

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 REFRACTÁRIA EM PACIENTE IMUNOCOMPETENTE: RELATO DE CASO

Jaime Emanuel Brito Araujo,
Marília Cavalcante Camêlo,

Daniel Pinheiro Callou Do Nascimento,
Jéssica Carvalho Dantas,
Júlia Regina Chaves Pires Leite,
Renata Salvador Gaudêncio de Brito,
João Paulo Ribeiro Machado,
Maria Aparecida de Souza Guedes,
Jack Charley da Silva Acioly

Hospital Universitário Alcides Carneiro,
Universidade Federal de Campina Grande (UFCG),
Campina Grande, PB, Brasil

Introdução/Objetivo: A esporotricose humana representa um grave e importante problema de saúde pública, com um rápido crescimento no número de casos nos últimos meses. Visamos relatar um caso de esporotricose grave complicada refratária com coinfeções em paciente imunocompetente. Objetivamos relatar um caso de esporotricose cutânea de diagnóstico tardio submetido a tratamento alternativo.

Métodos: As informações do caso foram obtidas por meio de revisão do prontuário e revisão da literatura, respeitando todos os princípios éticos.

Resultados: Paciente de 41 anos, sexo masculino, agricultor, imunocompetente, obeso, sem patologias crônicas prévias, sem sintomas constitucionais, sem contato com gatos e cachorros. Relatava surgimento de lesão bolhosa e única em perna direita após trauma local havia 11 meses, com acometimento progressivo de novas lesões em todo o membro, as quais tornaram-se ulceradas e crostosas, atingindo também face, couro cabeludo e tórax. Fez uso de diversos esquemas antimicrobianos, sem resposta. Culturas de secreção de ferimentos eram persistentemente negativas, tendo iniciado Itraconazol 400 mg/dia nos 60 dias anteriores à admissão, sem nenhuma resposta. Devido piora dos focos de necrose, com exsudação severa, foi internado. Realizou desbridamento cirúrgico. Foi mantido o Itraconazol. Culturas evidenciaram *Pseudomonas aeruginosa*, tendo usado Meropenem por 14 dias, com resolução do exsudato. Histopatológico com infiltrado linfohistiocitário, formando granulomas, com plasmócitos e neutrófilos, fibrina e debris celulares, sem sinais de malignidade. Cultura para fungos positiva para *Sporothrix schenckii*, *Candida kruzei* e *Penicilium* spp. Recebeu alta hospitalar com Itraconazol 400 mg/dia, sem resposta clínica, o que motivou reinternação 30 dias após, para tratamento com Complexo Lipídico de Anfotericina, tendo feito 3600 mg de dose total, com regressão quase completa de todas as lesões. Mantido tratamento com Anfotericina Desoxicolato 50 mg/semanal, evoluindo para cura com remissão completas das lesões em 5 meses.

Conclusão: Trata-se de uma patologia de eminente impacto para a saúde pública, sendo de suma importância a identificação das lesões e o diagnóstico precoce. O suporte laboratorial pode ter papel essencial para o diagnóstico diferencial, sobretudo em casos com menor suspeição. O diagnóstico tardio e as coinfeções prejudicaram a boa evolução do caso, fato agravado pela refratariedade ao tratamento com Itraconazol.

EP 181

FLUCONAZOL E PRÓPOLIS CO-ENCAPSULADOS EM NANOPARTÍCULAS MUCOADESIVAS PARA O TRATAMENTO DA CANDIDÍASE VULVOVAGINAL

Jacqueline Teixeira da Silva^a,
Paulo Henrique Dantas^a,
Adelaide Fernandes Costa^a,
Liliana Borges de Menezes^a,
Suzana Ferreira Alves^b, Flavio Pellegrini^c,
Andre Correa Amaral^a

^a Universidade Federal de Goiás (UFG), Goiânia, GO, Brasil

^b Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC Goiás), Goiânia, GO, Brasil

^c Citrinitras, Goiânia, GO, Brasil

Introdução: Candidíase Vulvovaginal (CVV) é uma infecção causada por fungos do gênero *Candida* spp, especialmente da espécie *C. albicans* e têm sido um desafio devido ao aumento da incidência de espécies não-*albicans*, o que tem levado ao aparecimento de casos de resistência aos antifúngicos, demonstrando assim a importância de novas abordagens no tratamento desta micose.

Método: Nanopartículas mucoadesivas contendo fluconazol e própolis verde foram preparadas pela técnica de gelificação iônica, caracterizadas por tamanho, índice de polidispersão (PDI), potencial Zeta e Microscopia Eletrônica. A eficiência de encapsulação foi avaliada utilizando técnicas de espectrofotometria UV e Cromatografia Líquida de Alta Eficiência (CLAE) e a eficácia *in vitro* avaliada por testes de liberação e suscetibilidade dos compostos. Os ensaios de toxicidade realizados por hemólise e modelo *Galleria mellonella* possibilitaram o teste de modelo *in vivo* (n=5) utilizando camundongos BALB/c.

Resultados: Foram obtidas nanopartículas com tamanho de $316,5 \pm 14,7$ nm, PDI 0,391, potencial Zeta 37,4 positivo. Foram alcançadas nanopartículas encapsulando 38,3% de Fluconazol e 45,6% de própolis verde. A união de Própolis verde e Fluconazol promoveu efeito sinérgico fungistático para o fungo *C. albicans* ATCC 10231 em liberação de 12% dos compostos na nanopartícula em até 72 horas. Os testes de segurança realizados por testes de toxicidade e ensaio *in vivo* demonstraram resultados eficazes para o sistema nanoformulado, demonstrando uma redução de carga fúngica em 50% em comparação ao controle positivo, aumento no fluxo de neutrófilos na submucosa e eliminação de processos de toxicidade, que antes eram encontrados no composto livre.

Conclusão: A utilização de um modelo biocompatível, com resultados satisfatórios em testes de eficácia levam a acreditar que o método é seguro e apresenta efeitos adversos menores ou inexistentes. Este pode servir como um modelo terapêutico eficaz para tratamentos de CVV, no entanto, como perspectivas futuras são necessários novos ensaios para avaliar os aspectos imunomoduladores promovidos pela própolis e pelas nanopartículas poliméricas.