

lesão em palato duro e enviado para cultura de fungo e análise anatomopatológica. Devido a suspeita de mucormicose com infecção secundária, iniciado tratamento empírico com anfotericina B lipossomal 5 mg/kg, além de ampicilina + sulbactam, porém o paciente evoluiu a óbito em menos de 72 horas de sua admissão. Posteriormente foi identificado em cultura um fungo filamentosos, *Rhizopus* sp, além de valor de Hemoglobina Glícada de 15,8%, o que confirma a presença do patógeno causador da doença e ainda sugere ter sido a Diabetes Mellitus, não diagnosticada previamente, uma facilitadora para o desenvolvimento do quadro, apesar da ausência de cetoacidose.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2021.101927>

EP 192

MUCORMICOSE: RELATO DE CASO EM MENOR DE IDADE IMUNOCOMPETENTE

Raísa Lamara Cruz dos Santos ^a,
Naiara Chaves Maia ^a,
Juliana Li Ting Matos Sun Barreto ^a,
Ana Gabrielle de Lucena Vieira ^b,
Natália Marques Rodrigues ^a,
Gabriela da Costa Justino ^a,
Barbara Cristina Baldez Vasconcelos ^a,
João Vitor Duarte de Souza ^b,
Miguel Corrêa Pinheiro ^a

^a Hospital Universitário João de Barros Barreto (HUIBB), Belém, PA, Brasil

^b Universidade Federal do Pará (UFPA), Belém, PA, Brasil

Introdução: a Mucormicose é uma infecção fúngica extremamente rara e grave, causada por fungos da ordem Mucorales, a qual pode ser classificada em 6 categorias: cutânea, rinocerebral, pulmonar, gastrointestinal, disseminada e formas raras incomuns. A manifestação clínica imediata varia de acordo com a topografia e o seu diagnóstico frequentemente é atrasado devido a inespecificidade dos sintomas, sendo os exames padrão-ouro para o diagnóstico a biópsia e a avaliação histopatológica dos tecidos infectados. Em relação ao tratamento, este pode ser feito cirurgicamente pelo desbridamento da lesão, ou por meio de antifúngicos, na qual a Anfotericina B com formulação lipídica é o medicamento de primeira escolha.

Descrição do caso: Paciente pediátrico do sexo masculino, 10 meses de vida, sem diagnóstico de doenças prévias e com RT-PCR negativo para COVID-19, apresentando lesão aparentemente infiltrativa em face há 4 meses. Foi transferido de hospital oncológico infantil para o Hospital Universitário João de Barros Barreto, referência no tratamento de doenças infecciosas, após a biópsia descartar neoplasia maligna e sugerir infecção fúngica. Neste hospital, o paciente foi admitido acompanhado da mãe, em bom estado geral, sem queixas clínicas, apresentando os resultados diagnósticos do histopatológico e da tomografia computadorizada dos seios da face, os quais demonstraram lesão expansiva, heterogênea e

infiltrativa no tecido subcutâneo, compreendendo a área ocular, interocular frontal e nasomalar direita, com inflamação crônica apontando granuloma, necrose e estruturas fúngicas sugestivas de mucormicose. Em sua admissão, realizou exames laboratoriais, os quais apresentaram discreta anemia, microcitose, anisocitose e leucocitose, além de função renal e hepática preservadas e ionograma sem alterações significativas. Iniciou antibioticoterapia no primeiro hospital e deu prosseguimento com Anfotericina B Complexo Lipídico após transferência para o tratamento da mucormicose. Ao finalizar o processo terapêutico, obteve alta hospitalar, na qual a mãe foi instruída a realizar hidratação da pele do bebê, e orientada acerca do tratamento para a anemia e da necessidade de acompanhamento com imunologista.

