

conhecimento sobre os meios de prevenção contra o HIV pela ausência de campanhas e testagem nessa população. Ademais, esses resultados destacam a importância do acompanhamento médico contínuo para os idosos vivendo com HIV/AIDS, visando controlar a progressão da doença, prevenir complicações e melhorar os desfechos clínicos. O tratamento antirretroviral e o suporte adequado são essenciais para garantir a qualidade de vida e reduzir a morbidade e a mortalidade nessa população.

Palavras-chave: idoso SIDA Internamento

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2023.102986>

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS, CLÍNICAS E LABORATORIAIS DE INDIVÍDUOS DIAGNOSTICADOS COM INFECÇÃO VIRAL AGUDA E RECENTE (IVA) PELO HIV NO RIO DE JANEIRO, BRASIL

Mayara Secco Torres da Silva*,
Desiree Gomes Vieira dos Santos,
Maira Braga Mesquita, Matheus Oliveira Bastos,
Eduardo Mesquita Peixoto, Thiago Silva Torres,
Lucilene Araujo de Freitas, Sandro Nazer,
Monique do Vale da Silveira, Brenda Hoagland,
Sandra Wagner Cardoso, Valdilea Gonçalves Veloso,
Beatriz Grinsztejn

Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas (INI),
Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Introdução: O diagnóstico de IVA pelo HIV exige alta suspeição, devido ao período de soroconversão, sendo necessários exames de 4ª geração ou carga viral em indivíduos com quadro clínico sugestivo ou exposição sexual recente, sobretudo no contexto de início de PrEP ou PEP. O início precoce da terapia antirretroviral (TAR) em pessoas com IVA pode reduzir reservatórios virais, sendo de potencial interesse em pesquisas de cura funcional. Nosso trabalho objetiva descrever o perfil de indivíduos com IVA acompanhados no Rio de Janeiro, Brasil.

Métodos: Coorte prospectiva, incluiu sequencialmente pessoas ≥ 18 anos diagnosticadas com IVA pelo HIV de 2013-2023 acompanhadas em centro no Rio de Janeiro, Brasil. Foram coletados dados sociodemográficos, clínicos, comportamentais e laboratoriais. Realizamos uma análise descritiva das características no atendimento inicial. Participantes foram submetidos a TCLE e o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa local.

Resultados: Dos 103 participantes, 91% eram homens cis (96% HSH, $n = 89/93$), 7% travestis/mulheres trans (TMT), 1% não binária e 1% mulher cis, majoritariamente com idade < 30 anos (65%), autodeclarados pretos/pardos (59%) e de escolaridade pós-secundária (58%). Enquanto 58% apresentaram síndrome retroviral aguda, o diagnóstico de IVA ocorreu no acompanhamento de PrEP/PEP em 34%. A mediana de log de carga viral HIV pré-tratamento foi 4.7, com CD4 de 577 células/mm³, sendo 74% com CD4/CD8 < 1 . O tempo mediano entre diagnóstico e início de TAR foi 4 dias. Foram utilizados preferencialmente esquemas de primeira linha contendo efavirenz (43%) ou inibidor da integrase (41%). Foi frequente uso de

drogas estimulantes (18%), diagnóstico prévio de IST (63%), parceria sexual de situação sorológica desconhecida (67%), uso recente de PEP (20%) e diagnóstico concomitante de sífilis (17%).

Conclusões: Nossos achados corroboram dados nacionais que mostram maior vulnerabilidade para infecção pelo HIV entre a população jovem e preta, sobretudo HSH e TMT. Necessidade de alta suspeição clínica e acesso aos métodos diagnósticos adequados podem atrasar o diagnóstico e tratamento da IVA, impactando no tamanho dos reservatórios virais. A estruturação e descentralização de serviços com uma abordagem integral de saúde sexual pode contribuir não só para identificação precoce de pessoas com IVA, mas para consolidar estratégias de prevenção para HIV e outras IST.

