

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/mm³, 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^a,
Luis Andres Perez Ferrufino^a,
Matheus Santos Rodrigues Silva^b,
Jacques Sztajnbok^a

^a Instituto de Infectologia Emílio Ribas (IIER), São Paulo, SP, Brasil

^b 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,