

células/ $\mu\text{L}$  e carga viral (CV) de 249 cópias/mL. Comparece à primeira consulta ambulatorial no Hospital de Doenças Tropicais Anuar Auad de Goiás em 09/03/21, com lesão progressiva, onde foi colhido uma nova biópsia da mucosa, evidenciando a espécie *Leishmania (Viannia) braziliensis*. Informa que em 2019 apresentou lesão semelhante, optado por exérese desta e, na época, apresentava LT CD4+ de 557 células/ $\mu\text{L}$  e CV de 365 cópias/mL. Foi iniciado, em 01/04/2021, tratamento com Anfotericina B Lipossomal, sem melhora. Nova contagem de LT CD4+ de 522 células/ $\mu\text{L}$  e CV de 1.254 cópias/mL em 05/05/2021 e, no dia 28/06/2021, paciente retorna ao hospital com aumento considerável da lesão. Visto isso, foi proposto um terceiro tratamento, combinando Anfotericina B Lipossomal, Antimoniato de Meglumina e Pentoxifilina, evoluindo com melhora da lesão e início do processo de cicatrização, porém retirados antes do prazo proposto devido a aumento de amilase e queixas de mialgia e artralgia. Na coinfeção HIV/LT, devido morfologias e localizações atípicas, o diagnóstico pode ser tardio, sendo necessário considerar a Leishmaniose entre as doenças oportunistas. Instituir o tratamento adequado é fundamental, neste caso, foi iniciado primeiramente o Antimoniato de Meglumina e, posteriormente, antes do prazo de 180 dias de cicatrização, o tratamento de escolha com Anfotericina B. Ainda, a paciente nunca apresentou CV indetectável, provavelmente influenciando na piora da lesão. Portanto, o uso regular da TARV é essencial para supressão virológica e prevenção de complicações e recidivas.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2021.101848>

EP 113

#### LEUCOENCEFALOPATIA MULTIFOCAL PROGRESSIVA EM PACIENTE PORTADORA DE RETROVIROSE

Raíssa Barreto Vieira Soares <sup>a</sup>,  
Marcela Meneses Ximenes <sup>b</sup>,  
Ana Carolina Carvas Costa <sup>c</sup>,  
Alexandre Augustus Costa Barbosa <sup>d</sup>

<sup>a</sup> Santa Casa da Misericórdia de Goiânia, Goiânia, GO, Brasil

<sup>b</sup> Universidade Evangélica de Goiás (UniEVANGÉLICA), Anápolis, GO, Brasil

<sup>c</sup> Universidade Católica de Brasília (UCB), Brasília, DF, Brasil

<sup>d</sup> Hospital Estadual de Doenças Tropicais Dr. Anuar Auad (HDT), Goiânia, GO, Brasil

**Introdução:** A leucoencefalopatia multifocal progressiva (LEMP) é uma doença desmielinizante do sistema nervoso central, causada pelo vírus JC, pertencente à família dos poliovírus. Após a primo-infecção, o vírus pode permanecer latente em vários tecidos. Nesses casos, a reativação é secundária à imunossupressão grave, sendo mais comum em indivíduos coinfectados pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV).

**Relato de caso:** LRC, 48 anos, usuária de drogas ilícitas, deu entrada no serviço de Infectologia com queixa de redução de

força em hemisfério esquerdo associada à odinofagia e à disartria. Com diagnóstico recente de HIV, contagem de linfócitos TCD4 de 129/mm<sup>3</sup> e carga viral de 1282578 cópias/mL, em uso de Lamivudina, Darunavir, Ritonavir e Doluteglavir, portadora de insuficiência renal crônica. Durante a internação, evoluiu com insuficiência respiratória aguda e recebeu diagnóstico de Histoplasmose com Banda M positiva. A tomografia de tórax demonstrou espessamento liso de septos interlobulares bilaterais, discretos focos em vidro fosco e consolidativos de permeio. Amostras para PCR de Covid-19 foram negativas. Iniciado Anfotericina B lipossomal, alterada, após, para Itraconazol por piora de função renal e necessidade de hemodiálise. Realizado tratamento empírico com Primaquina para Pneumocistose. Paciente evoluiu com piora de déficit focal, hemiparesia e hiperreflexia à esquerda. A tomografia de crânio apresentou áreas hipoatenuantes na substância branca dos hemisférios cerebrais. Foi iniciado tratamento empírico alternativo para Neurotoxoplasmose com Clindamicina, Pirimetamina e Ácido folínico. A punção lombar apresentou PCR (qualitativo) positivo para o vírus JC. A ressonância magnética de crânio mostrou lesões confluentes e assimétricas das substâncias brancas cortical e periventricular bilateral, com predomínio fronto-parietal, principalmente à direita, com hipersinal em T2 FLAIR e hipossinal em T1, confirmando LEMP.

