

da histoplasmose pode justificar a heterogeneidade de sintomas. Embora o envolvimento pulmonar cause tosse e dor torácica, entende-se que a resposta inflamatória intrínseca à infecção seja responsável pela liberação de mediadores inflamatórios que resultam em vários sintomas extrapulmonares que mimetizam doença reumatológica. Em pacientes imunocompetentes, a infecção pode ser autolimitada; entretanto, em casos de pacientes muito sintomáticos, início de antifúngicos como o itraconazol pode ser necessário. Entender o amplo espectro de sintomas da doença pode maximizar a incidência de diagnósticos corretos, evitando abordagens invasivas.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2021.101921>

EP 186

INFECÇÃO DE PELE E TECIDOS MOLES POR FUSARIUM APÓS USO DE PAU-DE-ANDRADE (PERSEA WILLDENOVII KOSTERM) EM PÉ DIABÉTICO: UM RELATO DE CASO

Nubia Leilane Barth Schierling^a,
Allan Henrique Cordeiro da Silva Silva^a,
Carolina Monteiro Campos^a,
Maicon Ramos Pinto^a,
Alexandre Luders Figueiredo^b,
Mariana Cararo Hauki^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: As infecções da pele e tecidos moles são comuns em ambiente pré-hospitalar, porém podem causar quadros graves com necessidade de hospitalização. A infecção pode ser confinada às camadas superficiais da pele ou estender-se para camadas profundas, tecidos moles e à corrente sanguínea, com septicemia e focos metastáticos. Os principais agentes são os microorganismos que podem colonizar a pele, como cocos gram positivos e *Candida albicans*.

Caso: I.N., masculino, 66 anos, portador de diabetes mellitus tipo 2 há 20 anos, apresenta história de pé de Charcot e mal perfurante plantar há 5 anos, tendo recebido múltiplas abordagens prévias. Vem para consulta com queixa de dor intensa no pé direito há uma semana e piora da secreção. Há 5 dias vem apresentando febre acima de 38°C, inapetência e vômitos. Relata que há aproximadamente um ano utiliza preparo caseiro a base de casca de Pau-de-Andrade (*Persea willdenovii*) como terapia cicatrizante. Ao exame físico, observa-se lesão ulcerada em planta do pé direito, com cerca de 6cm de extensão, com necrose da região calcânea de 7cm, hipermia edema e calor local. Na ressonância magnética, não foram observados sinais de osteomielite. Optado por desbridamento e drenagem de coleção tibio-társica, e envio de material para cultura. Iniciado antibioticoterapia de amplo espectro com piperacilina/tazobactam associado a daptomicina. Após a cultura para germes comuns revelar infecção

polimicrobiana sensível à levofloxacino, optado por desescalar antibioticoterapia. Paciente seguiu em acompanhamento ambulatorial. Após quinze dias, a cultura para fungos tornou-se positiva para o gênero *Fusarium*. Iniciado voriconazol endovenoso via home care por 30 dias com melhora clínica importante.

Comentários: *Fusarium* spp. é um gênero que engloba diversas espécies de fungo, que podem infectar humanos. As principais espécies envolvidas na infecção humana são *F. solani* (40-60%), *F. oxysporum* (~20%) e *F. moniliforme* (10%), que variam desde infecções superficiais, como micoses de pele até infecções mais graves, como infecção invasiva de pele, encéfalo, pulmões, olhos e ossos. As infecções invasivas são mais comuns em indivíduos imunocomprometidos. O Pau-de-Andrade é uma planta da família Laureacea, usada pela medicina popular como um cicatrizante natural para ferimentos. Como é um derivado vegetal, pode carregar diversos patógenos, dentre eles os fungos, sendo uma importante fonte de infecção por inoculação em pacientes suscetíveis.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2021.101922>

EP 187

INFECÇÃO FÚNGICA EM PRÓTESE ORTOPÉDICA: UM RELATO DE CASO

Isabela Lazaroto Swarowsky^a,
Arthur Gomes Ribeiro^a,
Fernanda Wartchow Schuck^a,
Marcelo Carneiro^a, Robert Wagner^b

^a Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC), Santa Cruz do Sul, RS, Brasil

^b Hospital Santa Cruz (HSC), Santa Cruz do Sul, RS, Brasil

Introdução: Nas últimas décadas, os resultados das artroplastias totais de joelho (ATJ) melhoraram significativamente, contudo, ainda estão sujeitas a complicações, sendo a infecção a mais complexa de ser solucionada. Por isso, o caso relatado a seguir objetiva salientar as manifestações clínicas e o manejo de uma infecção fúngica após artroplastia total do joelho (IATJ).

Descrição do caso: Paciente feminina, 83 anos, foi submetida a uma ATJ esquerda em outubro de 2013, com melhora gradual da dor e recuperação funcional. Um ano depois, apresentou dor súbita associada a derrame no joelho esquerdo, sendo realizada punção dessa articulação para cultura, a qual evidenciou a presença de *Candida albicans*. Diante desse quadro, o infectologista iniciou tratamento com micafungina. Sete dias após o início da terapia, ela estava sem dor, com secreção serosanguinolenta em pouca quantidade na ferida operatória (FO) e 2 dias depois encontrava-se limpa. Assim, a paciente seguiu com a terapia antifúngica via endovenosa em casa. Em dezembro de 2015, ela apresentou dor e derrame articular na prótese do joelho novamente, sendo realizado procedimento de revisão da prótese. Prescreveu-se antibiótico e a paciente permaneceu estável. No dia seguinte, iniciou-se Teicoplanina devido a um episódio de febre. Contudo, com o

resultado da cultura - *Staphylococcus aureus* sensível a Oxacilina - ajustou-se a antibioticoterapia.

