sup>1</sup>, Castro V.<sup>1</sup>, Santos C.<sup>2</sup>, Guimarães M.<sup>1</sup>, Vaz Pinto I.<sup>1</sup>.

1 - Hospital de Cascais Dr. José de Almeida, Medicina Interna, Alcabideche - Cascais

2 - Hospital de Cascais Dr. José de Almeida, Enfermeira Unidade Funcional VIH, Cascais

**Introdução:** A Norma de Orientação Clínica (NOC) sobre rastreio da infeção VIH diz que todas as pessoas dos 18 aos 64 anos devem fazer o teste VIH pelo menos uma vez na vida. Na mulher grávida o teste é obrigatório nos 1.º e 3.º trimestres da gravidez. O final da gravidez e o pós parto são alturas em que a mulher está mais vulnerável à infeção por VIH. As consultas de Planeamento Familiar e de acompanhamento de grávidas nos Centros de Saúde não contemplam a vigilância do companheiro.

**Objetivo:** Os autores pretendem propor novos momentos de rastreio a VIH, que possibilitariam evitar novas infeções, caso os parceiros fossem testados por rotina na gravidez.

**Caso Clínico:** Um homem de 46 anos, previamente saudável, recorre ao SU do nosso Hospital por queixas de febre, tosse, dispneia e cansaço fácil; a pele evidenciava lesões múltiplas e de cor violácea dispersas pelo tronco e membros. O Rx de tórax mostrava uma pneumonia intersticial bilateral. Por suspeita clínica de sarcoma de Kaposi cutâneo e pneumocistose pulmonar foi realizada serologia VIH que foi positiva. Em avaliação posterior os linfócitos CD4+ eram de 12 células/mm<sup>3</sup>, apresentando-se o doente num estágio C3 da classificação do CDC e como *very late presenter*. Na história pessoal referia comportamentos sexuais de risco dez anos antes, após um divórcio. Está casado há cinco anos com uma mulher saudável e têm uma filha de 18 meses. A gravidez foi vigiada e o parto decorreu no sector privado. A mulher tinha serologia VIH do 1.º e 3.º trimestres, ambas negativas. Repetida a serologia VIH à mulher, foi positiva, sendo o estágio do CDC A1. A mulher mantinha amamentação exclusiva à filha, que foi suspensa de imediato. A criança efetuou três serologias VIH em 6 meses, sempre negativas.

**Conclusão:** Os autores admitem que a infeção do homem tenha pelo menos dez anos de evolução. Dois anos antes do diagnóstico, durante a gravidez, a mulher foi devidamente testada e era seronegativa. Tivesse esse momento sido aproveitado para realizar o teste VIH ao companheiro, poder-se-ia ter evitado uma infeção que suspeitamos ocorreu no final da gravidez ou no pós-parto. No âmbito do projeto da ONUSIDA *Fast Track Cities* – Cascais na Via Rápida para Acabar com a Epidemia do VIH/SIDA até 2030 – o ACES Cascais tem como um dos objetivos a implementação do rastreio dos parceiros da mulher grávida, durante a consulta, com testes rápidos.

## P04 - ESTIGMA, DEPRESSÃO E SATISFAÇÃO COM A CONSULTA EM PESSOAS COM VIH/SIDA

Rocha A. I. A. R. F.<sup>1</sup>, Cunha M.<sup>2</sup>, Mocho M. L.<sup>3</sup>, Crespo P.<sup>3</sup>, Almeida I.<sup>4</sup>, Costa M. L.<sup>4</sup>, Cruz E.<sup>4</sup>, Augusto M. N.<sup>5</sup>.

1 - Centro Hospitalar Tondela-Viseu, Enfermagem, Viseu

2 - CI&DETS, Escola Superior de Saúde de Viseu, Instituto Politécnico de Viseu, Viseu

3 - Consulta de Doenças Infeciosas, Centro Hospitalar Tondela Viseu, E.P.E. (Unidade de Viseu), Doenças Infeciosas, Viseu

4 - Consulta de Doenças Infeciosas, Centro Hospitalar Tondela Viseu, E.P.E. (Unidade de Viseu), Enfermagem, Viseu

5 - Consulta de Doenças Infeciosas, Centro Hospitalar Tondela Viseu, E.P.E. (Unidade de Viseu), Enf<sup>a</sup> Especialista em Saúde Pública, Viseu

**Introdução:** A infeção por VIH, apesar de atualmente ser considerada como doença crónica, permanece ainda estigmatizante. A satisfação dos utentes é um importante indicador de qualidade dos cuidados de saúde; a sua avaliação pelos utentes é um elemento chave do processo, contribuindo para a sua participação na toma de decisão sobre os seus cuidados e tratamento.

**Objetivo:** Identificar o nível de satisfação dos utentes face à Consulta de Doenças Infeciosas (CDI); Identificar a relação da satisfação com o estigma e a depressão.

**Material e métodos:** Estudo transversal e descritivo, com amostra de utentes ativos na CDI. Dados recolhidos de janeiro a abril de 2018. Foi aplicado um Questionário de Satisfação-CHTV, o Inventário de Depressão de Beck II (Steer & Brown, 1996), a Escala sobre Estigma relacionado com VIH/SIDA (Berger 1999).

**Resultados:** Responderam ao questionário 92 utentes (76,1%♂), com uma média de idades de 49 anos ( $\pm Dp=11,7$ ). As estatísticas relativas à satisfação oscilaram entre valor mínimo de 50 e máximo de 85, sendo a média de 72,48% ( $\pm Dp = 0,952$ ). Manifestaram-se: 28,3% totalmente satisfeitos; 42,4% muito satisfeitos e 28,3% satisfeitos. As áreas de maior satisfação foram atenção e apoio, e informação prestada. 100% dos utentes estão satisfeitos com os médicos e com os enfermeiros, 99% com os assistentes operacionais (AO) e 97% com os administrativos. A variabilidade da menor satisfação verifica-se no item respeito pela privacidade por parte dos AO e Administrativos. Embora a satisfação não se associe à idade ( $r=0,147$ ;  $p=0,163$ ), há níveis de maior satisfação nos homens (47,67%) e nos utentes com mais habilitações literárias (49,05%), contudo sem diferenças significativas ( $p=0,563$ ;  $p=0,163$ ). Os utentes com menos estigma ( $r=-0,299$ ;  $p=0,04$ ), e os que fazem tratamento há menos tempo ( $r=-0,212$ ;  $p=0,023$ ), estão mais satisfeitos. Os mais deprimidos pontuaram com menos satisfação ( $r=-0,282$ ;  $p=0,003$ ).

**Conclusões:** À medida que o estigma aumenta, diminui a satisfação. A identificação das áreas a melhorar possibilita-nos medidas adaptadas. Identificamos como prementes a formação sobre o respeito dos pressupostos da privacidade, intervenções individuais e coletivas sobre estigma e a saúde mental. A aplicação do inventário de depressão permite a rápida identificação de sintomas depressivos, facilitadora da referenciação.

**Palavras-Chave:** VIH/SIDA; satisfação; estigma; depressão

**Referências Bibliográficas:** Côté, J., Godin, G., Ramirez-Garcia, P., Rouleau, G., Bourbonnais, A., Guéhéneuc, Y., & ... Otis, J. (2015). Virtual intervention to support self-management of antiretroviral therapy among people living with HIV. *Journal Of Medical Internet Research*, 17(1), e6. doi:10.2196/jmir.3264



## P05 - SATISFAÇÃO COM A CONSULTA DE DOENÇAS INFECIOSAS DO CHTV EM PESSOAS COM VIH/SIDA: IMPLICAÇÕES NA ADEÇÃO TERAPÊUTICA

Rocha A. I. A. R. F.<sup>1</sup>, Cunha M.<sup>2</sup>, Mocho M. L.<sup>3</sup>, Crespo P.<sup>3</sup>, Almeida I.<sup>4</sup>, Costa M. L.<sup>4</sup>, Cruz E.<sup>4</sup>, Augusto M. N.<sup>5</sup>.

1 - Centro Hospitalar Tondela-Viseu, Enfermagem, Viseu

2 - CI&DETS, Escola Superior de Saúde de Viseu, Instituto Politécnico de Viseu, Viseu

3 - Consulta de Doenças Infeciosas, Centro Hospitalar Tondela Viseu, E.P.E. (Unidade de Viseu), Doenças Infeciosas, Viseu

4 - Consulta de Doenças Infeciosas, Centro Hospitalar Tondela Viseu, E.P.E. (Unidade de Viseu), Enfermagem, Viseu

5 - Consulta de Doenças Infeciosas, Centro Hospitalar Tondela Viseu, E.P.E. (Unidade de Viseu), Enf<sup>a</sup> Especialista em Saúde Pública, Viseu

**Introdução:** A adesão à terapêutica antirretrovírica (TARV) é reconhecida como um dos fatores modificáveis mais relevantes para o sucesso do tratamento (1), uma vez que o controlo da infeção por VIH carece de um adequado cumprimento terapêutico. Deste modo, é pertinente a monitorização da adesão do utente à TARV, para minimizar falhas na mesma, o que acarretaria risco de emergência de resistência à TARV e diminuição da eficácia da mesma, com consequências diretas para a saúde dos utentes.

**Objetivo:** Determinar o nível de satisfação com a Consulta de Doenças Infeciosas (CDI) em utentes com VIH/SIDA; Avaliar se a satisfação com a consulta explica a variabilidade da adesão.

**Material e métodos:** Estudo observacional, com amostra de doentes ativos na CDI. Foi aplicada a Escala de Adesão ESPA (Ribeiro, 2010) e o Questionário de Satisfação aos utentes com VIH/SIDA a frequentar a CDI no CHTV, tendo a recolha de dados decorrido de janeiro a abril de 2018.

