

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 Pedrosa^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 sobrelcelha 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 sobrelcelha, 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 cetocozonazol 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

ambulatorial em janeiro/2020 com regressão completa das lesões.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2021.101919>

EP 184

GRAVE CASO DE PARACOCCIDIOIDOMICOSE DISSEMINADA, COM ACOMETIMENTO CEREBRAL, TRATADO COM SUCESSO COM ABORDAGEM CIRÚRGICA E FARMACOLÓGICA

Jéssica Thaianne Silva Dias,
Pietra Sandim Nascimento, Paulo Feijó Barroso,
Márcia Halpern, Alberto dos Santos de Lemos,
Isabel Cristina Melo Mendes,
Cláudia Adelino Espanha

Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ, Brasil

A paracoccidiodomicose (PCM) é endêmica em nosso país. Apresentamos um caso clínico de PCM disseminada. Homem de 38 anos, natural de Rio Bonito (RJ), com relato de perda de 12kg em um mês, tosse seca e febre vespertina com dois meses de evolução. Procurou unidade de pronto atendimento e radiografia de tórax apresentava “aspecto sugestivo de tuberculose pulmonar”. Tratamento padrão para tuberculose foi iniciado apesar de 2 baciloscopias de escarro terem sido negativas. Apresentou melhora parcial do quadro, porém, após um mês, surgiram cefaleia, vômitos, confusão mental, amnésia e marcha instável. Devido à piora progressiva, foi transferido para nossa unidade. Na admissão, RM de crânio com volumosa lesão fronto-parieto-temporal à esquerda, desvio de linha média e edema adjacente. TC de tórax com múltiplas opacidades em vidro fosco com sinal do halo invertido nos lobos superiores e médio, consolidações com escavações centrais no lobo inferior e superior esquerdo. Punção lombar apresentava pressão de abertura de 13cm de H₂O, líquido xantocrômico, proteína 59 mg/dL, glicose 64 mg/dL, leucócitos 11/mm³ com 87% de linfócitos. Exames diretos e culturas para germes comuns, micobactérias e fungos foram negativos, assim como teste rápido molecular para MTB, VDRL e pesquisa de antígeno criptocócico. Sorologia para HIV não reagente. Após 5 dias, foi avaliado pela infectologia, que levantou a hipótese de PCM após encontrar lesão exsudativa periamigdaliana. Esfregaço dessa lesão com micológico direto evidenciou *Paracoccidioides* sp. Iniciada terapia com anfotericina B complexo lipídico associada a cotrimoxazol. Realizada drenagem de abscesso cerebral, com cultura com crescimento de *Paracoccidioides* sp. Apesar da estabilidade clínica, TC de crânio após três semanas de tratamento mostrava aumento da lesão. Foi associado fluconazol ao esquema, e a anfotericina B suspensa após 40 dias. Em nova abordagem para drenagem e ressecção de cápsula de abscesso cerebral, micológico direto com *Paracoccidioides* sp. Após abordagem, evoluiu com melhora clínica e não apresentou déficits neurológicos. O fluconazol foi suspenso no momento da alta e o cotrimoxazol mantido. Recebeu alta após três meses, em uso de cotrimoxazol, para

acompanhamento ambulatorial. Este paciente possuía lesão faríngea e em SNC, sugestivas de PCM, mas que só foram valorizadas após avaliação da infectologia. A abordagem cirúrgica, associada a terapia antifúngica, foi fundamental para a evolução favorável do caso.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2021.101920>

EP 185

HISTOPLASMOSE PULMONAR AGUDA MIMETIZANDO DOENÇA REUMATOLÓGICA: RELATO DE CASO DE DOENÇA COM APRESENTAÇÃO MAJORITARIAMENTE EXTRAPULMONAR

Anita Maria Pereira Ramos ^a,
Alice Maria Pereira Ramos ^b,
Guilherme Carlos Bacelar de Oliveira ^c,
Alex Pereira Ramos ^d

^a *Centro Universitário UniFTC, Salvador, BA, Brasil*

^b *União Metropolitana de Educação e Cultura (UNIME), Lauro de Freitas, BA, Brasil*

^c *Faculdade Pitágoras de Medicina, Eunápolis, BA, Brasil*

^d *Hospital Norte D'Or, Rio de Janeiro, RJ, Brasil*

A histoplasmoze é uma micose endêmica em regiões de clima tropical, frequentemente assintomática. Apesar de os sintomas serem mais típicos em indivíduos imunodeficientes, fatores como quantidade de esporo inalado e intensidade de exposição têm papel importante na manifestação clínica. A presença de pneumonia com linfadenopatia hilar é um achado característico porém pouco específico. Precordialgia, eritema nodoso e artralgia podem estar presentes e acabam mimetizando doenças como vasculites. O objetivo deste trabalho é relatar caso de histoplasmoze pulmonar aguda com predomínio de sintomas extrapulmonares. Paciente masculino de 42 anos procura atendimento em emergência após quadro de tosse seca e febre noturna por 7 dias. Em radiografia de torax, visualizado infiltrado perihilar à direita, realizando antibiótico por 7 dias com melhora clínica. Evoluiu com surgimento de artralgia em tornozelos, eritema nodoso em perna direita, cefaleia e dor retroesternal. Após um mês de avaliações em emergência, realizou exames de pesquisa de doenças reumatológicas, que vêm negativo. Dá início novo quadro febril, perda ponderal e mialgia difusa, sendo internado para investigação etiológica. Tomografia de tórax evidenciou nódulo sólido pulmonar em ápice de lobo inferior direito e linfonodomegalia hilar ipsilateral. Hemograma evidenciou monocitose. Solicitada sorologia para blastomicose, paracoccidiodomicose e histoplasmoze. Sorologia para HIV negativa. Evoluiu com piora da dor e febre, sendo solicitada avaliação da cirurgia torácica, que realiza segmentectomia pulmonar e linfadenectomia. Biópsia de nódulo evidencia processo granulomatoso com necrose, com estruturas fúngicas. Sorologia para histoplasmoze vem com banda M positivo e banda H não detectado. Paciente inicia itraconazol, apresentando início melhora clínica após 3 dias. A patogênese