Comentários: A partir desse caso e da literatura, sabe-se que condições ligadas ao paciente, ao procedimento cirúrgico e ao pós-operatório são fatores de risco para IATJ. Vários são os métodos complementares à investigação clínica para o diagnóstico infeccioso e melhor caracterização do quadro. A terapia para IATJ deve ser individualizada, mas geralmente envolve a combinação da antibioticoterapia sistêmica com a cirurgia. A troca do implante é o procedimento de escolha, sendo o desbridamento com retenção da prótese uma opção em casos agudos. No caso apresentado, o manejo inicial foi com o uso de antifúngico, tendo em vista a cultura positiva para *Candida albicans*. Posteriormente, com a recidiva dos sintomas, optou-se pela troca da prótese e administração de antimicrobianos. A IATJ está associada ao aumento da morbimortalidade e dos custos de internação, por isso, mesmo com a melhora da técnica da ATJ, é importante o conhecimento da IATJ para que a prevenção, o diagnóstico e o tratamento precoce sejam possíveis.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2021.101923>

EP 188

MANIFESTAÇÃO CUTÂNEA ATÍPICA DE CRIPTOCOCOSE DISSEMINADA EM UM PACIENTE HIV

Lígia Lins Frutuoso^a,
Talita Resende Leal Ferreira^a,
Mariana Mendonça Ferreira Ramos^a,
Wanderson Sant'Ana de Almeida^a,
Beatriz Sales de Freitas^b,
André Afonso Machado Coelho^a, Tazio Vanni^a,
Valéria Paes Lima^a,
Luciana Oliveira de Medeiros Marques^a,
André Bon Fernandes da Costa^a,
Henrique Valle Lacerda^a

^a Hospital Universitário de Brasília (HUB),
Universidade de Brasília (UnB), Brasília, DF, Brasil
^b Universidade de Brasília (UnB), Brasília, DF, Brasil

A criptococose é uma infecção causada por leveduras do gênero *Cryptococcus* que acomete sobretudo indivíduos com imunossupressão grave. Este é um relato de criptococose disseminada manifestando-se com lesões cutâneas incomuns à apresentação típica da doença. Paciente de 21 anos, sexo masculino, residente de Recanto das Emas (Distrito Federal), portador de HIV por transmissão vertical, com histórico de uso irregular de terapia antirretroviral e abandono de tratamento há pelo menos dois anos. Foi encaminhado a um hospital universitário terciário com quadro de febre não aferida, cefaleia intensa e incapacitante, mialgia, náuseas e diarreia há 25 dias, além de perda ponderal de aproximadamente 10kg em um mês e lesões cutâneas indolores recorrentes, algumas de resolução espontânea, há pelo menos um ano. Ao exame apresentava múltiplas úlceras de bordas bem delimitadas, circulares, com fundo deprimido e limpo, indolores,

disseminadas em face, região inferior do abdome e membros inferiores, em estágios diferentes de evolução, algumas já cicatrificadas. Exames laboratoriais evidenciaram contagem de linfócitos T CD4 em 52 células/ μ l. Punção lombar com pressão de abertura 60 cmH₂O, 80 células (80% linfócitos), proteínas 63 mg/dL, glicose 31 mg/dL e tinta nanquim com presença de leveduras. Iniciou-se tratamento empírico para neurocriptococose com Anfotericina B desoxicolato e Fluconazol. Posteriormente, o líquido, a hemocultura e a biópsia da úlcera demonstraram crescimento de *Cryptococcus neoformans*. O paciente foi diagnosticado com criptococose disseminada com acometimento neurológico, pulmonar e cutâneo, com necessidade de punções lombares consecutivas, sem controle adequado da pressão intracraniana, sendo submetido a confecção de derivação ventrículo peritoneal. O paciente evoluiu com melhora dos sintomas neurológicos e do aspecto das lesões cutâneas após 23 dias de fase de indução, recebendo alta após trinta dias de internação. As manifestações cutâneas da criptococose disseminada, no paciente HIV, apresentam-se frequentemente como vesículas de centro umbilicado que assemelham-se a lesões de molusco contagioso. No caso relatado, o paciente apresentou úlceras disseminadas, algumas de natureza autolimitada, cerca de um ano antes do início do quadro de meningite. Tal apresentação reforça a importância de considerar a criptococose entre os diagnósticos diferenciais de quadros cutâneos, mesmo na ausência de sintomas associados, em pacientes HIV com imunossupressão grave.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2021.101924>

EP 189

MENINGITE CRIPTOCÓCICA E TUBERCULOSA EM UM HOSPITAL DO NORDESTE DO BRASIL: DIFERENÇAS EPIDEMIOLÓGICAS, CLÍNICAS E LABORATORIAIS

Lisandra Serra Damasceno,
Renan Carrasco César,
Bruno Do Carmo Tavares

Universidade Federal do Ceará (UFC), Fortaleza, CE, Brasil

Introdução: Meningite criptocócica e tuberculosa são os dois tipos mais comuns de meningite infecciosa crônica. Acometem principalmente indivíduos imunocomprometidos, e muitas vezes apresentam manifestações clínicas e aspectos do líquido semelhantes.

Objetivo: Avaliar as diferenças dos aspectos clínico, epidemiológicos e laboratoriais entre a meningite criptocócica (MC) e tuberculosa (MTB), em pacientes internados em um hospital no Nordeste do Brasil.

Métodos: Coorte retrospectiva de pacientes com MC e MTB diagnosticados entre 2010 a 2018, no Hospital São José de Doenças Infecciosas, em Fortaleza-CE.

Resultados: No período do estudo foram incluídos 113 casos de MC e 43 casos de MTB. A mediana de idade (MC 32 anos vs. MTB 37 anos; $p=0,342$) e do tempo de sintomas (MC