**Comentário:** LEMP usualmente é uma doença terminal, com sobrevida média de 1 a 6 meses, sendo mais comum ocorrer com CD4 abaixo de 100/mm<sup>3</sup>. No caso apresentado foi evidenciado LEMP em uma paciente com contagem de CD4 129/mm<sup>3</sup> que evoluiu com hemiplegia à esquerda. Continua em uso de antirretrovirais, tratamento para Histoplasmose, bem como profilaxia para Neurotoxoplasmose e Pneumocistose.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2021.101849>

EP 114

#### MIELITE DISSEMINADA POR VÍRUS VARICELA ZOSTER EM PACIENTE HIV

Maicon Ramos Pinto <sup>a</sup>, Mariana Cararo Hauki <sup>b</sup>,  
Alexandre Luders Figueiredo <sup>b</sup>,  
Núbia Leilane Barth Schierling <sup>a</sup>,  
Carolina Monteiro Campos <sup>a</sup>,  
Allan Henrique Cordeiro da Silva <sup>a</sup>,  
Fernanda Pereira Pedrosa <sup>a</sup>

<sup>a</sup> Hospital Nossa Senhora das Graças, Curitiba, PR, Brasil

<sup>b</sup> Universidade Federal do Paraná (UFPR), Curitiba, PR, Brasil

**Introdução:** O Vírus Varicela-Zoster (VZV) ou Herpesvirus Humano 3 é o agente causador da varicela e do herpes zoster, podendo causar infecções disseminadas e graves em imunossuprimidos.

**Caso:** Homem, 29 anos, se apresenta com astenia, mal-estar, perda de peso e lombalgia bilateral há nove meses. Há 20 dias iniciou com vesículas dolorosas e pruriginosas em

região lombar direita, com posterior disseminação por todo corpo. Apresentou paraparesia de membros inferiores que evoluiu para paraplegia, retenção urinária, visão turva e hipoacusia bilateral. Ao exame físico, emagrecido, lesões crostosas em flanco e região lombar à direita, vesículas difusamente distribuídas, hipotonia e arreflexia de membros inferiores, reflexo cutâneo-plantar presente bilateralmente, reflexo cutâneo abdominal ausente e redução da sensibilidade em todos dermatômos abaixo de T11. Ainda, apresentava hipoacusia bilateral, hemianopsia nasal em olho direito, com oftalmoscopia revelando palidez bilateral. Na investigação, sorologia reagente para HIV e sífilis, contagem de linfócitos T CD4 22 células/mm<sup>3</sup>, carga viral do HIV de 68.985 cópias/mL. Realizou ressonância magnética de neuroeixo revelando focos de hipersinal em T2 na porção dorsal do cordão medular cervical, sugerindo lesão desmielinizante/inflamatória. Em coluna dorsal, extenso comprometimento do cordão medular em toda sua extensão, sugerindo mielite longitudinal extensa. Ressonância de crânio e eletroencefalograma sem particularidades. Punção lombar revelou presença de leucócitos 7,5 (89% linfócitos, 11 % monócitos), 470 eritrócitos, glicose 59 mg/dL, proteínas 161 e PCR com detecção dos vírus VZV e Herpesvírus Humano 1. Confirmado diagnóstico de HIV em fase AIDS, mielite disseminada por herpesvírus e neurosífilis provável, iniciou terapia com aciclovir associado a penicilina cristalina e terapia antirretroviral. O paciente apresentou melhora das lesões de pele e retorno discreto da sensibilidade, e, posteriormente, da força muscular dos membros inferiores. Paciente foi de alta com reabilitação e acompanhamento.