**Resultados:** Responderam ao questionário 92 utentes, 76,1% homens, com uma média de idades de 49 anos ( $\pm Dp=11,7$ ). Os resultados quanto à satisfação mostraram-se positivos, apresentando uma média de 72,48% ( $\pm Dp = 0,952$ ), com um valor mínimo de 50 e máximo de 85. 28,3% dos utentes manifestaram-se totalmente satisfeitos; 42,4% muito satisfeitos e 28,3% satisfeitos, sendo a atenção e apoio, e a informação prestada as áreas com mais satisfação. São os homens (47,67%) e os utentes com mais habilitações literárias (49,05%), os grupos onde se encontram valores mais elevados de satisfação, todavia sem diferenças significativas ( $p=0,563$ ;  $p=0,163$ ). As estatísticas relativas à adesão mostram que a maioria não demonstra problemas de adesão (87%). Dos que demonstraram (13%;  $N=12$ ), 75% eram homens e 50% utentes com habilitações literárias intermédias, não havendo diferenças significativas ( $p=0,914$ ;  $p=0,959$ ). A adesão terapêutica é influenciada positivamente pela satisfação ( $r=0,193$ ;  $p=0,066$ ), apurando-se que os participantes mais satisfeitos também aderem mais à gestão do regime terapêutico. Quando comparada com as restantes variáveis em análise, apenas a satisfação se assume como preditora, contribuindo significativamente para a adesão terapêutica ( $t=2,822$ ;  $p=0,006$ ), sendo responsável por 8,4% da sua variabilidade ( $r^2=0,084$ ).

**Conclusões:** Quanto maior a satisfação, maior é a adesão terapêutica. O conhecimento dos fatores determinantes da adesão é fundamental para potenciar a gestão do regime terapêutico. Sugerem-se intervenções individuais sedimentadas no incremento do diálogo, na melhoria da qualidade da comunicação, da informação e consequentemente da satisfação.

## P06 - OSTEOPOROSE INCAPACITANTE E SÍNDROME DE FANCONI APÓS LONGA TERAPÊUTICA COM TENOFOVIR: UM CASO CLÍNICO

**Guerra D.**<sup>1</sup>, Abreu M.<sup>1</sup>, Carvalho A.<sup>2</sup>, Maia J.<sup>3</sup>, Alves M.<sup>3</sup>, Sarmento e Castro R.<sup>1</sup>.

1 - Centro Hospitalar do Porto, Doenças Infecciosas, Porto

2 - Centro Hospitalar do Porto, Endocrinologia, Porto

3 - Centro Hospitalar do Porto, Medicina Interna, Porto

O aparecimento da terapêutica antirretrovírica altamente ativa (HAART) revolucionou o tratamento dos doentes infetados por VIH. O Tenofovir é um INTR eficaz no controlo da carga vírica e considerado de primeira linha no tratamento desta infeção. Contudo, a sua utilização é, por vezes, acompanhada por efeitos laterais afetando, particularmente, a função renal e a dinâmica óssea, o que tem impulsionado a busca por alternativas menos deletérias. Apresentamos o caso de um homem de 47 anos, fumador, ex-toxicodependente, coinfetado VHC/VIH-1, sob TDF/FTC e LPV/r desde 2013 apresentando, atualmente, carga vírica suprimida.

Em apenas 6 meses desenvolveu clínica que se iniciou com artralguas dispersas, de características mecânicas, de intensidade crescente e que culminaram com a perda capacidade de deambulação, tendo sido acompanhadas por hipercifose e perda total de 8cm de altura. Foi internado com dor generalizada de difícil controlo. Os exames de imagem revelaram várias fraturas patológicas dispersas atingindo esterno, omoplatas e corpos vertebrais (por esmagamento). A osteodensitometria confirmou osteoporose severa, a cintigrafia óssea e marcadores de remodelação foram compatíveis com doença metabólica do osso em atividade, tendo sido considerada a longa terapêutica baseada em TDF como a principal responsável, após exclusão de outras causas mais prevalentes. De referir, ainda, que o doente apresentou alterações eletrolíticas compatíveis com lesão tubular proximal e acidose metabólica com hiato aniónico normal e que foram interpretadas como um síndrome de Fanconi secundário ao TDF.

Para além da evicção do tóxico em causa, procedeu-se ao controlo analgésico, realização de bifosfonatos, reposição dos défices vitamínicos e eletrolíticos e instauração de um plano fisiátrico. Atualmente, o doente encontra-se assintomático em repouso, com capacidade para deambular com auxílio de canadias e com necessidade de apoio de terceiros para algumas das AVDs.

Este caso incorpora os dois paradigmas dos efeitos adversos do TDF e impressiona, sobretudo, pela severidade da osteoporose e respetivo impacto clínico num doente sem critérios formais para rastreio, segundo as normas mais recentes, mas que apresenta vários fatores de risco para diminuição da densidade óssea.

## P07 - DIAGNÓSTICO DE INFEÇÃO VIH DE NOVO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA: EXPERIÊNCIA DE UM HOSPITAL TERCIÁRIO

Cunha F., Correia P., Ribeiro A. B., Ramos I., Rabadão E., Serra J. E., Saraiva da Cunha J.

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Doenças Infeciosas, Coimbra

**Introdução:** A infeção por VIH é um diagnóstico que requer elevada suspeição clínica. A deteção de doentes em fase aguda, com elevada taxa de infeciosidade, é fundamental para reduzir a transmissão do vírus e preservar a imunidade a longo prazo, com impacto importante na morbimortalidade destes doentes. Os Serviços de Urgência são, diariamente, a porta de entrada para diversas patologias, sendo fundamental a sensibilização dos clínicos para as variadas apresentações do VIH e seu diagnóstico precoce.

**Objetivos:** Caracterização dos novos diagnósticos de infeção VIH em contexto de Serviço de Urgência de um hospital terciário.

**Métodos:** Estudo retrospectivo dos doentes com diagnóstico VIH de novo em contexto de urgência, durante um período de 5 anos (janeiro de 2011 a dezembro de 2016). O diagnóstico serológico foi realizado através de testes ELISA de 4ª geração. A caracterização da amostra incluiu dados demográficos, clínicos, laboratoriais e terapêuticos.

**Resultados:** Foram identificados 66 novos diagnósticos de infeção por VIH no Serviço de Urgência, no período estudado (83,3% do sexo masculino), com média de idade de 42,6 anos. 90,9% tinham naturalidade portuguesa e 7,6% eram naturais dos PALOPS. 77,3% recorreram ao serviço de urgência sem referência prévia e 9,1% foram referenciados pelo médico assistente. A sintomatologia mais frequente, à apresentação, foi febre (45,5%) e perda de peso (37,9%). 31,4% dos casos correspondiam a síndromes víricas agudas. Constatou-se que ocorreu transmissão do vírus por via heterossexual em 57,6% vs. transmissão entre homens que têm sexo com homens em 16,7% vs. transmissão por consumo de substâncias ilícitas em 13,6%. Menos de metade dos doentes apresentava uma contagem de TCD4+ <200 cel/mm<sup>3</sup> (40,8%); 46,9% apresentava carga vírica VIH > 100.000 cópias/ml. 33 (50%) doentes necessitaram de internamento. A mediana do período entre o diagnóstico e o início da terapêutica antirretrovírica foi de 16 dias.

**Conclusões:** A análise desta amostra, em ambiente clínico real, demonstra que o diagnóstico da infeção VIH no Serviço de Urgência foi realizado em fases mais precoces da doença, predominantemente em doentes do sexo masculino, de origem portuguesa. A transmissão por via heterossexual mantém-se a forma de transmissão predominante.

## P08 - SARCOMA DE KAPOSÍ EM PACIENTE HIV NEGATIVO: ESTUDO DE CASO

Azevedo G. B.<sup>1</sup>, Silva J. B.<sup>2</sup>, Silva A. C. D. O.<sup>3</sup>.

1 - Universidade de Marília, Estudante de Medicina, Marília

2 - Cesmac, Enfermeira, Brasil

3 - UFAL, Médica Oncologista (orientadora), Brasil

**Introdução:** “O Sarcoma de Kaposi é uma doença angioproliferativa maligna” (1, p. 1) que acomete preferencialmente a pele e o tecido subcutâneo, porém, pode atingir outros órgãos. “É relacionada à infecção pelo Herpes vírus humano tipo 8 (HHV-8) e acomete principalmente idosos do sexo masculino (5ª e 6ª décadas)” (2, p. 251,252). O objetivo desse estudo foi relatar um caso raro de Sarcoma de Kaposi em paciente idoso, não relacionado à síndrome da imunodeficiência adquirida.

**Relato:** Paciente de 52 anos, hipertenso, não etilista. Em primeira consulta referia lesões descamativas pelo corpo há 20 anos, com períodos de exacerbação e melhora, além de lesões nodulares, escurecidas, distribuídas pelo corpo há 2 anos, lesões em MIE, MID e testículos. Exame histopatológico: MID com diagnóstico de Sarcoma de Kaposi. Sorologias: Anti HIV não reagente; Anti HTLV 1 e 2 não reagente; HCV não reagente; HBSAG não reagente; Anti HBS reagente. Imuno-histoquímica: Sarcoma de Kaposi clássico - Estadiamento IV.

**Discussão:** “As lesões podem apresentar qualquer topografia, sendo predominantes nas extremidades inferiores, cabeça e pescoço” (3, p. 7); manifestam-se na forma de máculas, placas ou nódulos pigmentados, variam em tamanho e na cor (cor-de-rosa a vermelho-arroxeados) segundo (4, p. 80). O diagnóstico é feito através do quadro clínico e exames complementares. Na história clínica, o paciente queixa-se de nódulos múltiplos na pele e/ou outros órgãos. Ainda conforme (4, p. 82) o tratamento é baseado na forma clínica, levando em consideração a imunocompetência do paciente e a extensão da doença. Assim, é variável de acordo com cada paciente. Descritores: Sarcoma de Kaposi; Soronegatividade para HIV.

