

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 negatificação 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,