experimentadas e aquelas que tiveram diagnóstico de sífilis no período pré-natal apresentaram maior risco de TV para o RN ($p < 0,01$; RR = 1,1; $p < 0,01$; RR = 6,4, respectivamente).

Conclusão: As gestantes que descobrem o HIV na gestação e aquelas com diagnóstico de sífilis no período pré-natal apresentaram maior risco de TV para o RN. Por outro lado, a CV não detectada pré-parto foi considerada fator de proteção para transmissão vertical. Os resultados encontrados apontam um melhor desempenho das mulheres durante o período do pré-natal do que no período do pós-parto.

Palavras-chave: Transmissão vertical Adesão Retenção HIV

https://doi.org/10.1016/j.bjid.2023.103061

TRIPLA CO-INFECÇÃO EM UM PACIENTE COM AIDS AVANÇADA: A IMPORTÂNCIA DOS EXAMES POINT-OF-CARE (POC) PARA REDUÇÃO DA MORBI-MORTALIDADE

Marcos Davi Gomes de Sousa[a,*],
Roxana Flores Mamani[b]

[a] *Hospital Universitário Gaffrée e Guinle (HUGG), Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), Rio de Janeiro, RJ, Brasil;*
[b] *Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas (INI), Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Rio de Janeiro, RJ, Brasil*

Introdução: Co-infecções, eventualmente com mais de 1 patógeno oportunista, não são incomuns no contexto da AIDS avançada. Exames point-of-care (PoC) prescindem de infraestrutura laboratorial complexa, são de fácil execução, possuem bom custo-benefício e podem propiciar diagnóstico ágil e tratamento preciso, diminuindo a morbi-mortalidade associada.

Descrição do caso: Masculino, 46 anos, dx HIV em 2008, com perda de seguimento desde 2016. Retorna ao hospital em 21/04/2023, com perda ponderal, febre diária diurna, tosse improdutiva, dispneia progressiva, há 30 dias. Não apresentava linfonodomegalias. LTCD4: 46 cél/mm^3 (9%) e carga viral do HIV: 350.788 cp/mL (25/04/2023). Tc de tórax (21/04/23): Opacidades em vidro fosco, difusamente distribuídas pelos pulmões com predomínio nas regiões centrais. Não fornecia escarro espontâneo, tendo sido solicitado escarro induzido com pesquisa de micobactérias, fungos/PCR para pneumocistose. Foi solicitado CrAg no soro. O resultado do CrAg saiu em 1 hora, reagente. Foi realizada TC de crânio (normal), com punção lombar imediata (2 cél, 100% mono, Crag reagente, Tinta da China positivo). Teste molecular (GeneXpert) para M. tuberculosis detectado, sem resistência à RIF e baciloscopia positiva (2 cruzes), Ag urinário galactomanana negativo. Gasometria com hipoxemia. O paciente foi internado em enfermaria para o tratamento das 3 infecções oportunistas, a saber, RHZE (TB), smx-tmp e prednisona (PCP), anfotericina B lipossomal com flucitosina (Cripto), com boa tolerância. Resultado de PCR para P. jirovecii no escarro positivo e crescimento de C. neoformans na hemocultura da admissão. Recebeu alta após 17 dias para completar o tratamento ambulatorialmente, com reinício de TARV em 02/06/23 com TDF+3TC, 1 vez ao dia e DTG 50 mg 12/12 h. Em 22/06/2023, paciente assintomático, com CD4: 371 (19%) e carga viral 296 cp/mL. Genotipagem do HIV sem mutações. Comentário: O paciente inicialmente recebeu diagnóstico clínico-radiológico de PCP, e a despeito de imagem não sugestiva de TB e ausência de sintomas neurológicos exuberantes, apresentava TB pulmonar e neurocriptococose, tendo sido possíveis tais diagnósticos rapidamente devido aos testes PoC, com impacto no desfecho. No contexto da neurocriptococose, indica-se a instituição do TARV juntamente com o tratamento de manutenção pelo risco de Síndrome Inflamatória de reconstituição imunológica (IRIS). Reforçamos ainda a importância da genotipagem do HIV em toda PVHA com HIV-TB.

Palavras-chave: AIDS avançada Testes Point-of-care (PoC) Tuberculose Neurocriptococose Pneumocistose

https://doi.org/10.1016/j.bjid.2023.103062

TROMBOSE DE SEIOS DURAIS EM PACIENTE IMUNODEPRIMIDO: UM RELATO DE CASO

Júlia Ondrusch de Moraes Costa[a,*],
Camila Porpino Maia Garcia[b],
Francisca Maria Luiz Kiguti[b],
Lucas Yoshio Nóbrega Kiguti[c],
Victor Hugo Nogueira Tiburtino[b]

[a] *Faculdade de Ciências Médicas (FCM-PB), Afya, Cabedelo, PB, Brasil;*
[b] *Complexo Hospitalar Dr. Clementino Fraga, João Pessoa, PB, Brasil;*
[c] *Universidade Federal da Paraíba (UFPB), João Pessoa, PB, Brasil*

Introdução: A trombose de seios durais (TSD) é uma condição rara que acomete pacientes jovens e que cursa com uma variedade de sinais e sintomas. Mais comumente a TSD se manifesta com cefaleia recente, intensa, de agravamento progressivo, acompanhada ou não de sinais neurológicos focais. As causas de TSD podem ser infecciosas locais ou sistêmicas, como a presença do vírus HIV. A suspeita diagnóstica da TSD é clínica, no entanto, deve ser confirmada por um exame de neuroimagem, sendo a Ressonância Nuclear Magnética (RNM) a técnica mais sensível para a confirmação do quadro, demonstrando hipersinal em todas as ponderações. A base do tratamento consiste em medidas de suporte, anticoagulação e trombólise.

Descrição do caso: Homem, 38 anos, SIDA, com relato de abandono de tratamento de terapia antirretroviral (TARV), admitido no serviço de infectologia com quadro de cefaleia, desorientação há vários dias associado a náuseas e vômitos. Realizada tomografia computadorizada de crânio, com lesão expansiva/infiltrativa, de limites mal definidos, centrada em região talâmica direita. Paciente iniciou tratamento para neurotoxoplasmose e reintrodução de TARV com tenofovir+dolutegravir+lamivudina. Solicitado RNM cranioencefálica com contraste que evidenciou sinais de trombose dural acometendo o seio sagital superior, os seios transverso e sigmoide à direita, bem como veias corticais de convexidade frontoparietal, além de alteração de sinal no mesencéfalo, acometendo pedúnculo cerebral e estendendo-se ao tálamo com realce anelar de contraste, ainda, mastoidite bilateral e sinusopatia