

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<sup>a</sup>, Gabriela Martins<sup>a,b</sup>, Maria Fernanda Bahia<sup>a,c</sup>, Ana Júlia Araújo<sup>a,c</sup>, José Adriano Góis<sup>a</sup>, Talita Oliva<sup>a</sup>, Miralba Freire<sup>a,b</sup>, Fabianna Bahia<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Centro Estadual especializado em Diagnóstico, Assistência e Pesquisa (CEDAP), Salvador, BA, Brasil

<sup>b</sup> Universidade Federal da Bahia (UFBA), Salvador, BA, Brasil

<sup>c</sup> 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 células/mm<sup>3</sup> ( $\pm 311,8$ ) e 30,3% apresentaram CD4 < 200 células/mm<sup>3</sup>. 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 ( $\pm 60$ ). Do total, 68,0% apresentaram sucesso virológico e 67,5% boa adesão. A taxa de mortalidade foi 4,6%. Os indivíduos com CD4 < 200 células/mm<sup>3</sup> 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<sup>a</sup>, Matheus de Andrade Magalhães<sup>b</sup>, Maria Glaucia Pereira de Andrade<sup>a</sup>, Stéphanie Gomes Lins de Araújo<sup>a</sup>, Mariana Távora de Sousa Domingues<sup>c</sup>, Paulo Sérgio Ramos de Araújo<sup>a</sup>, Luíza Natielly Tavares Avelino<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Hospital das Clínicas, Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Recife, PE, Brasil

<sup>b</sup> Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS), Recife, PE, Brasil

<sup>c</sup> 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,

com resultado de CMV-IgG e Toxoplasmose-IgG reagente e Toxoplasmose-IgM não reagente e VDRL 1/256. Nega ter realizado tratamento para sífilis em qualquer momento da vida. Paciente foi encaminhado ao setor da Infectologia para seguimento clínico e indicado punção lombar com coleta de líquido cefalorraquidiano (LCR). Na análise de LCR, resultado com VDRL 1/16. Firmado diagnóstico de neurosífilis e iniciado tratamento com Penicilina Cristalina (D1:22/07/2021). Paciente realizou também exame de imagem com ressonância magnética de crânio (02/08/2021) a qual mostrou lesão em hemisfério cerebral direito. Após avaliação da equipe de Neurologia do serviço, descrito ao exame discreta hemiparesia esquerda e aventado a possibilidade de sífilis meningovascular. Discutida imagem de RNM de crânio com equipe de Radiologia do serviço, que considerou as alterações sugestivas de neurosífilis, decidido por manter terapia com penicilina cristalina por 21 dias. Paciente recebeu alta com melhora da acuidade visual e proposta de acompanhamento ambulatorial com as equipes de Infectologia e Oftalmologia.

**Comentários:** Sabe-se que a investigação de sinais e sintomas neurológicos deve ser realizada em todas as PVHIV coinfectadas com sífilis e que alterações líquóricas são comuns em pessoas coinfectadas com HIV nos estágios iniciais da sífilis, mesmo sem sintomas neurológicos. As manifestações clínicas como uveíte ou meningite são mais comuns em pessoas coinfectadas com HIV e tão importante quanto o diagnóstico e tratamento adequado é o seguimento clínico do indivíduo.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2021.101854>

EP 119

#### NEUROTOXOPLASMOSE EM PACIENTE COM PRIMODIAGNÓSTICO DE HIV, CD4 MAIOR QUE 200 CÉLULAS E AUSÊNCIA DE RESPOSTA CLÍNICO-RADIOLÓGICA À TERAPIA DE PRIMEIRA LINHA APÓS 6 SEMANAS: RELATO DE CASO