**Comentários:** Sabe-se que, em imunossuprimidos com CD4 menor que 300 células/mL, a prevalência de mielite pelo VZV é 1%. A etiologia se relaciona com a reativação e disseminação retrógrada do vírus para o sistema nervoso central, causando necrose local e desmielinização pela infecção de oligodendrócitos. O diagnóstico, como realizado no paciente acima, é feito pela presença de VZV no LCR.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2021.101850>

EP 115

#### MIOSITE NECROTIZANTE EM PESSOA VIVENDO COM HIV - UM DESAFIO DIAGNÓSTICO

Raphaela Ferrari<sup>a</sup>,  
Luis Andres Perez Ferrufino<sup>a</sup>,  
Matheus Santos Rodrigues Silva<sup>b</sup>,  
Jacques Sztajnbock<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Instituto de Infectologia Emílio Ribas (IIER), São Paulo, SP, Brasil

<sup>b</sup> Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo (HCFMUSP), São Paulo, SP, Brasil

Paciente do sexo masculino, 33 anos, pardo, natural e procedente de São Vicente - SP, casado com parceira do sexo feminino, e vive com HIV desde 2018. que trata com

tenofovir + lamivudina + dolutegravir, carga viral indetectável. Em outubro de 2020, paciente iniciou sintomas de fraqueza muscular em musculatura proximal de membros inferiores, dificuldade para subir escadas. A princípio, feita a hipótese diagnóstica de Síndrome de Guillain-Barré, sendo investigado com punção lombar no dia 02/01/2021, com o seguinte resultado: 2 células, 7 hemácias, 61 glicose, 33,8 proteínas, 0,3 ADA, TRM-TB não reagente. Além disso, foram realizadas ressonâncias magnéticas de neuroeixo, que mostraram apenas espondilodiscopatia degenerativa a nível de L5-S1. Paciente foi transferido ao Instituto de Infectologia Emílio Ribas em 13/01/2021. Evoluiu com piora de fraqueza muscular e arreflexia. Ao exame físico: Tetraparesia flácida predominantemente proximal, com força muscular grau 0 em musculatura proximal de membros superiores, força muscular grau 4 em mãos, força muscular grau 2 em musculatura proximal de membros inferiores e força muscular grau 5 em pés. Sensibilidade preservada em todo o corpo. Arreflexia global, com reflexo cutâneo-plantar em extensão bilateralmente. Pares cranianos sem alterações. Os exames complementares admissionais mostraram um aumento de CPK (38 000), DHL (2400) e transaminases (AST 524 ALT 524). Eletroneuromiografia, normal. Foi submetido à biópsia de músculo com estudo imunohistoquímico, devido à suspeita clínica de miosite necrotizante. Optado por realizar pulsoterapia com metilprednisolona 1 g durante 5 dias, associada à imunoglobulina humana por 4 dias. Iniciada metilprednisolona 1 g nos dias 11 e 12/01, Foi intubado em 27/01, Novo ciclo de imunoglobulina e de glicocorticóides em 08 a 12/02. A biópsia de músculo notou padrão histológico miopático inflamatório necrotizante. Após confirmação do diagnóstico o paciente progrediu em desmame de glicocorticóides, indo de alta médica hospitalar em 14/03/2021 ainda em uso de prednisona 10 mg ao dia e oxandrolona 10 mg ao dia.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2021.101851>

EP 116

#### MORTALIDADE EM AIDS NA PANDEMIA DE COVID 19

Jose Ricardo Pio Marins,  
Takako Nakako Oliveira,  
Anita Domingues Vanucci

Secretaria da Saúde, Prefeitura Municipal de Sorocaba, Sorocaba, SP, Brasil

A despeito da alta potência da TARV, a mortalidade das PVHA continua alta. A tuberculose é a causa mais importante. Diagnóstico tardio e abandono de TTO ainda contribuem com a alta mortalidade. Com a emergência do Coronavírus 19, pressupõem-se que a imunodepressão da infecção por HIV, determinar aumento na mortalidade em coinfectados. Este trabalho investiga o impacto da COVID 19 em PVHA, em Sorocaba SP, Brasil. (700.000 habitantes) 2020-2021.

**Método:** Análise das DO, com revisão de causa morte, de 2020-21. Feita análise de DO com citação de HIV/Aids e qualquer campo como causa COVID 19, segundo ano, mês, sexo,