

EP 182

FUNGEMIA POR WICKERHAMOMYCES ANOMALUS PÓS-TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA ALOGÊNICO HAPLOIDÊNTICO: UM RELATO DE CASO

Nubia Leilane Barth Schierling^a,
Allan Henrique Cordeiro da Silva Silva^a,
Carolina Monteiro Campos^a,
Maicon Ramos Pinto^a, Alana Gomes Pecorari^b,
Fernanda Pereira Pedroso^a

^a Hospital Nossa Senhora das Graças, Curitiba, PR, Brasil

^b Hospital de Clínicas, Universidade Federal do Paraná (UFPR), Curitiba, PR, Brasil

Introdução: *Wickerhamomyces anomalus* é um microorganismo teleomorfo do gênero *Candida*. É um patógeno raro, que tem sido exponencialmente relatado como um agente causador de fungemia tanto em pacientes imunocompetentes quanto nos imunocomprometidos. Apesar de sua característica ubíqua na natureza, infecções sistêmicas isoladas e surtos esporádicos têm sido relatados em UTIs, com alta mortalidade. Caso: E.T., masculino, 55 anos, no vigésimo sexto dia de seguimento pós transplante alogênico haploidêntico de medula óssea para tratamento de leucemia mielóide aguda, iniciou com picos febris durante internação. Foram realizadas hemoculturas de cateter central e sangue periférico, com crescimento de *Wickerhamomyces anomalus*. Tratamento iniciado com a retirada do cateter central e a manutenção de voriconazol 100 mg/dia, que já havia sido introduzido pela equipe assistente devido a piora clínica. Após sete dias de terapia antifúngica houve persistência de fungemia em hemoculturas com ausência de melhora clínica do paciente, optado então pela suspensão do voriconazol e início de micafungina 100 mg/dia. Quatro dias após terapia antifúngica específica, o paciente começou a apresentar melhora clínica, optando-se pela permanência dessa equinocandina, sem associação de outro antimicrobiano. Com vinte e dois dias de terapia antifúngica, e três hemoculturas de controle negativas para *W. anomalus*, optada pela suspensão da micafungina, junto de introdução de terapia antifúngica profilática.

Comentários: *W. anomalus* é um patógeno frequentemente encontrado no meio ambiente. Apesar de raramente ser isolado como causador de fungemia, possui alta taxa de mortalidade, chegando a 38 e 42% nas populações adulta e pediátrica, respectivamente. Sua apresentação clínica pode ser diversa, como ventriculite cerebral em neonatos, endocardite em usuários de drogas injetáveis, e infecção do trato urinário (ITU) pós transplante renal. Seu tratamento requer terapia antifúngica sistêmica, tendo sido relatado sucesso terapêutico com anfotericina B, equinocandinas, fluconazol ou miconazol. Em conclusão, a fungemia por *W. anomalus* é um raro diagnóstico diferencial de infecções invasivas em pacientes hospitalizados, sendo de suma importância sua suspeição e identificação precoces, especialmente em pacientes imunossuprimidos de alto risco.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2021.101918>

EP 183

FUSARIOSE CUTÂNEA EM UM FAZENDEIRO IMUNOCOMPETENTE

Amanda de Oliveira Ramos Silva^a,
Eduarda Santa Rosa Barata^a,
Tiago Luiz Lagedo Ferraz^a,
Filipe Prohaska Batista^a,
Angela Cristina Rapela Medeiros^a,
Claudia Elise Ferraz^b, Cícero Pinheiro Inácio^b,
Reginaldo Gonçalves de Lima-Neto^b

^a Hospital Universitário Oswaldo Cruz (HUOC), Recife, PE, Brasil

^b Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Recife, PE, Brasil

A Fusariose Cutânea é uma micose oportunista emergente causada por fungos do gênero *Fusarium* spp. É transmitida, em regra, pela inalação de aerossóis de conídios fusariais, podendo ainda ser adquirida por implantação traumática em pele. Acomete, principalmente, pacientes com neoplasias hematológicas e receptores de transplante de medula óssea, em quem causa doença disseminada grave. Em imunocompetentes, é responsável por quadros localizados, especialmente cutâneos. O objetivo deste trabalho é descrever um relato de caso de Fusariose Cutânea localizada em indivíduo imunocompetente, adquirida através de implantação traumática. O caso foi observado em um paciente do sexo masculino, 49 anos, agricultor em plantação de banana, sem comorbidades prévias, que procurou o ambulatório de Dermatologia do Hospital Universitário Oswaldo Cruz, Recife/Pernambuco - Brasil, devido ao surgimento de lesões ulceradas de bordas eritematosas infiltradas com centro necrótico em região de lábio inferior, região supramentoniana e terço distal de sobrelha esquerda com início em novembro/2018. Foram realizadas biópsias das lesões, cujo histopatológico evidenciou dermatite granulomatosa tuberculoide com pequenos focos abscedados. Como o paciente era proveniente de área endêmica para Leishmaniose Cutânea, foi optado por tratamento da patologia com Antimoniato de Meglumina intravenosa por 50 dias, iniciado em junho/2019. O paciente retornou em dezembro, com piora nas lesões supramentoniana e em sobrelha, além de surgimento de hepatoesplenomegalia. Devido à severidade do caso, foi optado por internamento hospitalar com realização de novas biópsias e início de Anfotericina B Desoxicolato. Realizada testagem para HIV com resultado negativo, Histopatológico da biópsia da lesão de mento evidenciou filamentos miceliais septados e hialinos por microscopia e fungo filamentoso foi isolado em Sabouraud agar após 5 dias de cultivo. Realizado MALDI-TOF/MS na amostra com identificação de *Fusarium solani* sensível a anfotericina B e itraconazol e com sensibilidade dose dependente a cetocozazol e voriconazol. Voriconazol 200 mg duas vezes ao dia foi iniciado com melhora importante nas lesões de pele. Paciente recebeu alta com regressão quase total das lesões e assintomático. O esquema foi trocado para Itraconazol por maior disponibilidade da medicação, completando 3 semanas de tratamento com triazólicos. Paciente retornou à consulta