**Referências:** 1. Kalil JA, Jovino MAC, Papaiordanou F, Arriaga M, Ribeiro Jr MAF. Sarcoma de Kaposi em membros inferiores: relato de caso. J Vasc Bras 2010; [acesso em 2017 mai 14]; 9(4): 261-265. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jvb/v9n4/a12v9n4>

2. Machado CR, Amorim AFSG, Silvestrini AA, Coelho GM, Rezende JC. Sarcoma de Kaposi - Relato de caso. Departamento de oncologia cutânea. An. Bras. Dermatol. Rio de Janeiro. 2005 ago [acesso em 2017 mai 14]; 80(2), 232-261. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abd/v80s2/v80n4s2a38.pdf>

3. Freitas JMA. Um caso quase clássico de Sarcoma de Kaposi [mestrado] [Internet]. Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa; 2015 [acesso em 2017 mai 16]. Disponível em: <http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/27521/1/JoaoMAFreitas.pdf>

4. Da Costa EL, Venancio MA, Gamonal A. Sarcoma de Kaposi. HU rev, Juiz de Fora. 2006 set [acesso em 2017 mai 16]; 32(3):77-84. Disponível em: <https://hurevista.ufjf.emnuvens.com.br/hurevista/article/view/21/16>

## P09 - O CONTRIBUTO DOS HOSPITAIS DE DIA DE INFECIOLOGIA PARA O RASTREIO DE VIH – A EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO

Jimenez E.<sup>2</sup>, Batista J.<sup>1</sup>, Caixeiro M.<sup>1</sup>, Pacheco P.<sup>1</sup>.

1 - Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, Doenças Infeciosas, Amadora

2 - Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, Amadora

**Introdução:** O rastreio da infeção VIH é o primeiro pilar para o combate da epidemia VIH/SIDA e para a meta 90-90-90 em 2020. Em Portugal, o acesso a testes rápidos de rastreio ocorre sobretudo nos cuidados de saúde primários e em organizações de base comunitária. Apesar do rastreio dos parceiros sexuais ser incentivado na consulta de Infeciologia (CI), a metodologia convencional implica a inscrição dos mesmos numa consulta e requisição no laboratório hospitalar ou orientação para o centro de saúde. Estas barreiras podem comprometer a sua realização e o diagnóstico mais precoce. Na CI e hospitais de dia existe pessoal diferenciado na execução de testes rápidos, aconselhamento pré e pós-teste e seguimento dos resultados positivos, pelo que a inexistência de testes rápidos nestes locais pode configurar subaproveitamento de recursos e perda de oportunidade de diagnóstico precoce com ligação aos cuidados de saúde e mais rápido início de tratamento antirretroviral.

**Objetivos:** Avaliação dos resultados do rastreio por teste rápido VIH, entre 1 de Maio de 2012 e 31 de Maio de 2018, no Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, de que dispomos desde 2012 (de forma não consecutiva) para testar familiares dos utentes VIH positivos.

**Material e métodos:** Foram realizados 309 testes rápidos de VIH de 3ª geração, dos quais 16,5% foram positivos (51 novos diagnósticos). Os testes foram oferecidos sobretudo (79,9%) a parceiros de doentes com novos diagnósticos ou em seguimento, sendo a via de transmissão maioritariamente heterossexual (96,8%). O teste a filhos de utentes VIH representou o segundo maior grupo-alvo (14,8%), constituindo 5,9% dos testes positivos. O grupo de parceiros sexuais contribuiu para 66,7% dos resultados positivos. Foram realizados testes a outros utentes, familiares ou amigos, que demonstraram vontade de o fazer, mesmo não sendo contato de risco, na perspetiva de contribuir para o rastreio alargado e para melhor esclarecimento em relação à infeção VIH.

**Conclusões:** Verificou-se elevada prevalência de infeção VIH na população testada, muito superior aos rastreios de base comunitária. A realização de testes no HDI promoveu também retenção nos cuidados, uma vez que foi realizada a 1ª consulta médica imediatamente após diagnóstico positivo. O rastreio de base hospitalar pode constituir uma medida efetiva na contribuição para o aumento dos diagnósticos, sendo também facilitadora das restantes estratégias de controlo, nomeadamente PrEP/PEP e supressão virológica.

## P010 - CONSULTA PRIORITÁRIA DE IMUNODEPRESSÃO: VIA RÁPIDA PARA OS NOVOS DIAGNÓSTICOS

**Caixeiro M.,** Batista J., Jesus R., Trigo D., Lima B. , Pacheco P.

Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, Doenças Infeciosas, Amadora

**Introdução:** Em 2018 foi criada uma consulta de Imunodepressão prioritária no Hospital de Dia do Serviço de Infeciologia do Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca. Esta consulta tem como objetivos melhorar a acessibilidade de novos doentes à consulta de Imunodepressão, através de marcação de consulta com intervalo inferior a 15 dias relativamente à referenciação, e avaliação clínica precoce de doentes com diagnóstico inaugural de VIH.

**Objetivo:** Avaliar a utilidade desta tipologia de consulta no contexto da instituição. Caracterizar a população de novos doentes inscritos na consulta de Imunodepressão.

**Materiais e métodos:** Avaliação dos doentes inscritos de 1 de janeiro a 31 de maio de 2018, através da revisão do processo clínico do doente. Foram realizadas 76 primeiras consultas, com distribuição por género equitativa, idade média de 42 anos, 77,6% dos quais estrangeiros (maioritariamente da Guiné-Bissau), 73,7% com transmissão heterossexual, 89,5% infetados por VIH-1, 7,9% coinfectados por VHB e 6,6% coinfectados por VHC. Os doentes vieram encaminhados principalmente do centro de saúde (38,1%). A infeção por VIH foi inaugural em 55,2% dos doentes, dos quais 36 doentes têm infeção por VIH-1 com contagem média de linfócitos TCD4<sup>+</sup> de 296,9 cél/uL, carga viral média de VIH-1 de 253370,6 cp/mL, sendo que 16,7% com doença definidora de SIDA (contagem média de linfócitos T CD4<sup>+</sup> de 97,2 cél/uL). O teste de resistência aos antirretrovirais foi positivo em 3 doentes. Seis doentes têm infeção inaugural por VIH-2 com contagem média de linfócitos T CD4<sup>+</sup> de 920,2 cél/uL e carga viral indetetável. Em 44,8% dos doentes a infeção era conhecida, tendo sido na sua maioria encaminhados de outros centros para manutenção de TARc. Dos doentes observados, observou-se um óbito por meningite criptocócica e 2 abandonos da consulta; os restantes (94,7%) mantêm-se em seguimento em consulta de Imunodepressão (5 com necessidade de internamento para exclusão de doença definidora de SIDA).

**Conclusões:** Verificou-se uma população de diagnósticos inaugurais de infeção por VIH com apresentação maioritariamente tardia (LT CD4<math><math>lt; 350//\mu\text{L}</math>), nos quais a avaliação clínica precoce se revela crucial. Constatou-se que esta tipologia de consulta permite, ainda, o agendamento em tempo útil de doentes previamente seguidos, o que beneficia a manutenção e adesão a TARc, que, não sendo objetivo inicial da consulta, promove a retenção nos cuidados desta população.

## P011 - REINFEÇÃO POR VÍRUS DA HEPATITE C APÓS RESPOSTA VIROLÓGICA SUSTENTADA EM DOENTES COINFETADOS COM VIH/VHC

**Fragoso J.**, Santos F. V., Cipriano A., Horta A. A., Tavares A. P., Abreu M. A., Josefina M., Sarmiento e Castro R.

Centro Hospitalar do Porto, Doenças Infecciosas, Porto

**Enquadramento:** A manutenção de comportamentos de risco é um fator muito importante para a reinfeção por vírus da hepatite C (VHC) após tratamento com antivíricos de ação direta (AAD). Com o presente trabalho pretende-se avaliar a incidência de reinfeção por VHC em doentes com resposta virológica sustentada às 12 semanas (RVS12) no nosso hospital, assim como identificar possíveis factores de risco.

**Materiais e métodos:** Foi feita uma análise prospetiva de doentes coinfetados e tratados com AAD em regimes de 12 a 24 semanas, entre 2015 e 2017. Todos apresentaram resposta virológica sustentada às 12 semanas, tendo mantido seguimento. Reinfeção foi definida como carga viral de VHC detetada após RVS12. Foram excluídos os doentes não respondedores a AAD (durante o tratamento ou sem RVS12).

**Resultados:** Foram tratados 400 doentes coinfetados cuja RVS12 foi de 94.3%. Foram documentadas cinco reinfeções, correspondendo a uma taxa de 1.25%. Quatro destes doentes eram homens, e a idade média foi de 44 anos (min 38 máx 59). Todos os doentes reinfetados cumpriam terapêutica antirretrovírica para a infeção por vírus da imunodeficiência humana (VIH), com carga viral inferior a 20 cópias/mL. Os cinco doentes tinham passado de uso de drogas endovenosas (UDEV) e todos retomaram consumos após o tratamento (apenas um com partilha de seringas). Quatro dos doentes estavam em programa de substituição com metadona. A média de carga viral de RNA-VHC após reinfeção foi de 3 155 960 UI/mL (min 1 400, máx 7 690 000). O tempo médio até documentar reinfeção foi de 10,6 meses (min 5, máx 17). Quatro dos doentes, pré-tratamento tinham o genótipo 1a e um o genótipo 1b. Três dos doentes reinfetaram com genótipos diferentes (um com genótipo 3a, um com o genótipo 4a/4b/4c, um com o genótipo 4). Os cinco doentes ainda aguardam aprovação para retratamento.

**Conclusões:** Embora rara na nossa coorte, a reinfeção a VHC é uma realidade principalmente em indivíduos com retoma de UDEV. O risco de reinfeção deve ser debatido e prevenido com seguimento dirigido a esta população de risco.

## P012 - TUBERCULOSE, UMA FORMA DE APRESENTAÇÃO - CASO CLÍNICO

**Fragoso J.**, Gonçalves C., Santos F. V., Mendéz J., Sarmento e Castro R.

Centro Hospitalar do Porto, Doenças Infeciosas, Porto

É conhecida a capacidade do *Mycobacterium tuberculosis* poder afetar qualquer órgão.

Apresentamos o caso de um homem de 46 anos, residente no Porto, fumador ativo (45 UMA), ex-toxicodependente há 10 anos e com hepatite C crónica. A 07 de maio de 2018 foi observado no serviço de urgência por odinofagia e lesões esbranquiçadas dolorosas no terço posterior do dorso da língua com 3 meses de evolução, associados a perda de peso (11% do peso corporal total) e adenomegalias cervicais bilaterais. Observava-se lesão papilomatosa endurecida, com cerca de 3cm no terço posterior do dorso da língua. Pela forte suspeita de carcinoma espinho-celular da língua, foi encaminhado para a consulta de Cirurgia Maxilo-Facial. A 09 de maio realizou biópsia incisional cuja anatomia patológica mostrou numerosos granulomas epitelióides, alguns deles com necrose central. Pela coloração de Zhiel-Neelsen observou-se a presença de «ocasionais estruturas bacilares ácido-álcool resistentes». Foi orientado para a consulta de Doenças Infeciosas para prosseguir investigação.