Comentários: Ante o exposto, é imperioso que o diagnóstico seja feito precocemente, para que o manejo da infecção seja o menos traumático e com a menor quantidade de sequelas possíveis para o paciente.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2021.101928>

EP 193

OSTEOMIELEITE POR CRIPTOCOCCUS SPP EM PACIENTE IMUNOCOMPETENTE

Diego Gonçalves Camargo,
Moara Alves Santa Barbara Borges,
João Alves Araújo Filho,
Luiz Alves Ferreira Filho,
Adriana Oliveira Guilarde

Hospital das Clínicas, Universidade Federal de Goiás (UFG), Goiânia, GO, Brasil

Cryptococcus neoformans e *Cryptococcus gattii* são fungos encapsulados, heterobasidiomicetos, com potencial de infectar principalmente hospedeiros imunocomprometidos. A infecção pelo *Cryptococcus* spp compromete com maior frequência o sistema nervoso central e pulmões, no entanto, outros sítios podem ser acometidos, entre eles: pele, próstata, peritônio e olhos. Nosso objetivo é relatar um caso raro de osteomielite por *Cryptococcus* spp em base do crânio. Paciente do sexo feminino, 62 anos, sem história patológica pregressa ou imunossupressão conhecida. Relata cefaleia crônica há 5 anos, com piora progressiva antes da internação. Informa queda de uma escada durante atividade em área rural, associada a traumatismo crânio encefálico leve, seis meses antes do início do sintoma. Tomografia de Crânio revelou lesão expansiva no clivus. A ressonância magnética de crânio (RNM) demonstrou lesão heterogênea envolvendo completamente o clivus, estendendo-se ao corpo do seio esfenoide e ao côndilo occipital esquerdo. A paciente foi submetida a biópsia da lesão craniana e o anatomopatológico evidenciou: espécime de tecido fibroconjuntivo hialinizado, contendo focos de calcificações distróficas, cistos de paredes calcificadas e estruturas leveduriformes com brotamentos, realçadas pelas colorações de PAS, Gomori-Grocott e Alcian Blue, morfológicamente compatíveis com *Cryptococcus* spp. À admissão hospitalar, apresentava-se em bom estado geral,

consciente, orientada, escala de coma de Glasgow 15, queixando-se de cefaleia, vômitos e astenia. Exames bioquímicos foram normais e a sorologia anti-HIV foi negativa. A pressão de abertura à punção lombar foi de 16 cmH₂O e a análise do líquido cefalorraquidiano foi normal. O teste de Antígeno para *Criptococo* foi negativo no líquido e no sangue. Instituído tratamento com Anfotericina B desoxicolato, seguido por Anfotericina B Complexo Lipídico, devido à nefrotoxicidade apresentada. Totalizou mais de 4 semanas de indução. A paciente completou as fases de consolidação e manutenção do tratamento com fluconazol via oral, com seguimento clínico e radiológico ambulatorial. Após 12 meses de fluconazol oral, recebeu alta com melhora dos sintomas e com diminuição da lesão expansiva. A osteomielite criptocócica craniana pós traumática é um evento raro, que deve ser incluído na propedêutica diagnóstica desses quadros, de modo a garantir o diagnóstico oportuno e tratamento eficaz ao paciente.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2021.101929>

EP 194

OSTEOMIELITE VERTEBRAL E LESÃO DE MEDULA ESPINHAL POR ASPERGILOSE: RELATO DE CASO

Luis Enrique Bermejo Galan ^a,
Domingos Sávio Matos Dantas ^b,
Roberto Carlos Cruz Carbonell ^a,
Nayara Melo dos Santos ^b,
Marcilene da Silva Moura ^a,
Rosa Maria de Oliveira Galvão da Costa ^a,
Sued Soares Lima ^a,
Ianara Fernanda de Lima Mendes ^a,
Ana Cecília Marques de Luna ^a,
Aléxia Mahara Marques Araújo ^a

^a Universidade Federal de Roraima (UFRR), Boa Vista, RR, Brasil

^b Hospital Geral de Roraima (HGR), Boa Vista, RR, Brasil

Introdução: As infecções fúngicas são causa importante de morbidade e mortalidade em pacientes imunocomprometidos. A osteomielite vertebral por *Aspergillus* é extremamente rara, podendo causar um desordem debilitante e afetar também pacientes imunocompetentes. Os principais locais acometidos são vértebras, costelas e crânio. A apresentação da doença está relacionada ao grau de exposição ao agente. Os casos podem complicar com sintomas de compressão medular e abscessos epidurais, sendo necessários procedimentos cirúrgicos além da terapia antifúngica.