Frederico Prado Abreu<sup>a</sup>, Argus Leão Araújo<sup>a</sup>,  
Maíra Cardoso Aspahan<sup>b</sup>,  
Cecília Faria Wolkart<sup>a</sup>,  
Angélica Fernandes Teixeira<sup>a</sup>,  
Isabela Rocha de Castro<sup>c</sup>,  
Marcia Paulliny Soares Bahia<sup>a</sup>,  
Ana Luiza Barbosa de Souza<sup>a</sup>,  
Izabel Aparecida Coelho<sup>a</sup>,  
Barbara Lenoir Rabelo<sup>a</sup>,  
Ana Carolina de Almeida Milagres<sup>a</sup>,  
Lívia Pamplona de Oliveira<sup>a</sup>,  
Paula Peixoto Tavares<sup>a</sup>, Vinícius Torres Leite<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Serviço de Infectologia, Hospital Eduardo de Menezes (HEM), Belo Horizonte, MG, Brasil

<sup>b</sup> Serviço de Neurologia, Hospital Eduardo de Menezes (HEM), Belo Horizonte, MG, Brasil

<sup>c</sup> Serviço de Infectologia, Hospital Felício Rocho, Belo Horizonte, MG, Brasil

**Introdução:** A toxoplasmose é a infecção do sistema nervoso central mais comum em pacientes com a síndrome da imunodeficiência adquirida, sem profilaxia adequada, geralmente com CD4 menor que 100 células.

**Descrição do caso:** Paciente de 47 anos, sexo masculino, natural e procedente de zona rural em Minas Gerais (MG). Iniciou em maio de 2021, quadro de confusão mental, desorientação tempo-espacial e queda da própria altura. Procurou atendimento médico na região de origem e foi diagnosticado HIV, com carga viral de 30.833 cópias (log 4,489) e CD4 de 500 células (17,24%). No mês seguinte, foi hospitalizado devido à piora das manifestações neurológicas e realizada ressonância nuclear magnética de encéfalo, a qual evidenciou lesões em tálamo direito e em núcleos da base à esquerda. A primeira lesão era heterogênea, com aspecto em alvo, extensão para a coroa radiada ipsilateral, áreas e focos de hipersinal na sequência ponderada em T1 e T2, com dimensões de 35 x 25 x 30 mm. A segunda lesão possuía aspecto semelhante à primeira, mas associada a efeito de massa e dimensões de 18 x 10 x 11 mm. O paciente foi transferido para hospital de referência, na capital de MG, no mês de julho, onde foi realizada sorologia para toxoplasmose, cujo resultado foi IgG reagente e IgM não reagente. Fundoscopia sem coriorretinite. Líquido cefalorraquidiano com discreta hiperproteinorraquia e testes moleculares para tuberculose, Epstein-Barr e toxoplasmose não detectáveis. Iniciado tratamento empírico para neurotoxoplasmose com Sulfadiazina, Pirimetamina e Ácido Fólico. Após 20 dias de tratamento, foi realizada nova ressonância de encéfalo, que além de realce periférico das lesões, mostrou que não houve redução das dimensões inicialmente descritas. Completadas 6 semanas de tratamento, nova ressonância de encéfalo revelou os mesmos achados do exame anterior. Assim, foi realizada biópsia estereotáxica, cujo anatomopatológico revelou achados de tecido cerebral com necrose e infiltrado inflamatório linfocitário, sugerindo processo infeccioso. A imuno-histoquímica foi positiva para pesquisa de *Toxoplasma* em painel de anticorpos. O paciente recebeu alta para domicílio no mês de setembro, com proposta de extensão do tratamento diante da ausência de franca melhora e acompanhamento ambulatorial.

**Comentários:** Neurotoxoplasmose é pouco provável em pacientes com lesão encefálica e CD4 > 200 células, mas essa hipótese não deve ser descartada, como exemplificado no caso descrito.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2021.101855>

EP 120

#### NEUROTUBERCULOSE E NEUROCRÍPTOCOCOSE CONCOMITANTES COMO DOENÇAS DEFINIDORAS DE AIDS - RELATO DE CASO

Marcos Felipe de Carvalho Leite,  
Nathalia Ramos Bento, José Carlos Leme Junior,  
Dayanne Ramos Bento,  
Eveline Fernandes Nascimento Vale