Aprofundando a história o doente refere ter tido contacto com uma pessoa próxima com tuberculose há 8 meses. Negava tosse fora do habitual, expectoração ou dispneia, hipersudorese noturna, febre ou anorexia.

Do restante estudo, anemia hipocrómica microcítica de 12.7 g/dL, leucócitos totais normais mas com monocitose e linfopenia, e velocidade de sedimentação de 74 mm. Serologia VIH negativo.

Foram colhidas secreções brônquicas para micobacteriológico com auramina positiva, pesquisa de *Mycobacterium tuberculosis* por biologia molecular positiva e cultural positivo, do qual se aguarda teste de suscetibilidade.

A radiografia torácica revelou condensações hipotransparentes arredondadas com predomínio no lobo superior esquerdo, e a tomografia axial computadorizada do tórax cavitações e padrão *tree-in-bud*.

Foi assumido o diagnóstico de tuberculose pulmonar com atingimento extrapulmonar. Por não apresentar critérios de gravidade iniciou tratamento em ambulatório em toma observada diretamente, com esquema isoniazida + rifampicina + pirazinamida + etambutol.

O presente caso clínico reforça a importância de considerar a tuberculose como diagnóstico diferencial de outras condições, nomeadamente neoplasias, devendo ser mandatário o envio de produtos para anatomia patológica e microbiologia.



## P013 - DOENÇA DE CASTLEMAN MULTICÊNTRICA EM DOENTE COM INFEÇÃO POR VIH: UMA CAUSA RARA DE FEBRE PERSISTENTE

Graça L.<sup>1</sup>, Pereira S.<sup>1</sup>, Melo D.<sup>2</sup>, Fonseca E.<sup>2</sup>, Carvalhais I.<sup>3</sup>, Carvalho A. C.<sup>1</sup>, Sarmento A.<sup>1</sup>.

1 - Centro Hospitalar de São João, Doenças Infecciosas, Porto

2 - Centro Hospitalar de São João, Anatomia Patológica, Porto

3 - Centro Hospitalar de São João, Hematologia Clínica, Porto

**Introdução:** A Doença de Castleman é uma entidade heterogénea que inclui a doença localizada e a multicêntrica, estando associada à infeção por Vírus Herpes 8 (HHV8), sendo mais comum nos doentes com infeção por VIH. Os doentes apresentam-se com febre e adenopatias, sendo o diagnóstico diferencial extenso.

**Caso Clínico:** Doente do sexo masculino, 36 anos, com diagnóstico de infeção VIH em 2010 e com abandono de terapêutica antirretrovírica (TARc) em 2015. Foi internado em abril de 2018 por quadro constitucional (febre, astenia e anorexia) com cerca de 6 meses de evolução, apresentando 218 CD4<sup>+</sup>/mm<sup>3</sup>. Durante o internamento manteve febre (40°C) de difícil controlo e parâmetros inflamatórios elevados. Apresentava adenomegalias pericentrimétricas generalizadas, hepatoesplenomegalia e anasarca. A imunofenotipagem de sangue periférico e de medula óssea revelaram população policlonal com predomínio de plasmócitos. O diagnóstico de Doença Castleman multicêntrica foi feito por histologia do gânglio cervical com reatividade para HHV8. O doente iniciou TARc, Ganciclovir e Rituximab, tendo apresentado evolução desfavorável, com disfunção multiorgânica (hematológica e hepática) e morte ao 21º dia de internamento.

**Conclusão:** A Doença de Castleman multicêntrica é uma entidade rara e mal definida mas cuja patogénese parece estar associada a uma desregulação imune com sobre expressão de IL6. No doente com infeção por VIH os diagnósticos diferenciais são mais amplos, nomeadamente com infeções micobacterianas. O seu diagnóstico exige um elevado índice de suspeição e a realização de exames invasivos com observação atenta da peça histológica. O melhor tratamento não está bem definido. Apesar de o prognóstico ter melhorado consideravelmente com o aparecimento dos anticorpos monoclonais anti-CD20, o diagnóstico tardio e a disfunção multiorgânica são fatores de mau prognóstico e ditam muitas vezes o desfecho fatal.

## P014 - PAROTIDITE POR *MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS*: UMA MANIFESTAÇÃO RARA DE TUBERCULOSE

Graça L., Andrade P., Sarmento A.

Centro Hospitalar de São João, Doenças Infecciosas, Porto

**Introdução:** A infeção das glândulas salivares por *Mycobacterium tuberculosis* é muito rara, sendo a parótida a mais frequentemente afetada. O quadro clínico típico é de tumefacção de crescimento lento, sendo o principal diagnóstico diferencial o de neoplasia. O atingimento dos gânglios peri ou intraparotídeos é o mais comum mas pode haver envolvimento parenquimatoso.

**Caso Clínico:** Homem de 44 anos, com diagnóstico de infeção VIH em agosto de 2018 em contexto de investigação de quadro constitucional. Apresentava imunossupressão grave com 24 CD4+/mm<sup>3</sup> e adenomegalias mediastínicas pericentrimétricas com área de necrose e esplenomegalia heterogénea, sem alterações do parênquima pulmonar. A pesquisa de bacilos álcool-ácido resistentes e de micobactérias por teste molecular foi negativa em amostras respiratórias e urina e o doente iniciou terapêutica antirretrovírica (TARc). Uma semana após início de TARc iniciou quadro de febre e sinais inflamatórios da hemiface direita. A ecografia parotídea mostrou uma lesão quística cujo exame histológico mostrou bacilos álcool-ácido resistentes. Nesta altura o doente apresentava já escrófula. O aspirado da adenomegalia confirmou o diagnóstico de tuberculose. O doente iniciou antibacilares de primeira linha com melhoria clínica.

**Conclusão:** A Tuberculose é uma doença ainda muito prevalente em Portugal, especialmente nos doentes com infeção VIH, em que a apresentação é atípica, com formas extrapulmonares e paucibacilares, o que dificulta o diagnóstico. A parotidite tuberculosa é negligenciada sendo frequentemente diagnosticada após parotidectomia ou, por vezes, por biópsia, normalmente por suspeita de neoplasia. Perante um doente com epidemiologia e clínica compatível com tuberculose, as alterações da glândula parótida devem ser enquadradas neste contexto, com colheita de produtos para microbiologia e instituição célere de terapêutica.

## P015 - DETEÇÃO DE VIH/SIDA E OUTRAS INFEÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS NUM GRUPO DE TRABALHADORES/AS DO SEXO

Almeida N. G.<sup>1</sup>, Soares I.<sup>2</sup>, Melo M.<sup>2</sup>, Carvalho H.<sup>2</sup>.

1 - Agência Piaget para o Desenvolvimento (APDES), Doenças Infecciosas, Vila Nova de Gaia

2 - Agência Piaget para o Desenvolvimento (APDES), Vila Nova de Gaia

**Introdução:** O diagnóstico precoce é uma ferramenta essencial para a contenção de VIH e de outras infeções sexualmente transmissíveis (IST) (WHO, 2015). Organismos internacionais de relevo, como a OMS (2017) e a ONUSIDA (2017), sublinham a importância do diagnóstico precoce de VIH e de outras IST como forma de contrariar a epidemia e reiteram a necessidade de concentrar esforços interventivos em populações-chave, das quais fazem parte os/as trabalhadores/as do sexo (TS) (OMS, 2017).

**Objetivo:** Com a implementação deste projeto pretendeu-se contribuir para a otimização da prevenção de VIH e de outras IST junto de um grupo de 100 TS, através da remoção de barreiras estruturais que dificultam o acesso destas pessoas aos serviços de rastreio e à referência hospitalar. Além disto, objetivou-se contribuir para o aumento do conhecimento epidemiológico em Portugal de populações afastadas dos sistemas de saúde.

**Material e métodos:** Foi realizado o rastreio a IST na zona Metropolitana do Porto a 100 TS (homens, mulheres e pessoas trans) entre setembro de 2015 e setembro de 2016. As IST foram rastreadas no âmbito da intervenção de proximidade da equipa de redução de riscos Porto G (APDES) através da colheita de produtos biológicos, e as análises foram realizadas em meio laboratorial.

**Resultados:** Foram realizados testes para deteção de VIH 1/2, VHB, VHC e Sífilis a 99 pessoas, e 100 foram rastreadas para Clamídia e Gonorreia. No total foram identificados 6 casos reativos de VIH, 5 de Sífilis, 8 de Clamídia e 2 de Gonorreia.

**Conclusão:** A adaptação da metodologia de rastreio realizada em meio clínico ao contexto de proximidade demonstra ser uma resposta inovadora em território nacional direcionada a uma população sinalizada como sentinela. Facilitar o acesso ao rastreio promove o diagnóstico precoce, a referência hospitalar e o tratamento, contribuindo para as metas para 2020 definidas pela ONUSIDA. Por sua vez, a notificação no Sistema de Informação do SNS resulta no maior conhecimento epidemiológico da infeção por VIH e outras IST em Portugal. O trabalho desenvolvido pelo Porto G (APDES) vem reforçar a importância dos serviços de base comunitária no combate ao VIH e outras IST que, ao trabalharem de forma eficaz com populações em situação de marginalização, conseguem preencher lacunas críticas e evidentes do Serviço Nacional de Saúde.

**Palavras-chave:** rastreio, deteção precoce, VIH, IST, trabalhadores/as do sexo, intervenção comunitária

## P016 - DIAGNÓSTICO DE INFECÇÃO VIH DE NOVO EM APRESENTADORES TARDIOS (*LATE PRESENTERS*) NO SERVIÇO DE URGÊNCIA: EXPERIÊNCIA DE UM HOSPITAL CENTRAL

Correia P. F. C. B. D., Cunha F., Ribeiro A. B., Ramos I., Serra J. E., Rabadão E., Saraiva da Cunha J.