Descrição do caso: Paciente feminino, 36 anos, portadora de diabetes mellitus tipo 2 e obesidade, que iniciou sintomas de hipoestesia e paraparesia progressiva, além de dorsalgia com evolução de aproximadamente uma semana. Ao exame neurológico apresentava diminuição da força muscular em membros inferiores, teste de Mingazzini positivo e hipoestesia em membros inferiores (nível sensitivo em T11); sem alterações ao exame do tórax (aparelhos respiratório/

cardiovascular) e abdômen. Foi destratada infecção pelo HIV, tuberculose ativa e hepatites virais. A RNM das colunas torácica e lombar evidenciaram edema no platô inferior de T12, infiltração óssea com impregnação heterogênea das vértebras T8 a T12, com extensão extra-óssea às partes moles, estenose com compressão medular de T8 a T12; tinha ainda lesão contrastante heterogênea no lobo inferior do pulmão esquerdo. Em análise conjunta com neurocirurgia e oncologia foi decidido realizar laminectomia T9-T11 e e biópsia da lesão, cujo histopatológico evidenciou hifas septadas sugestivas de *Aspergillus* sp. e tecido subconjuntivo com reação inflamatória crônica granulomatosa com focos de necrose e BAAR negativo. Recebeu inicialmente tratamento com anfotericina B desoxicolato e itraconazol e finalmente, 4 meses após o diagnóstico, tratou com voriconazol por 72 dias, sem apresentar melhora dos sintomas. A paciente precisou de nova abordagem cirúrgica para drenagem de abscesso. Comentário: O acometimento ósseo por *Aspergillus* é pouco frequente e as manifestações clínicas são inespecíficas, sendo necessário para o diagnóstico a consideração dos achados radiológicos e dos exames microbiológicos e/ou histopatológicos. A demora no início do tratamento específico para a doença pode levar a sérias complicações aumentando morbidade, mortalidade e até custos por internação prolongada.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2021.101930>

EP 195

OTITE NECROTIZANTE COM MASTOIDITE POR ASPERGILLUS EM PACIENTE PÓS-COVID 19: UM RELATO DE CASO

Carolina Monteiro Campos ^a,
Allan Henrique Cordeiro da Silva ^a,
Flavia Cunha Gomide Capraro ^a,
Flávia Vargas de Oliveira ^b,
Maicon Ramos Pinto ^a,
Núbia Leilane Barth Schierling ^a

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

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

A otite necrotizante é uma infecção rara e grave que acomete inicialmente pele e partes moles do conduto auditivo externo (CAE), podendo progressivamente envolver estruturas ósseas e estender-se até a base do crânio. É mais comum em pacientes idosos e diabéticos, mas pode se apresentar em imunodeprimidos. Em geral, a infecção acontece após traumatismos e/ou iatrogenias no CAE, sendo a bactéria *Pseudomonas aeruginosa* o principal agente causador. Porém, em situações ainda mais raras, outros patógenos podem ser encontrados, como *Aspergillus* sp, *Klebsiella* sp e *Candida* sp. A clínica manifesta-se principalmente com otalgia lancinante refratária a analgesia, podendo estar acompanhada de otorrêia fétida e purulenta, hipoacusia e sintomas neurológicos. Paciente masculino, 75 anos, com história pregressa de Doença Arterial Coronariana e Diabetes Mellitus tipo II. Em