

EP 103

ESPIROQUETOSE INTESTINAL COMO MANIFESTAÇÃO DE SÍFILIS EM PACIENTE VIVENDO COM HIV

Maria Felipe Medeiros^a,
Vitor Falcão de Oliveira^a, Julia Ferreira Mari^a,
Lara Silva Pereira Guimarães^a,
Juliana Cavadas Teixeira^a,
Pedro da Silva Campana^b

^a Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo (HCFMUSP), São Paulo, SP, Brasil

^b Serviço de Extensão aos Pacientes que vivem com HIV/Aids, Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo (HCFMUSP), São Paulo, SP, Brasil

Homem cisgênero, 43 anos, vivendo com HIV desde 2018, em uso de Tenofovir 300 mg + Lamivudina 300 mg + Dolutegravir 50 mg desde 2019, carga viral indetectável, com contagem de LTCD4+ de 1268 células, vem com quadro de hematoquezia intermitente, associada a evacuação pastosa com muco, de evolução há um mês, não acompanhada de febre ou perda de peso. Realizada colonoscopia diagnóstica, sendo visualizadas lesões ulceradas com fundo de fibrina, não sangrantes, em todo o intestino grosso, sendo realizadas biópsias, com anátomo-patológico evidenciando espiroquetoze intestinal colônica (EIC), com presença de espiroquetas filamentosas densamente compactadas na superfície do intestino grosso. Em exames laboratoriais, paciente com VDRL 1/32, sendo o anterior 1/2, interpretado como cicatriz sorológica após tratamento de Neurosífilis há 04 anos. Paciente foi tratado com Penicilina G Benzatina 7.200.000 UI, divididas em três tomadas, com melhora completa dos sintomas após início do tratamento. A espiroquetoze intestinal causada pelo *Treponema pallidum*, agente etiológico da Sífilis, é uma apresentação incomum e pouco descrita na literatura da doença. Na descrição original da patologia, vemos espiroquetoze intestinal humana caracterizada pela presença de espiroquetas na superfície luminal da mucosa do intestino grosso, sendo usualmente causada por um grupo heterogêneo de organismos relacionados, principalmente *Brachyspira aalborgi* e *Brachyspira pilosicoli*, que são geneticamente não relacionados ao *Treponema pallidum*. A apresentação clínica é espectral, sendo desde assintomática até quadros de diarreia crônica persistente, constipação, dor abdominal, sangue nas fezes, vômitos ou náuseas, ou muco nas fezes, ou até mesmo quadros que podem mimetizar apendicite aguda. Ademais, podem apresentar abscessos ou úlceras na macroscopia devido à reação inflamatória à presença das espiroquetas na mucosa colônica. Segundo estudos, as pessoas que vivem com HIV têm uma maior chance de apresentarem EIC em comparação com os casos HIV-negativos, e não está correlacionada com a carga viral. O diagnóstico direto consiste na visualização de espiroquetas na mucosa intestinal, e o indireto pode ser feito com exames treponêmicos e não-treponêmicos séricos, em comparação com anteriores do paciente. Identificada como uma manifestação de visceralização da Sífilis mas também

como uma manifestação de Sífilis secundária, o tratamento pode variar entre 2.4 a 7.2 milhões de unidades de Penicilina G Benzatina.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2021.101839>

EP 104

ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO E QUALIDADE DE VIDA EM PESSOAS QUE VIVEM COM O VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA (HIV)

Deise Jaime Cristina Pereira dos Santos,
Alexandre Castelo Branco Hêrenio

Hospital Estadual de Doenças Tropicais Dr. Anuar Auad (HDT), Goiânia, GO, Brasil

Introdução: A síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS) conhecida por efeitos nocivos no sistema imunológico é causada pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) quando não tratada. A qualidade de vida (QV) é um construto, de acordo com a Organização Mundial de Saúde, que se refere a percepção do indivíduo de sua inserção na vida, no contexto da cultura, nos sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. As estratégias de enfrentamento são estratégias utilizadas para lidar com situações problemas. Dentre estas estratégias, temos a negação, que consiste em ignorar a existência do problema. Este estudo teve por objetivo explorar a relação entre a negação, enquanto recurso de enfrentamento, com a Qualidade de Vida e os demais Recursos de Enfrentamento.

Método: Trata-se de um estudo de corte transversal, realizado no ambulatório de um hospital especializado em doenças infectocontagiosas. Participaram 150 pessoas com diagnóstico de HIV. Os participantes foram divididos em grupos de maior uso e menor uso de Negação, e os resultados de Qualidade de Vida e dos demais Recursos de Enfrentamento foram comparados. As diferenças entre as médias dos dois grupos foram comparadas por meio do teste T para amostras independentes.

Resultados: Os resultados indicam que o grupo de pacientes que utilizava menos o recurso da Negação, enquanto recurso de enfrentamento, tinham uma melhor percepção geral sobre a qualidade de vida, maior satisfação com a saúde, e uma melhor percepção dos aspectos físicos, psicológicos e sociais da qualidade de vida. Além disso, as pessoas que fazem maior uso da negação tendem a utilizar também o desabafo, o desinvestimento comportamental, a autculpa e o uso de substâncias. O baixo uso da negação foi associado a maior aceitação. Discute-se os impactos negativos que o uso da negação pode ter sobre a percepção da qualidade de vida e, conseqüentemente, sobre a saúde. Infere-se sobre como o uso da negação, associada ao demais recursos de enfrentamento supracitados, pode repercutir na eficiência das estratégias para soluções de problema, bem como na maior adesão ao tratamento.