Centro Universitário e Hospitalar de Coimbra, Doenças Infeciosas, Coimbra

**Introdução:** O diagnóstico de infeção por vírus da imunodeficiência humana (VIH) em contexto de episódio de urgência pode necessitar de elevada suspeição clínica. Os *late presenters* (doentes com linfócitos TCD4<sup>+</sup> < 350/mm<sup>3</sup> ou doença definidora de SIDA) recorrem aos cuidados de saúde com quadros clínicos variados e nem sempre sugestivos de défice imunitário. Reconhecer as patologias que frequentemente motivam a procura dos Serviços de Urgências destes doentes pode contribuir para um diagnóstico e tratamento mais precoces.

**Objetivos:** Caracterização dos novos diagnósticos de infeção por VIH em estadios avançados, em contexto de Serviço de Urgência do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC), pólo HUC.

**Métodos:** Estudo retrospectivo dos doentes com diagnóstico VIH de novo em contexto de urgência no CHUC-HUC, com critérios de *late presenters* durante um período de 5 anos (janeiro de 2011 a dezembro de 2016). O diagnóstico serológico foi realizado através de imunoensaios de 4<sup>a</sup> geração. A caracterização da amostra incluiu dados demográficos, clínicos, laboratoriais e terapêuticos.

**Resultados:** Foram identificados 35 novos diagnósticos de infeção por VIH com critérios de *late presenters*. O sexo masculino foi o mais prevalente (82,9%), com média de idade de 44,9 anos. Quatro eram estrangeiros. As sintomatologias mais frequentes referidas foram: emagrecimento (48,6%); febre (42,9%); tosse (42,9%); diarreia (17,1%) e lesões cutâneas (14,3%). As vias de transmissão identificadas foram relações sexuais desprotegidas (85,7%), maioritariamente heterossexuais (73%), e partilha de materiais injetáveis. A média de linfócitos T CD4 foi de 122/mm<sup>3</sup> (intervalo de 2-348). Cinco doentes (14,3%) apresentavam coinfeções por vírus da Hepatite C, não havendo registo de infeção ativa por vírus da Hepatite B. A maioria necessitou de internamento hospitalar (80%). Os diagnósticos mais comuns foram: pneumocistose (n=11); candidose oral (n=3); Sífilis (n=3); toxoplasmose cerebral (n=2); neoplasia pulmonar (n=2), entre outros. Oito doentes (22,9%) faleceram nos 6 meses após o diagnóstico.

**Conclusões:** O estudo realizado evidenciou que o diagnóstico de infeção VIH em estadios avançados condiciona um prognóstico vital mais desfavorável. Reforça-se, assim, a necessidade do diagnóstico atempado, fundamental à diminuição da morbilidade e mortalidade precoce da população infetada por VIH.

## P017 - ENCEFALITE POR TOXOPLASMA GONDII E TREPONEMA PALLIDUM EM DOENTE VIH COM IMUNOSSUPRESSÃO GRAVE

Nunes A. L.<sup>2</sup>, Carvalho R.<sup>1</sup>, Correia P.<sup>1</sup>, Sá R.<sup>1</sup>, Ramos I.<sup>1</sup>, Valente C.<sup>1</sup>, Saraiva da Cunha J.<sup>1</sup>

1 - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Doenças Infecciosas, Coimbra

2 - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Medicina Interna, Coimbra

**Introdução:** As infeções do sistema nervoso central (SNC) no contexto de VIH têm vindo a diminuir devido à utilização alargada da terapêutica antirretrovírica (TARV), mas são ainda causa de morbilidade e mortalidade, em particular nos gravemente imunodeprimidos. Algumas das infeções oportunistas mais frequentes do SNC em doentes com síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA) são as encefalites por *Toxoplasma gondii* (TG) e *Treponema pallidum* (TP). Os autores apresentam um caso de infeção simultânea do SNC por aqueles dois agentes, no contexto de doente com SIDA.

**Caso clínico:** Doente de 51 anos, sexo masculino e HSH, infetado por VIH desde 2004, com abandono da TARV nos 6 anos anteriores, foi levado ao Serviço de Urgência após síncope na via pública com traumatismo cranioencefálico. Apurou-se quadro de cefaleias pulsáteis intensas e intermitentes, lipotímias frequentes, lentificação do discurso e amnésia anterógrada, com 2 a 3 semanas de evolução. Apresentava 12/mm<sup>3</sup> linfócitos T CD4 e virémia de 6 logcópias/ml. Em TC cranioencefálica, identificou-se formação nodular expansiva temporal esquerda, posteriormente à cauda do hipocampo, com reforço de sinal periférico após contraste (com 1,7x1,5x1,3 cm). Presumido diagnóstico de toxoplasmose cerebral, reforçada por serologia positiva (IgG) antiTG. Iniciou terapêutica com pirimetamina e sulfadiazina. Por serologia positiva para sífilis (RPR 1:16), realizou-se punção lombar que permitiu o diagnóstico de neurosífilis (pleocitose e VDRL reativo no LCR). Fez tratamento com benzilpenicilina durante 14 dias. Aos 7 dias de internamento, apresentou agravamento do estado de consciência seguido de convulsão; o EEG confirmou atividade paroxística cerebral, pelo que houve necessidade de terapia anticonvulsivante. Ao longo do internamento verificaram-se redução gradual das dimensões da lesão encefálica, resolução dos episódios convulsivos e recuperação do estado de consciência. O doente reiniciou TARV. Durante internamento foram ainda diagnosticadas doença disseminada por citomegalovírus, pancitopenia e candidíase oroesofágica.

**Conclusão:** Em doentes com infeção VIH e baixa contagem de linfócitos T CD4 com alterações neurológicas de novo, o diagnóstico etiológico deve incluir a pesquisa de múltiplos processos infecciosos. Dados clínicos, serológicos e imagiológicos permitem o diagnóstico de encefalite por TG e TP. O diagnóstico e tratamento precoces das infeções do SNC aumentam probabilidade de evolução favorável.

## P018 - SÍNDROME NEFRÓTICO, COMPLICAÇÃO DE VIH E VHC

Nunes A. L.<sup>2</sup>, Carvalho R.<sup>1</sup>, Correia P.<sup>1</sup>, Sá R.<sup>1</sup>, Ramos I.<sup>1</sup>, Lima J.<sup>2</sup>, Saraiva da Cunha J.<sup>1</sup>

1 - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Doenças Infecciosas, Coimbra

2 - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Medicina Interna, Coimbra

**Introdução:** A síndrome nefrótica resulta de uma permeabilidade excessiva da membrana basal provocada por etiologias primárias ou secundárias a infeção, diabetes, neoplasia, doença autoimune ou iatrogénica. Quando não controlada pode induzir complicações graves, potencialmente fatais. É uma possível complicação em doentes com VHC (vírus hepatite C) e VIH (vírus imunodeficiência humana).

**Caso clínico:** Doente do sexo masculino de 53 anos, com antecedentes de utilização de drogas injetáveis e infeção VIH sob terapêutica antirretrovírica (supressão virológica e linfócitos T CD4 900), hepatite C não tratada (RNA 10M UI/mL) e diabetes mellitus tipo 2 mal controlada. Internado por quadro de 3 semanas de evolução de anasarca e dispneia com insuficiência respiratória tipo 1. Analiticamente com elevação dos parâmetros inflamatórios, hipoalbuminémia, hipercolesterolemia, rabdomiólise e aumento da AST (4XLSN). De salientar proteinúria nas 24H de 17g/dL. Radiografia torácica com infiltrado bilateral. Ecografia abdominal com evidência de hepatopatia crónica e derrame peritoneal livre, sem alterações renais. Iniciada antibioterapia com Ceftriaxone e Azitromicina por suspeita de pneumonia e IECA após observação pela Nefrologia por diagnóstico de síndrome nefrótica. Durante o internamento o doente não apresentou melhoria da insuficiência respiratória, tendo realizado angioTC torácica por suspeita de TEP bilateral, que se confirmou, pelo que foi introduzida anticoagulação. Após resolução progressiva das alterações clínicas e analíticas, tem alta orientado para consulta de Nefrologia, mantendo seguimento em Consulta de Imunodeficiência.

**Conclusão:** O caso descrito destaca a importância da alta suspeição clínica da síndrome nefrótica em doentes com fatores predisponentes, como a infeção VIH, hepatite C e diabetes. A precoce identificação de complicações aumenta a probabilidade do desfecho favorável.

## P019 - ADESÃO AO PLANO TERAPÊUTICO EM UTENTES COM HIV/ TUBERCULOSE POTENCIA A SUA QUALIDADE DE VIDA: UM PROTOCOLO DE SCOPING REVIEW

Costa S. A. G.<sup>1</sup>, Portela P.<sup>2</sup>, Areal P.<sup>3</sup>, Sobral A. S.<sup>1</sup>, Costa S. A. G.<sup>4</sup>.

1 - ARS Norte, Enfermagem, Vila Nova de Gaia

2 - ARS Norte- CRI Porto Central ET Gaia, Enfermagem Saúde Mental e Psiquiátrica, Porto

3 - ARS norte- CRI Porto Central ET Gaia, Enfermagem Comunitária, Porto

4 - ARS Norte-CRI Porto Central ET Gaia, Enfermagem Médico-Cirúrgica, Porto

**Introdução:** A infeção por vírus da imunodeficiência humana (VIH) mantém-se um importante problema de saúde pública na Europa e em Portugal. Dada a complexidade de seguimento destes utentes, que associado à TB/VIH tem outros problemas de saúde e de cariz social, é imprescindível o acompanhamento multiprofissional de longa duração. É necessário promover uma estratégia multidisciplinar centrada no utente com o objetivo de melhorar as suas respostas aos processos de vida, saúde e doença, sendo o enfermeiro o facilitador desse processo. Uma das principais barreiras no tratamento e prevenção do VIH/ TB é a adesão (ao tratamento), sendo esta um fator fundamental para a efetividade do tratamento, pois uma má adesão tem impacto na qualidade de vida do utente devido a resistências aos fármacos que levam a uma redução das opções terapêuticas no futuro.

