

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/mm³. 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^a,
Matheus Yudi Ishiy Rodrigues^a,
Marco Antonio de Matos Leite^a,
Andyane Freitas Tetila^b

^a Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD), Dourados, MS, Brasil

^b 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

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

O tratamento da criptococose baseia-se na administração inicial de anfotericina B com flucitosina, seguida de fase de consolidação e manutenção com fluconazol. Uma alternativa é o uso do fluconazol em monoterapia ou terapia combinada com outros antifúngicos. Desse modo, o fluconazol é o antifúngico mais utilizado no tratamento da criptococose. O tratamento de manutenção com fluconazol poderia favorecer o risco por surgimento de cepas resistentes, cuja prevalência é de 20% no mundo. O objetivo desse trabalho é descrever um caso clínico de criptococose disseminada por *Cryptococcus gatti* com falha terapêutica inicial por provável resistência ao fluconazol. Homem, 27 anos, com antecedente pessoal de Síndrome de Alport, transplantado renal há 3 anos, com quadro agudo de cefaleia e febre e tomografia computadorizada (TC) de crânio, com aparente diminuição de sulcos e do 3° ventrículo à direita. Punção líquórica, com 40 células, com predomínio linfomononuclear, pesquisa de *Cryptococcus spp.* em tinta da China positiva e antígeno 1/1024. TC de tórax com múltiplos nódulos e massas pulmonares bilaterais de até 3,2 cm e biópsia pulmonar mostrando processo inflamatório crônico com estruturas compatíveis com *Cryptococcus sp.* Prescritos Anfotericina B Lipossomal e 5-Flucitosina, mas com manutenção de positividade em cultura de líquido para *Cryptococcus gatti*, mesmo após 45 dias de tratamento. Antifungograma com MIC de 16 g/mL para Fluconazol, optada pela troca por Voriconazol, com posterior negativação de cultura líquórica. Paciente manteve quadro pulmonar, não responsivo à terapia convencional, evoluindo com pneumotórax espontâneo e fístula brônquica de alto débito, evoluindo com complicações clínicas e óbito após quatro meses de tratamento. A resistência à fluconazol na criptococose foi documentada pela primeira vez em 1993 com aumento progressivo de prevalência de resistência ao fluconazol. Há evidência para uma relação entre MIC < 16 g/mL e uma melhor resposta ao fluconazol em comparação a MIC ≥ 16. Embora não haja consenso sobre o ponto de corte dos testes de sensibilidade ao fluconazol, pacientes que não apresentam evolução favorável e MICs elevados, deve-se considerar a substituição do antifúngico. No caso em questão, o paciente apresentou cura microbiológica da neurocriptococose após a troca para o voriconazol, mas houve manutenção do quadro pulmonar pela dificuldade de abordagem cirúrgica, pelo risco de formação de novas fístulas e morbidade do procedimento.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2021.101914>

EP 179

**CROMOBLASTOMICOSE: RELATO DE CASO.
POLICLÍNICA CENTRO DO MUNICÍPIO DE SÃO
BERNARDO DO CAMPO**

Mateus Etori Cardoso,
Michelle Etienne Baptistela Florence,
Maria Graziela Ferreira de Paiva,

Marina Spyridion Haritos,
Ana Lucia Marcon Razera Antonio

Policlinica Centro, São Bernardo do Campo, SP,
Brasil

A Cromoblastomicose (CBM) é uma doença fúngica que acomete a epiderme, derme e tecido subcutâneo. Os agentes etiológicos estão no solo, na madeira em decomposição e outros detritos. A região amazônica é considerada a principal área endêmica no país. Trabalhadores rurais possuem maior risco, tornando doença ocupacional. Homem, 44 anos, natural de Rondônia, procurou serviço secundário de São Bernardo do Campo em 26/05/2021, apresentando lesões em membro inferior direito há sete anos. Teve diagnóstico de cromomicose através de biópsia e micológico direto em outro serviço. Usava Itraconazol 200 mg/dia há 07 anos e fez exérese cirúrgica, sem melhora. Apresentava dificuldade de deambular, dor incapacitante e múltiplas placas verrucosas dolorosas. Ao exame do tornozelo, calcâneo e dorso de pé direito com secreção sanguinolenta e nódulos palpáveis e dolorosos em face medial posterior de coxa direita. A biópsia de pele da coxa direita feita em 25/07/2014 era compatível com cromomicose e reforçada pela descrição de corpos escleróticos de Medlar na biópsia de pele da coxa direita realizada em 31/03/2020. O micológico direto realizado em 27/06/2017 mostrava numerosos corpos fumagóides, típicos da cromomicose. A conduta inicial foi solicitar exames laboratoriais e de imagem (ultrassonografias e ressonância magnética) do membro acometido e prescrição de Terbinafina 500 mg/dia associada a criocirurgia. Segue em acompanhamento. Trata-se de uma micose negligenciada que afeta populações rurais, com distribuição cosmopolita e maior incidência nas regiões tropicais e subtropicais da América Latina, África e Ásia. Clinicamente começa como pápula que evolui para nódulo ou placa de aspecto tumoral, verrucoso e cicatricial. Linfedema e infecções bacterianas são as complicações mais frequentes. A transformação neoplásica é complicação temida, e pode levar à amputação. A disseminação linfática e hematogênica raramente é observada. O exame anatomopatológico pode evidenciar hifas demáceas que recebem o nome de “aranhas de Borelli”. Testes moleculares tem permitido um melhor compreensão dos agentes etiológicos. O período de tratamento varia entre dez meses a seis anos, sendo de difícil resposta uma vez que 45% dos pacientes realizam algum tratamento sem sucesso. A cura é considerada quando melhora clínica e micológico negativo, sendo atingida, predominantemente, em portadores de lesão localizada e de menor extensão.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2021.101915>

EP 180

**ESPOROTRICOSE GRAVE REFRAATÁRIA EM
PACIENTE IMUNOCOMPETENTE: RELATO DE
CASO**

Jaime Emanuel Brito Araujo,
Marília Cavalcante Camêlo,