

C. Baltazar¹, I. Pina¹, S. Fernandes², G. Cabral³, A.R. Silva⁴, R. Tavares⁴, P. Rodrigues^{4,5}

¹Interno de Formação Geral, Hospital Beatriz Ângelo; ²Interno de Formação Específica Doenças Infecciosas, Hospital Beatriz Ângelo; ³Assistente Graduado Cirurgia Vasculuar, Hospital Beatriz Ângelo; ⁴Assistente Graduado Doenças Infecciosas, Hospital Beatriz Ângelo; ⁵Diretor Serviço Doenças Infecciosas, Hospital Beatriz Ângelo



Fig.1: Pé direito a 17.02.2021



Fig. 2 Pé esquerdo a 23.02.2021



Fig. 3 Pés direito e esquerdo a 30.05.2021



Fig. 3 Pés direito e esquerdo a 01.07.2021

A infeção causada pelo SARS-CoV-2 condiciona a doença COVID-19, cuja apresentação clínica pode ser altamente diversa, variando entre quadros assintomáticos até afeção sistémica com falência multiorgânica¹.

Um dos principais sistemas afetados pelo SARS-CoV-2 é o hematológico, com múltiplas alterações causadas por este agente quer a nível do equilíbrio entre fatores pro e anti trombóticos, quer a nível endotelial com lesão direta e indireta da parede vascular^{2,3}. Deste modo, virtualmente todos os órgãos e sistemas podem ser afetados por esta infeção.

A nível dermatológico estão também descritas múltiplas manifestações de SARS-CoV-2, desde simples erupções eritematosas ou urticariformes, até lesões petequiais/ purpúricas ou mesmo lesões livedóides/ acroisquémicas⁴.

Neste caso clínico pretende-se alertar para o impacto do SARS-CoV-2 a nível vascular, manifestando-se através de alterações cutâneas num doente com infeção VIH concomitante.

Homem de 51 anos, melanodérmico, natural de Moçambique, a residir em Portugal desde 1994. Sem viagens recentes para fora de Portugal.

Antecedentes pessoais: co-infeção VIH-1/VHB diagnosticada em 2010 não tratada, epilepsia e etilismo crónico.

Admitido por alteração do estado de consciência e caquexia atribuíveis à epilepsia e infeção VIH/VHB mal controladas.

No decorrer do internamento, com contagem Linfócitos T CD4+ 85 céls./uL, relação CD4/CD8 0.18 e carga viral VIH-1 com 358.497 cópias/mL (5.55 log), iniciou TARV com BIC/FTC/TAF.

No contexto da pandemia COVID, realizou por rotina a pesquisa **RT-PCR SARS-CoV-2 ao 7º dia de internamento que foi positiva.**

À data do teste, não apresentava manifestações clínicas sugestivas de infeção COVID.

Ao 10º dia após teste e 14º dia após início de TARV, apresentou **acrocianose** e **necrose seca** de todos os dedos de ambos os pés, ainda não delimitada, sem sinais de infeção. Apresentava pulsos mantidos nos quatro membros.

Após avaliação conjunta de Infeciologia e de Cirurgia Vasculuar, assumiu-se complicação vascular de infeção COVID, sem indicação para revascularização cirúrgica, pelo que iniciou anticoagulação com enoxaparina em dose terapêutica (60mg sc bid), alterada para rivaroxabano 20mg p.o. id a manter em ambulatório.

As figuras 1, 2, 3 e 4 ilustram a evolução do quadro durante quatro meses.

Manteve TARV com melhoria imunológica (CD4+ 300 céls./uL, relação CD4/CD8 0.31) e diminuição de carga viral de VIH (<30 cópias/ mL, <1.47 log). Foi realizada limpeza cirúrgica com boa evolução e recuperação de marcha sem limitações.

O conhecimento das manifestações cutâneas de SARS-CoV-2 pode contribuir para o diagnóstico precoce de infeção, nomeadamente em doentes assintomáticos, podendo influenciar a abordagem e o prognóstico destes doentes⁵. Desta forma, reitera-se a importância de identificar manifestações pouco frequentes, em particular em doentes com imunossupressão de base.