

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 Sztajnbock^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,

idade, diagnóstico tardio, abandono de TTO, CD4 e outras causas de morte. Utilizou-se o SIM, SICLOM, SISCEL e o SIS (sistema de atendimento municipal) e o Teste de X2.

Resultados: Em 2020 ocorreram 50 óbitos em PVHA, com 14 casos por COVID 19 (28%), sendo 12 homens (85%), idade média de 43,7 anos, 7 tinham CD4, com 4 acima de 200, >inc. maio e agosto, 10 conhecidos e 13 regulares no serviço, outras causas – BCP = 14 (28%), TB = 7 (14%). Em 2021 de janeiro a julho, foram 25 óbitos, 5 por COVID19 (20%), 4 homens, idade media 53 anos, 4 com CD4 > de 200, > inc. em abril, 4 conhecidos em TTO, com outras causas sendo BCP = 8 (32%) TB = 2 (8%).

Conclusão: Não houve aumento de óbitos em 20-21, $p > 0.05$, embora a COVID tenha sido importante causa na mortalidade. A causa BCP precisa se reinvestigada. Homens mais velhos foram mais afetados devido a fato de ter > inc. de HIV neste grupo. O CD4 em 20-21 apresentou-se na maioria acima de 200 células, o que evidencia a vulnerabilidade das PVHA a infecção por COVID e independe do nível de imunodepressão, constituindo um grupo prioritário dentre as comorbidades. É preciso ampliar a vacinação para pneumococo, devido esta ser a causa mais importante de óbito em 20-21.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2021.101852>

EP 117

MORTALIDADE PRECOCE EM PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS ADMITIDOS NO CENTRO DE REFERÊNCIA EM SALVADOR, BRASIL EM 2017

Monaliza Rebouças^a, Gabriela Martins^{a,b},
Maria Fernanda Bahia^{a,c}, Ana Júlia Araújo^{a,c},
José Adriano Góis^a, Talita Oliva^a,
Miralba Freire^{a,b}, Fabianna Bahia^a

^a Centro Estadual especializado em Diagnóstico, Assistência e Pesquisa (CEDAP), Salvador, BA, Brasil

^b Universidade Federal da Bahia (UFBA), Salvador, BA, Brasil

^c FACS, Salvador, BA, Brasil

Introdução: Desde 2012, o Brasil registra queda na taxa de detecção de aids. O uso da terapia antirretroviral combinada (TARVc) mais segura e efetiva reduziu os eventos associados à aids e aumentou a sobrevivência das pessoas vivendo com HIV/Aids (PVHIV). Contudo, populações mais vulneráveis, diagnóstico tardio e a não adesão ao tratamento favorecem o agravamento da infecção pelo HIV e elevam a mortalidade. Objetivamos analisar o perfil sociodemográfico, clínico e a mortalidade de pacientes admitidos em 2017 no CEDAP (centro de diagnóstico, assistência e pesquisa) em Salvador/BA.

Método: estudo de coorte que analisou os prontuários de PVHIV acompanhadas no CEDAP. Foram incluídos os maiores de 18 anos, que iniciaram a TARVc em 2017. A mortalidade foi avaliada pelos registros dos prontuários e acesso ao Sistema de Informação de Mortalidade até 31/12/2020. A resposta terapêutica foi avaliada pela carga viral (CV), considerando-se “sucesso virológico” os exames pós TARVc com CV < 1000 cópias/mL. A adesão foi avaliada por meio da contagem anual

das retiradas de ARV, sendo definida “boa adesão” as retiradas superiores a 80%. Os dados foram analisados no SPSS (versão 20.0), através de estatística descritiva e inferencial. Foram considerados estatisticamente significantes os valores de $p < 0,05$. Este estudo é parte do projeto “ECOAH”, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SESAB.

Resultados: Incluímos 196 PVHIV que iniciaram TARVc em 2017. A média de idade foi 33,1 anos ($\pm 10,6$). 60,7% era do sexo masculino. Os indivíduos pretos e pardos totalizaram 90,6%, solteiros (71,4%) e diagnóstico recente (79,1%). A média de CD4 foi 401,7 $\text{cél}/\text{mm}^3$ ($\pm 311,8$) e 30,3% apresentaram CD4 < 200 $\text{cél}/\text{mm}^3$. Cerca de 29,3% tiveram diagnóstico de AIDS na primeira consulta e 8,4% co-infecção com tuberculose. O tempo médio de seguimento foi 137 semanas (± 60). Do total, 68,0% apresentaram sucesso virológico e 67,5% boa adesão. A taxa de mortalidade foi 4,6%. Os indivíduos com CD4 < 200 $\text{cél}/\text{mm}^3$ tiveram risco de morte 7 vezes maior ($p < 0,01$). Não houve diferença na mortalidade entre os sexos ou relativo à TARc.

Conclusão: À despeito das campanhas e ampliação dos testes rápidos, o diagnóstico tardio é uma realidade e reflete negativamente no prognóstico da doença, com impacto na mortalidade de PVHIV. Outro fator que contribui negativamente para a mortalidade é a baixa adesão à TARVc.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2021.101853>

EP 118

NEUROSSÍFILIS MENINGOVASCULAR E OFTALMOLÓGICA EM PVHIV

Igor Wesland Assunção de Sá^a,
Matheus de Andrade Magalhães^b,
Maria Glaucia Pereira de Andrade^a,
Stéphanie Gomes Lins de Araújo^a,
Mariana Távora de Sousa Domingues^c,
Paulo Sérgio Ramos de Araújo^a,
Luíza Natielly Tavares Avelino^a

^a Hospital das Clínicas, Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Recife, PE, Brasil

^b Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS), Recife, PE, Brasil

^c Instituto de Medicina Integral de Pernambuco (IMIP), Recife, PE, Brasil

Introdução: No contexto de coinfeção HIV e Sífilis existe uma relação estreita com possibilidade de progressão mais rápida e/ou mais extensa da sífilis, particularmente na imunossupressão avançada.

Descrição do caso: Paciente do sexo masculino, 30 anos, com diagnóstico (CID- B24) em 2017 e em uso regular de terapia antirretroviral (Tenofovir + Lamivudina + Dolutegravir) desde janeiro/2021. Chegou ao serviço com quadro de perda da acuidade visual e cefaleia há 10 dias da admissão (19/07/2021). Foi avaliado pela equipe de Oftalmologia do serviço e evidenciado quadro de uveíte bilateral, não sendo possível realizar fundoscopia devido à suboclusão pupilar e realizado também ultrassonografia ocular com evidência de edema papilar bilateral. Na avaliação de exames sorológicos em sangue periférico, solicitados pela equipe da Oftalmologia,