**Objetivos:** Mapear a evidência em relação à influência que a adesão ao plano terapêutico, em utentes com VIH/TB, tem na sua qualidade de vida; Identificar lacunas na pesquisa relacionada com o tema; Recomendar futuras investigações na área.

**Questão:** Utentes com VIH/TB que aderem ao plano terapêutico têm melhor qualidade de vida?

**Material e métodos:** Este protocolo de *scoping review* irá adotar a metodologia sugerida pelo Joanna Briggs Institute (JBI), descrita pelo The JBI Reviewers' Manual (2015). **Os critérios de inclusão são:** **População:** Idade superior a 18 anos, independentemente do género. **Conceito:** Utentes portadores VIH/TB que aderem ao plano terapêutico potenciam a sua qualidade de vida. **Contexto:** Utentes com VIH/ TB em tratamento **Tipos de fontes:** serão incluídos estudos primários quantitativos e diretrizes internacionais publicadas em bases de dados e literatura cinzenta. Só serão considerados para inclusão nesta revisão, documentos em inglês, português. Não serão incluídos artigos de opinião e notícias. Serão utilizadas as palavras-chave e/ou descritores devidamente selecionados: VIH; Tuberculosis; Quality of Life; Medication compliance nas bases de dados ISI Web of Science; CINAHL, MEDLINE, Academic Searchcomplete; NCBI/PUBMED; no Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal e no Banco de teses da CAPES, limitada aos últimos 5 anos. **Extração de dados:** os dados serão extraídos dos artigos incluídos, por dois revisores independentes, usando um instrumento tipo tabela, desenvolvido especificamente para esta revisão, tendo em conta detalhes específicos sobre a população, o conceito, o contexto e os métodos de pesquisa com relevância para a questão da *scoping review* e os objetivos enunciados, conforme indicado pela metodologia desenvolvida pelo JBI4. **Mapeamento de dados:** os dados extraídos serão apresentados em forma de diagrama.

## P020 - ENVOLVIMENTO RENAL NOS DOENTES COM INFEÇÃO POR VIH

**Batista T.**<sup>1</sup>, Novais A. G.<sup>1</sup>, Mocho L.<sup>2</sup>, Lima C.<sup>3</sup>, Crespo P.<sup>2</sup>, Manuel P.<sup>1</sup>, Correia A.<sup>1</sup>.

1 - Centro Hospitalar Tondela-Viseu, Medicina Interna, Viseu

2 - Centro Hospitalar Tondela-Viseu, Doenças Infecciosas, Viseu

3 - Centro Hospitalar Tondela-Viseu, Nefrologia, Viseu

**Introdução:** A infeção por vírus da imunodeficiência humana (VIH) mantém em Portugal uma prevalência bastante elevada em comparação com os restantes países europeus. Graças à inovação da terapêutica utilizada, os pacientes com VIH vivem mais anos; como consequência desse avanço estão a experienciar os efeitos complexos da própria infeção, da terapêutica antirretroviral (TARV) e das comorbilidades associadas. Nesta sequência surge o risco acrescido de lesão renal aguda (LRA) e de doença renal crónica (DRC).

**Objetivos:** É objetivo deste estudo avaliar a prevalência do envolvimento renal nos doentes com infeção por VIH e identificar preditores/fatores de risco deste envolvimento. Nesta fase, pretende-se apresentar as características demográficas da população estudada, a adesão ao estudo e as limitações encontradas.

**Material e Métodos:** Estudo prospetivo envolvendo os doentes seguidos em Consulta de Doenças Infecciosas no Centro Hospitalar Tondela-Viseu (CHTV), entre outubro de 2017 e março de 2018. Numa primeira fase, e após o consentimento do doente em integrar o estudo, foi consultado o processo clínico individual com a recolha das características demográficas, antecedentes pessoais e terapêutica prévia e atual. Foram igualmente solicitados exames complementares de diagnóstico, incluindo painel de análises de sangue/urina e ecografia renal. Numa segunda fase proceder-se-á à análise estatística, procurando fatores diferenciadores dos doentes com envolvimento renal recorrendo a testes de comparação entre os 2 grupos (com e sem envolvimento renal) e a modelos de regressão logística.

**Conclusão:** O envolvimento renal associa-se a elevada morbimortalidade. Este é o primeiro estudo que caracteriza o envolvimento renal e fatores de risco associados para LRA/DRC em doentes infetados por VIH no CHTV e, com ele, pretendemos identificar, nesta população, fatores de risco que permitam a adoção de estratégias nefroprotetoras e consequentemente, reduzir a incidência de doença renal e melhorar o prognóstico. Foi observada uma grande adesão à participação no estudo. Por outro lado, este estudo não se encontra isento de limitações; a mais evidente relaciona-se com o *follow-up* de alguns destes doentes que faltaram à consulta no período em análise. Para além da complexidade do processo de colheita de amostras, também a recolha de informação clínica se revelou demorada e laboriosa.



## PO21 – SÍFILIS E INFEÇÃO VIH: CARACTERÍSTICAS DA COINFEÇÃO NOS DOENTES COM DIAGNÓSTICO DE NOVO DE INFEÇÃO PELO VIH SEGUIDOS NO SERVIÇO DE DOENÇAS INFECIOSAS DO CENTRO HOSPITALAR SÃO JOÃO

Abreu I., Palma P., Graça L., Filipe R., Ruas R., Branco E., Tavares M., Piñero C., Caldas C., Soares J., Serrão R., Sarmiento A.

Centro Hospitalar de São João, Doenças Infeciosas, Porto

**Introdução:** A prevalência de sífilis continua a aumentar na Europa, particularmente em grupos com práticas sexuais de maior risco, como os homens que têm sexo com homens (HSH), sendo também maior nos doentes com infeção por VIH (vírus da imunodeficiência humana). Além disso, nos doentes com infeção VIH, a sífilis não tratada tem implicações diretas no curso desta doença, causando aumento dos níveis plasmáticos do vírus e diminuição dos linfócitos T CD4<sup>+</sup>.

**Objetivos:** Caracterizar a infeção por *Treponema pallidum* aquando do diagnóstico de infeção por VIH e identificar possíveis fatores de risco.

**Material e Métodos:** Estudo retrospectivo observacional. Foram selecionados todos os doentes com diagnóstico inaugural de infeção por VIH observados no Serviço de Doenças Infeciosas do Centro Hospitalar São João entre janeiro de 2015 e dezembro de 2017. O método utilizado para rastreio inicial de sífilis foi o TPPA (“*Treponema Pallidum Particle Agglutination Assay*”). Se positivo, foi efetuado o VDRL (“*Venereal Disease Research Laboratory*”). Para confirmação de testes discordantes, foi efetuado o FTA-ABS (“*Fluorescent Treponemal Antibody Absorption Test*”). Para a análise estatística foi usado o SPSS 25.0. O nível de significância usado foi de 0,05.

**Resultados:** Foram identificados 217 doentes: 168 (77,4%) homens; mediana de idades de 39 anos. A via de aquisição de infeção VIH foi em 108 casos (49,8%) heterossexual; 97 (44,7%) HSH; 5 (2,3%) uso de drogas endovenosas e em 7 (3,2%) desconhecido. Houve 59 (27,2%) diagnósticos de sífilis: 22 casos (37,3%) de infeção tratada previamente e 37 casos (62,7%) de infeções não tratadas (54,1% sífilis latente tardia; 13,5% sífilis latente precoce; 18,9% sífilis primária; 0,08% neurosífilis, 0,03% retinite e 0,03% sífilis secundária). Quando comparados os doentes com e sem sífilis, verificou-se uma associação estatisticamente significativa entre os HSH e o diagnóstico de sífilis ( $p=0,04$ ). A percentagem de casos de sífilis por ano de diagnóstico de infeção por VIH foi de 30% em 2015, 20,2% em 2016 e 32,8% em 2017.

**Conclusão:** A prevalência de sífilis nos doentes identificados foi de 27,2%, com uma frequência estável durante os anos de observação, reforçando a importância de manter o rastreio inicial e tratamento da sífilis nestes doentes. A associação entre os casos de sífilis e o grupo HSH denota a necessidade de campanhas de sensibilização para adoção de práticas sexuais protegidas e rastreio de sífilis neste grupo de risco.

## PO22 - REGIMES DE BITERAPIA COM DOLUTEGRAVIR: UMA AVALIAÇÃO RETROSPETIVA

Palma P., Abreu I., Graça L., Piñero C., Caldas C., Soares J., Serrão R., Sarmento A.

Centro Hospitalar de São João, Doenças Infecciosas, Porto

**Introdução:** Apesar da eficácia e tolerabilidade dos regimes atuais da terapêutica antirretrovírica (TARV), a sua escolha pode ser limitada por comorbilidades, toxicidades e/ou resistências. Os regimes de biterapia são uma alternativa nestes doentes com infeção VIH.

**Objetivo:** Avaliar a eficácia, tolerabilidade e resposta virológica da biterapia com dolutegravir (DTG) em doentes com infeção VIH-1 sob TARV.

**Métodos:** Estudo observacional retrospectivo de doentes com infeção VIH-1 e *switch* para DTG e rilpivirina (RPV), darunavir (DRV/r) ou lamivudina (3TC) no Serviço de Doenças Infecciosas do Centro Hospitalar de São João, por motivos de: simplificação (28,9%), alterações renais (26,7%), alterações ósseas (17,8%), risco cardiovascular elevado (17,8%), não resposta virológica (4,4%), efeitos laterais (2,2%) e interações medicamentosas (2,2%).

**Resultados:** Foram incluídos 45 doentes com idade média de 56,6±13,8 anos e 80% de homens; 21 (46,7%) tinham diagnóstico de SIDA. A maioria encontrava-se sob TARV tripla (46,7%); os restantes, sob biterapia (40,0%) ou monoterapia (4,4%) baseada em inibidor de protease, ou esquemas de intensificação com 4 fármacos (8,9%). A duração média da TARV prévia era de 35,6±28,4 meses. Aquando da alteração terapêutica, 7 (15,5%) doentes tinham carga vírica detetável.