Palavras-chave: Infecção Viral Aguda HIV PrEP PEP Sífilis

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2023.102987>

COINFEÇÃO HIV E HANSENIASE: DOIS RELATOS DE CASO COM HANSENIASE VIRCHOWIANA E ERITEMA NODOSO NECROTIZANTE

Julia Ferreira Mari*, Wdson Luis Lima Kruschewsky,
Lara Silva pereira Guimarães, João Avancini,
Maria Angela Bianconcini Trindade,
Ana Catharina de Seixas Santos Nastro

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

Introdução: Na coinfeção HIV e *Mycobacterium leprae*, a compreensão da interação entre os parasitas e o hospedeiro possui grandes lacunas de conhecimento. Aparentemente o vírus não altera profundamente a história natural da Hanseníase em indivíduos coinfectados. Por outro lado, sabe-se que nestes pacientes as reações hansênicas e neurite são mais frequentes, provavelmente por desregulação do sistema imune e por efeito neuropático do HIV, respectivamente. Dados de literatura apontam para aumento de reação tipo 1 quando em terapia antirretroviral (TARV). Aqui relata-se dois casos de coinfeção HIV-Hanseníase em pacientes com HIV fase AIDS e Hanseníase Virchowiana (HV) com reação hansênica do tipo 2.

Métodos: Série de casos de pacientes com Hanseníase Virchowiana, reação hansênica do tipo 2 em pacientes com HIV fase AIDS.

Resultados: Caso 1: Mulher trans, 31 anos, HIV desde 2018, em abandono de tratamento. Admitida com contagem de linfócitos CD4(LTCD4) 199 células/mm³ e carga viral (CV) de 52 cópias/mL. Pápulas e placas acastanhadas infiltradas, difusamente distribuídas, com lesões exuberantes na região das mamas, supralabiais e hélice. Apresentava também, nos membros inferiores, vesículas e nódulos eritematosos, com áreas ulceradas e necróticas. Biópsia de pele evidenciou Hanseníase multibacilar com reação hansênica tipo 2 e eritema nodoso necrotizante. Iniciados rifampicina, clofazimina, dapsona, talidomida e prednisona. Reiniciada TARV com TDF/3TC/DTG, com melhora clínica. Caso 2: Mulher cis, 36 anos, HIV desde 2004 e com diagnóstico de HV em 2014. Após um mês de tratamento, relatava aparecimento de nódulos

necróticos. Apresentava contagem de LTCD4 170 células/mm³ e CV indetectável com 3TC/TDF/EFZ. Ademais, em uso de prednisona 1 mg/kg/dia. Apresentava placas infiltradas e nódulos necróticos em membros, tronco e glúteos, e espessamento bilateral do nervo ulnar, mão direita em garra e anestesia distal de extremidades. Talidomida foi associada ao tratamento. Após 12 meses de tratamento para HIV, reduziu-se gradualmente talidomida e prednisona por 6 meses, com piora clínica. Feita nova biópsia de pele, sugestiva de reação tipo 2 e eritema nodoso, sendo reiniciado tratamento para HIV.

Conclusão: A coinfeção HIV/hanseníase é pouco estudada em suas manifestações e na interação entre os microrganismos. Como doença negligenciada a suspeição da hanseníase é baixa levando a atrasos de diagnóstico e de tratamento, levando a quadros clínicos de maior gravidade.

Palavras-chave: Hanseníase multibacilar HIV Imunossupressão Quimioterapia Combinada

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2023.102988>

COINFEÇÃO MPOX/HIV-1 EM PACIENTE GRAVEMENTE IMUNOSSUPRIMIDO: UMA EVOLUÇÃO CATASTRÓFICA

Luana Vasconcelos Freitas*,
Gabriela de Queiroz Fontes, Ivana de Oliveira Cotrim,
Wladimir Queiroz, Giselle Burlamaqui Klautau

