

ao deambular. Ao exame físico, estava em regular estado geral, hipocorada +/4+ e com fáceis de dor. Avaliação dos sistemas respiratório, cardiovascular, neurológico e abdome sem alterações. MMII com edema +++/4+ e afetados difusamente com úlceras cutâneas de bordas elevadas, fundo com tecido de granulação e sem secreção. Radiografias simples de tórax e de MMII normais. Ecodoppler de MMII com sistema venoso normal e arterial com aterosclerose leve. Rastreamento para tuberculose negativo. Contagem de linfócitos T CD4 58/mm<sup>3</sup>. Histopatológico e cultura do tecido biopsiado da lesão cutânea mostrou *C. neoformans*. Tomografia de crânio normal; hemocultura e pesquisa do fungo em líquido cefalorraquidiano (LCR) negativas. Diagnosticada como criptococose cutânea primária (CCP), foram-lhe iniciados anfotericina B desoxicolato 50 mg/dia (usando 1 mg/kg/dia) e fluconazol 800 mg/dia por 14 dias, e após manteve apenas fluconazol 400 mg/dia. Observou-se melhora tanto nas lesões, como no seu estado geral. Iniciadas profilaxias primárias com sulfametoxazol/trimetoprima e isoniazida e trocada a TARV para tenofovir/lamivudina e raltegravir. Após 36 dias de internação, recebe alta em bom estado geral, deambulando com facilidade e com melhora importante das lesões, para acompanhamento ambulatorial, em uso de fluconazol via oral, medicações profiláticas e a TARV.

**Comentários:** Criptococose cutânea ocorre em 10 a 15% dos casos da forma sistêmica e a ocorrência da forma cutânea isolada é evento incomum e por isso é fundamental rastrear focos principais de infecção pelo *Cryptococcus*, como LCR e pulmão. A imunodepressão avançada com depleção das células T é o principal fator predisponente, logo CCP deve ser sempre uma das hipóteses diagnósticas de lesões cutâneas em imunodeprimidos graves, como a paciente em questão, posto que o diagnóstico precoce evita desfechos mais sérios.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2021.101912>

EP 177

#### CRIPTOCOCOSE DISSEMINADA EM PACIENTE IMUNOCOMPETENTE COINFECTADO PELO VÍRUS SARS-COV-2: RELATO DE CASO

Iury Venancio Pinheiro <sup>a</sup>,  
Matheus Yudi Ishiy Rodrigues <sup>a</sup>,  
Marco Antonio de Matos Leite <sup>a</sup>,  
Andyane Freitas Tetila <sup>b</sup>

<sup>a</sup> Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD), Dourados, MS, Brasil

<sup>b</sup> Hospital Universitário, Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD), Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), Dourados, MS, Brasil

A criptococose é uma micose sistêmica causada por leveduras da espécie *Cryptococcus neoformans* que acomete principalmente imunocomprometidos. A manifestação da doença criptocócica é rara na ausência de comprometimento imunológico e, quando ocorre, é predominantemente pulmonar.

Relatamos aqui uma apresentação atípica da infecção criptocócica em paciente imunocompetente posteriormente coinfectedado pelo vírus Sars-CoV-2. V.R.F.V., 49 anos, procedente da zona rural, previamente hígido, com queixa de perda ponderal, fraqueza muscular, tosse e episódios de confusão mental de início insidioso e progressivo há 4 meses, com piora nos últimos 14 dias. Apresentava-se em mau estado geral, emagrecido, taquipneico, afebril, acianótico, anictérico e com roncacos difusos à ausculta pulmonar. Ao exame neurológico possuía Glasgow 12, fraqueza muscular generalizada, rigidez de nuca e pupilas isocóricas e fotorreagentes. Sorologias anti-HIV, anti-HCV, HbsAg, VDRL, pesquisa de BAAR e RT-PCR para COVID-19 negativos. O hemograma demonstrava índices hematimétricos nos parâmetros da normalidade, leucocitose neutrofílica sem desvio à esquerda, linfopenia e plaquetopenia. A tomografia de crânio não apresentou alterações e a de tórax evidenciou opacidades pulmonares em vidro fosco de acometimento bilateral, espessamento dos septos interlobulares e enfisema parasseptal e centrolobular associados a focos de esparsos de consolidação. A punção líquórica demonstrou hiperproteinorraquia, consumo de glicose e aumento dos níveis de DHL, bem como isolamento de *C. neoformans* e tinta da China positiva. Hemocultura positiva para *C. neoformans* e *Staphylococcus lentus*. Iniciado anfotericina B, ceftriaxona, sulfametoxazol + trimetoprima e claritromicina. Após 5 dias, positivou RT-PCR para COVID-19, evoluiu com deterioração clínica súbita, insuficiência respiratória e rebaixamento do nível de consciência, necessitando de ventilação mecânica invasiva. Manteve refratariedade clínica com hipotensão, hipotermia, midríase fixa e ausência de reflexos, que resultou em parada cardiorrespiratória. A infecção grave de vias aéreas inferiores ocasionada pelo vírus Sars-CoV-2 aumenta a suscetibilidade dos pacientes a infecções bacterianas e fúngicas disseminadas. Porém, o processo inverso também pode ocorrer, como no presente caso. Coinfecções fúngicas, virais e bacterianas são desafiadoras e devem estar entre os diagnósticos diferenciais de pacientes gravemente enfermos com deterioração clínica súbita e progressiva.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2021.101913>

EP 178

#### CRIPTOCOCOSE DISSEMINADA POR CRYPTOCOCCUS GATTI EM PACIENTE TRANSPLANTADO RENAL COM FALHA TERAPÊUTICA INICIAL AO FLUCONAZOL

Vítor Falcão de Oliveira, Maria Felipe Medeiros,  
Camila Loredana Pereira Alves Madeira  
Bezerra, Andrés Mello López,  
Julia Ferreira Mari,  
Lara Silva Pereira Guimarães,  
Juliana Cavadas Teixeira,  
Luciana Vilas Boas Casadio,  
Ana Catharina de Seixas Santos Nastro,  
Marcello Mihailenko Chaves Magri