Os esquemas de *switch* foram DTG com RPV (41,2%), DRV/r (33,3%) ou lamivudina (24,4%). Às 24 semanas, não houve diferenças significativas na proporção de doentes com supressão virológica face à *baseline*, para os diferentes grupos. Destaca-se, contudo: 2 doentes sob DTG+RPV previamente suprimidos com carga vírica detetável <30 cp/mL; os doentes com *switch* para DTG+DRV/r cujo motivo foi por não resposta virológica (n=2) encontravam-se suprimidos.

Não se verificaram diferenças significativas em relação às contagens de células CD4, transaminases ou perfil lipídico após *switch*. Para o grupo DTG+RPV, após alteração verificou-se uma redução significativa da taxa de filtração glomerular estimada (p=0,016); ressalva-se que 66,7% dos doentes com alterações renais prévias pertenciam a este grupo, associando-se o efeito previsto de DTG no valor de creatinina. Não foram registados efeitos adversos ou interrupções.

**Conclusão:** As biterapias com DTG são uma estratégia de simplificação em doentes com escolhas de TARV limitadas por comorbilidades, toxicidades e/ou resistências prévias. Nesta população de doentes, demonstraram boa eficácia e tolerabilidade.

## PO 23 - CONSEQUÊNCIAS NEGATIVAS DO TRATAMENTO BEM-SUCEDIDO DE HEPATITE C CRÓNICA EM DOENTES COM COINFEÇÃO VIH/VHC

Palma P., Almeida F., Abreu I., Serrão R., Soares J., Sarmiento A.

Centro Hospitalar de São João, Doenças Infeciosas, Porto

**Introdução:** A coinfeção com VHC é frequente nos doentes com infeção VIH. A introdução de antivirais de ação direta (DAA) foi um ganho em eficácia e comodidade. Porém, a cura da infeção por VHC pode ser um precipitante de má adesão à terapêutica antirretroviral (TARV) e consultas.

**Objetivo e métodos:** Descrição de 16 doentes com coinfeção VIH/VHC e abandono de TARV, consultas e/ou reinfeção por VHC após tratamento bem-sucedido de VHC. Os doentes eram seguidos por um único médico, representando 21,6% de 74 doentes que curaram hepatite C com DAA.

**Resultados:** Dezasseis doentes (75% homens), com idade média de 44,7 anos: 8 apresentam problemas socioeconómicos e dois patologia psiquiátrica. Todos eram ex-consumidores de drogas endovenosas e 5 encontravam-se sob tratamento opioide de substituição. Genótipos do VHC identificados: 1a (50%, n=8), 1b (12,5%, n=2), 2 (6,3%, n=1), 3a (6,3%, n=1) e 4 (25%, n=4). Cinco (31,3%) tinham F4 na elastografia. A maioria (68,8%) não tinha experiência de tratamento. Todos foram tratados com DAA, com resposta virológica sustentada. Quinze estavam sob TARV tripla com RAL (n=13), RPV (n=1) e DRV/r (n=1) e um sob DRV/r+RAL. O tempo médio de TARV e supressão virológica era de 15,4 e 4,8 anos, respetivamente. Quinze doentes abandonaram TARV e destes 4 tiveram reinfeção por VHC (genótipo distinto); um abandonou apenas as consultas regulares. Catorze retomaram as consultas, em média 3,5 meses após abandono. Motivos para abandono: recaída no uso de drogas (n=6, 37,5%), problemas sociais (n=3, 8,9%), depressão/luto (n=3, 18,9%), conflito familiar (n=1, 6,3%) e emigração por motivos laborais (n=1, 6,3%). Dez retomaram o consumo de álcool. A reinfeção por VHC ocorreu em média 16,5 meses após cura (12 a 120 meses), com elevação de transaminases em 2 doentes. Dos doentes que reiniciaram TARV (14/15), 4 ainda não têm CV suprimida (28,5%). Sete realizaram teste de resistências: 2 selecionaram mutações de novo. O tempo médio de seguimento após regresso foi de 10,2±5,2 meses. A contagem média de CD4<sup>+</sup> era de 600±289/mm<sup>3</sup> e 398±176/mm<sup>3</sup> antes e após abandono respetivamente (p=0,002).

**Conclusão:** Relatamos uma série de doentes com coinfeção VIH/VHC, abandono de TARV, consultas e reinfeção por VHC, com impacto no controlo da infeção VIH. O conhecimento de fatores precipitantes e uma abordagem integrada são importantes para evitar um desfecho desfavorável após tratamento de VHC.

## PO 24 - HIV SEXUAL POST-EXPOSURE PROPHYLAXIS: AN INCREASING DEMAND FOR PRESCRIPTION IN PORTUGAL

Ceia F., Palma P., Silva-Pinto A., Piñero C., Serrão R., Sarmento A.

Centro Hospitalar de São João, Doenças Infeciosas, Porto

**Background:** Among other preventive measures such as condom use promotion and pre-exposure prophylaxis, improving access to PPE is currently a priority for the National HIV Program. Regarding HIV sexual exposures, European surveillance data on PEP are scarce. In Portugal, a total of 470 cases of post-exposure prophylaxis (occupational and non-occupational) to HIV (PPE) were reported in 2017 but the perception at our center has been that the number of observations particularly for non-occupational exposure is increasing. The primary endpoint was to characterize the population to whom PEP was prescribed after sexual exposure. The secondary objective was to evaluate the trend in the number of sexual exposures that started PPE at our center over the period under review.

**Material and methods:** We designed a retrospective cross-sectional study. We included all adults observed at our center after a sexual exposure who started PPE in the period between January 2014 and March 2018.

**Results:** We included 174 persons (70% male) with a median age of 31 (interquartile range: 23-36). All women had sexual exposure with a man and 57% of men had sexual exposure with another man. Sexual abuse was reported in 16%. About 25% reported a previous sexual exposure. The most common sexual intercourse was receptive vaginal (34%), followed by introductive vaginal (36%), introductive anal (33%), receptive anal (20%) and oral (9%). Condom use was reported in 42%. The majority (75%) did not know the HIV serostatus of the source and of these, 80% were occasional sexual encounters. Throughout the study period, we observed a statistical significant increase of the number of post-exposure HIV prophylaxis initiated (linear regression,  $R^2=75\%$ ,  $p<0.001$ ). Around 80% of the persons completed the post-exposure prophylaxis but only 42% completed the planned 6 months of follow-up. We did not have any HIV transmission during prophylaxis, but 2 persons became HIV infected later on.

**Conclusions:** PEP prescription significantly increased over a period of 4 years (2014-2018). PEP compliance was high, as expected with the improved tolerability profile of current regimens. We observed a high loss to follow up, consistent with other reports in literature. Our data reinforce the notion that national and international surveillance programs for PEP in sexual exposures should be in place in order to recognize ongoing high-risk behaviors, inform preventive strategies and monitor outcomes, namely adherence to PPE and efficacy.

## PO 25 - SÍNDROME INFLAMATÓRIA DE RECONSTITUIÇÃO IMUNE EM DOENTES NAÏVE COM INFEÇÃO VIH: A EXPERIÊNCIA DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Graça L., Palma P., Gomes Abreu I., Ruas R., Filipe R., Branco E., Piñero C., Caldas C., Soares J., Serrão R., Tavares M., Sarmento A.

Centro Hospitalar de São João, Doenças Infeciosas, Porto

**Introdução:** A Síndrome Inflamatória de Reconstituição Imune (IRIS) é uma entidade mal definida e de difícil diagnóstico.

**Objetivos:** Estimar a incidência de IRIS numa amostra de doentes naïve com infeção VIH e identificar as características associadas à sua ocorrência.

### **Materiais e Métodos:**

Consultamos retrospectivamente o processo clínico de 332 adultos com infeção VIH que iniciarem TARc pela primeira vez entre Janeiro de 2015 e Dezembro de 2017 num Hospital Universitário. Destes, incluímos 108 doentes por apresentarem uma contagem de linfócitos T CD4<sup>+</sup> <200 cels/mmc ou doença definidora de SIDA. Definimos IRIS de acordo com os critérios de French *et al*, ou por decisão clínica do médico assistente.

**Resultados:** Identificamos 8 casos de IRIS (7.4%, 95% IC: 3.25-14.07), 7 dos quais paradoxais, e que ocorreram em média 8 dias após início de TARc, variando entre 6 e 208 dias. As causas mais comuns de IRIS foram a infeção CMV e MAC com 2 casos cada. A idade avançada (53.7 (47.37-59.58) vs. 45.9 (34.46-53.17); p=0,05), presença de doença definidora de SIDA (100% vs. 48.0%; p=0.004), contagem de linfócitos T CD4<sup>+</sup> mais baixa (22.5 (12-42) vs. 101.5 (44-155); p=0.013) e carga vírica mais elevada (6.13 (5.64-6.30) vs. 5.47 (4.86-5.98); p=0.023) associaram-se de forma significativa à ocorrência de IRIS. Não encontramos diferenças no aumento dos linfócitos T CD4<sup>+</sup> e nenhum doente que atingiu a supressão virológica ao primeiro mês desenvolveu IRIS (0% vs. 40.8%, p=0.19). Houve mais casos de IRIS no grupo de doentes com regime baseado em INSTI (8.05% vs. 4.76%, p=0.515). 7 doentes foram internados em média durante 24 dias (IQR 7-56 dias). Em 4 casos foi prescrito corticóide e em metade os doentes ficaram corticodependentes. A mortalidade global da nossa cohort foi de 5,5% (CI: 2.1-11.7) mas não se registou nenhum óbito no grupo dos doentes com IRIS.

**Conclusão:** Apesar de todos os esforços para que o diagnóstico de infeção VIH seja mais precoce, 33% dos doentes encontravam-se gravemente imunodeprimidos. A incidência de IRIS que reportamos é semelhante ao descrito em outras *cohorts*. Apesar do estudo ter sido realizado numa zona com elevada prevalência de tuberculose esta não foi a causa mais comum de IRIS. Vários estudos recentes associaram a rápida descida da carga vírica dos INSTI com um aumento da incidência de IRIS. Apesar de o número de casos ter sido superior neste grupo a diferença não foi significativa, o que se pode dever a falta de poder estatístico.