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

A Monkeypox (MPOX) é uma doença causada pelo vírus monkeypox (MPXV), endêmico desde 1970 na África Central e Ocidental, com poucos surtos relatados fora desse continente. Em maio de 2022 observou-se um aumento no número de casos da doença mundialmente, com maior prevalência em homens que fazem sexo com homens (HSH) e com transmissão através de contato direto, incluindo exposição sexual. Nesse contexto, evidenciou-se a associação da MPOX com infecções sexualmente transmissíveis, tal como a infecção pelo HIV. Relatamos o caso de um homem de 26 anos, HSH, com febre alta, mialgia e cefaleia iniciados em julho de 2022, evoluindo após 1 semana com erupção de pápulas umbilicadas dolorosas em nuca e punho, com progressão para membros superiores e região anal e surgimento de vesículas e pústulas disseminadas. O paciente foi atendido no Instituto de Infectologia Emílio Ribas, em São Paulo, cidade brasileira com maior número de casos confirmados da MPOX, tendo procurado atenção médica devido à dor perianal intensa, com lesões pleomórficas. Diagnosticado com MPOX por técnica de reação em cadeia da polimerase das lesões. Apresentava infecção prévia pelo HIV-1, em uso irregular de terapia antirretroviral (TARV), com contagem de LT-CD4+ de 4 células/ μ L e carga viral de HIV-1 de 1.428.516 cópias/mL. Após um mês apresentou piora das lesões, complicadas com proctite, celulite perianal, necrose de área glútea e edema peniano com obstrução uretral. Observou-se evolução desfavorável, com surgimento de novas lesões diariamente durante toda a internação. Reintroduzida TARV e iniciada terapia com Tecovirimat na dose de 600 mg de 12/12h, com realização de 2 ciclos de 14 dias do antiviral sem estabilização ou remissão do

quadro, mantendo resposta isomórfica em locais de manipulação, simulando um fenômeno de Koebner. Posteriormente, apresentou piora do padrão respiratório, sendo submetido a broncoscopia, na qual se observaram lesões mucosas brônquicas secundárias ao MPXV de acordo com achados histopatológicos. Paciente evoluiu ao longo da internação com múltiplas disfunções orgânicas e síndrome de reconstituição imune, com desfecho de óbito em 3 meses. O caso apresentado retrata coinfeção HIV-1 e MPXV em paciente gravemente imunossuprimido, resultando em evolução desfavorável e refratariedade à terapia antirretroviral e antiviral. Chama-se atenção, portanto, para a importância da interação de ambas as infecções no prognóstico clínico.

Palavras-chave: MPOX AIDS Imunossupressão grave HIV IST

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2023.102989>

COINFEÇÃO TUBERCULOSE, HISTOPLASMOSE E CRIPTOCOCOSE EM PACIENTES HIV/AIDS: RELATO DE CASO

Andressa Noal*, Julia Somenzi De Villa,
Greici Taiane Gunzel, Pedro Moreno Fonseca,
Frederico da Cunha Abbott

Hospital Nossa Senhora da Conceição, Porto Alegre, RS, Brasil

Introdução: Pacientes com AIDS estão sob risco de formas disseminadas da histoplasmose e criptococose, doenças que implicam em elevada letalidade. Estima-se que a coinfeção com tuberculose pode ocorrer entre 8% a 15% das pessoas infectadas com HIV e afligidos com histoplasmose, essa coinfeção possui implicações no tratamento sobretudo no contexto de interações medicamentosas. A dificuldade diagnóstica se dá pois o tempo de cultura para crescimento de determinados patógenos, principalmente *Histoplasma capsulatum* e *Mycobacterium tuberculosis*, o que pode atrasar o início do tratamento.

Caso clínico: Trata-se de duas pacientes jovens com diagnóstico de HIV por transmissão vertical e cargas virais persistentemente elevadas por não adesão aos antirretrovirais. Ambas com imunossupressão avançada, realizaram na admissão testes point-of-care com resultados positivos para TB-LAM (antígeno urinário para tuberculose), CrAg (antígeno sérico para criptococose) e antígeno urinário para histoplasmose. A paciente 1 procura atendimento com queixas gastrointestinais, febre de evolução subaguda e lesões cutâneas hipercrômicas disseminadas. Contagem de linfócitos TCD4 de 6. Exame liquorico com células leveduriformes encapsuladas no exame direto e *Cryptococcus neoformans* isolado em cultura. Presença de *Histoplasma capsulatum* em hemocultura e em lesões de pele corados por Grocott. Diagnóstico de neurocriptococose, histoplasmose e tuberculose disseminadas. A paciente 2 queixava de febre, perda de peso significativa, fadiga, tosse e lesões cutâneas hipercrômicas difusas com evolução de 5 meses. Contagem de linfócitos TCD4 de 8. Investigação sem sinais de envolvimento de SNC. Não foram isolados germes em hemoculturas, biópsia de pele e cultura de LCR, contudo a paciente evoluiu com melhora clínica após