## PO 26 - INFEÇÃO AGUDA PELO VIH: EXPERIÊNCIA RECENTE NO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DESTES DOENTES NO HOSPITAL DE DIA DE DOENÇAS INFECIOSAS DO CENTRO HOSPITALAR SÃO JOÃO

Abreu I., Filipe R., Graça L., Palma P., Branco E., Ruas R., Tavares M., Caldas C., Piñero C., Soares J., Serrão R., Sarmento A.

Centro Hospitalar de São João, Doenças Infeciosas, Porto

**Introdução:** O diagnóstico de infeção primária pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH) pode constituir uma oportunidade para iniciar precocemente terapêutica antirretrovírica (TARV), contribuindo para a recuperação do sistema imunitário e eventualmente para redução do risco de transmissão da infeção para outros indivíduos.

**Objetivos:** Estimar a prevalência da infeção primária numa *cohort* de doentes com infeção *de novo* pelo VIH e *naïve* para TARV; identificar características sociodemográficas, clínicas e de *outcome*.

**Material e Métodos:** Estudo retrospectivo observacional. Foram selecionados todos os doentes com diagnóstico inaugural de infeção por VIH que iniciaram TARV entre janeiro de 2015 e dezembro de 2017 observados no Hospital de Dia de Doenças Infeciosas do Centro Hospitalar São João. A infeção primária foi estabelecida em doentes com viremia detetável e/ou teste serológico inicialmente negativo/indeterminado com evolução para positivo e sintomas compatíveis.

**Resultados:** Foram identificados 332 doentes com diagnóstico *de novo* de infeção por VIH. A mediana de idades ( $\pm$ desvio-padrão) foi de 40,3 ( $\pm$ 12,5) anos e 254 (76,5%) eram homens. Houve 28 casos de infeção primária por VIH (8,4%, 95% intervalo de confiança: 5,68-11,66). Verificou-se uma diferença estatisticamente significativa entre este grupo de doentes e aqueles sem infeção primária nos seguintes parâmetros: média de idades (35,9 $\pm$ 10,5 anos vs. 40,7 $\pm$ 12,6 anos;  $p=0,073$ ); tipo de transmissão do VIH [mais frequentemente em homens que têm sexo com homens (HSH): 60,7% vs. 44,4%;  $p=0,072$ ]; mediana inicial de contagem de CD4<sup>+</sup>(IQR)[434,5 (361,5-532,5) vs. 386 (149,5-545);  $p=0,069$ ]. A maioria dos doentes (85,7%) iniciou um esquema de TARV que incluía um inibidor da integrase. Ao fim de 1 mês de TARV, os doentes com infeção primária tinham uma mediana de aumento de contagem de CD4<sup>+</sup> superior aos outros doentes [210 (91-304) vs. 110 (38-209);  $p=0,013$ ]. No final da observação (média de 17 meses), este grupo de doentes tinha atingido uma contagem mediana de CD4<sup>+</sup> superior [830 (664-943) vs. 626 (395-859);  $p=0,002$ ].

**Conclusão:** A constatação de que houve preservação/recuperação da contagem de CD4<sup>+</sup> neste grupo de doentes suporta a instituição sempre que possível de TARV de forma precoce, tal como descrito na literatura. O diagnóstico mais frequente em HSH deverá alertar para maior risco de transmissão de VIH neste grupo, reforçando a importância da adoção de medidas de prevenção especializadas.

## PO 27 - CASO INVULGAR DE SARCOMA DE KAPOSÍ EM DOENTE COM INFEÇÃO AVANÇADA PELO VIH

**Prista Leão B.**, Malheiro L., Xerinda S., Ferreira A., Figueiredo P., Santos L., Sarmento A.

Centro Hospitalar de São João, Doenças Infecciosas, Porto

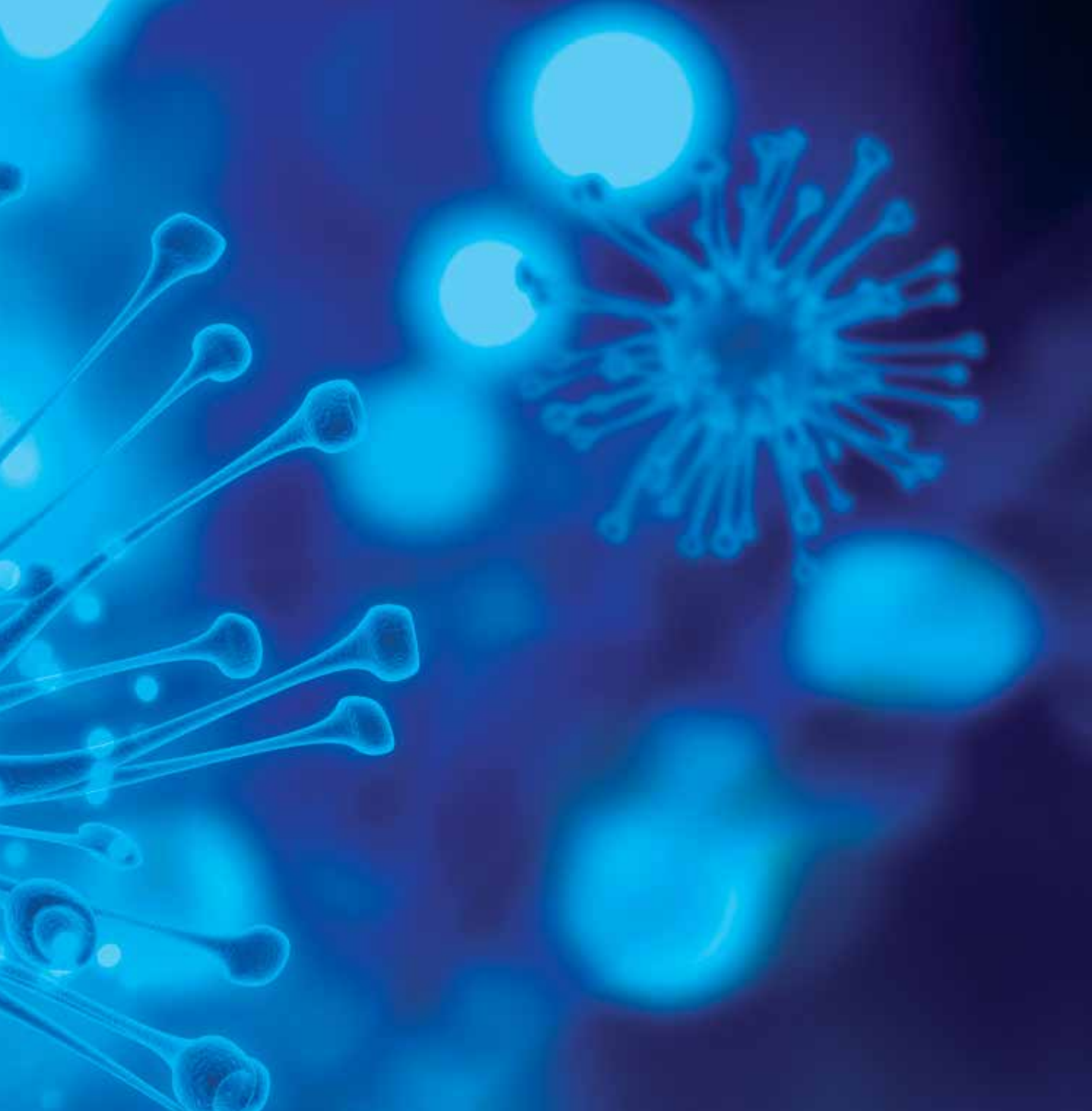
**Introdução:** As doenças oportunistas (DO) no doente infetado pelo VIH severamente imunodeprimido continuam, ao fim de mais de 35 anos de epidemia, a ser um desafio diagnóstico e terapêutico.

**Caso clínico:** homem de 47 anos, homossexual. Antecedentes de infeção pelo VIH-1 com 13 anos de evolução, com má adesão ao plano de cuidados e sem terapêutica antirretrovírica (TAR) há 2 anos. Recorre ao Serviço de Urgência (SU) por dispneia com 3 semanas de evolução, inicialmente para grandes esforços, com agravamento progressivo para dispneia em repouso. Em associação, tosse produtiva, com expectoração ocasionalmente hemoptoica, com 5 meses de evolução, perda ponderal de 3Kg, cansaço e mal-estar geral. Sem noção de febre e sem hipersudorese noturna.

**No SU:** subfebril, taquicárdico, normotenso, taquipneico, SatO<sub>2</sub> 88%, linfopenia e PCR 84mg/L. TC Tórax: “Infiltrados peribrônquicos extensos, alguns dos quais com broncograma aéreo. Padrão de vidro despolido escasso. Imagem mais sugestiva de tuberculose (TB) e pouco sugestiva de pneumocistose. Não se exclui etiologia bacteriana, apesar de broncograma aéreo ser escasso.»

Internado sob terapêutica dirigida a pneumocistose grave de presunção. CD4 5/uL. Apresentou melhoria clínica inicial, com novo agravamento ao fim de 7 dias, insuficiência respiratória (IR) grave com necessidade de ventilação mecânica, disfunção multiorgânica (DMO) e admissão em cuidados intensivos. Sem alterações muco-cutâneas. Broncofibroscopia sem lesões endobrônquicas. Estudo microbiológico exaustivo incluindo lavado broncoalveolar negativo, com citológico negativo para células malignas. Agravamento clínico progressivo, com IR irreversível, apesar de otimização terapêutica intensiva e de tratamento antimicrobiano empírico de largo espetro, do início empírico de antibacilares para tuberculose de presunção e do tratamento de doença citomegálica disseminada também diagnosticada. Faleceu ao 16º dia de internamento. O exame necrópsico revelou Sarcoma de Kaposi (SK) disseminado, com atingimento multiorgânico, identificável apenas na avaliação microscópica.

**Discussão:** Apresentamos o caso de um doente com infeção VIH em estadio avançado com apresentação invulgar de SK, em que apesar do extensivo estudo efetuado, o diagnóstico só foi possível por necrópsia.



SECRETARIADO  
eurocongressos

T | +351 211 147 170  
@ | [meet@eurocongressos.pt](mailto:meet@eurocongressos.pt)

