

EP-016

RELATO DE CASO DE PACIENTE COM ASPERGILOSE PÓS COVID GRAVE

Jaqueline Martins, Clarissa Guedes

Universidade do Oeste de Santa Catarina (UNOESC), Joaçaba, SC, Brasil

Introdução: No final do ano de 2019, surgiram os primeiros casos de infecção respiratória que evoluíram com pneumonia de causa desconhecida. Em março de 2020, após a descoberta do COVID-19 e sua amplitude global, foi decretada a pandemia. Dentre muitos estudos e descobertas deste período, destaca-se o aparecimento de Aspergilose Pulmonar em pacientes que tiveram infecção por coronavírus.

Objetivo: Objetivou-se relatar o aparecimento de Aspergilose Pulmonar em paciente com infecção pelo coronavírus, o qual fez uso de Tocilizumabe.

Resultados: Paciente de 47 anos, sexo masculino, portador de hipertensão arterial sistêmica e obesidade grau 1, previamente internado em outro município foi transferido ao serviço de Emergência do Hospital São Camilo de Concórdia, SC, Brasil. O paciente apresentava sintomas respiratórios, febre e dores no corpo, e exames confirmaram a infecção por Covid-19. Após 12 dias de sintomas, necessitou internação na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) devido a evolução para o quadro grave da doença apresentando pneumonia, 75% de acometimento pulmonar, e necessidade de ventilação com auxílio de máscara de oxigênio. Além do esquema de antibioticoterapia, recebeu Tocilizumabe no primeiro dia de internação na UTI. Recebeu alta hospitalar após 30 dias de sintomas e 18 dias de cuidado intensivo, devido a melhora clínica e laboratorial, com recomendações de fisioterapia, oxigênio domiciliar, e Rivaroxabam. No entanto, após três dias de alta hospitalar iniciou com quadro febril persistente, sudorese noturna, e piora do padrão respiratório. Sem melhoras, retornou ao hospital, que confirmou quadro de pós covid grave. Além da piora clínica, apresentou trombocitose, anemia e cavitação pulmonar causada pelo fungo *Aspergillus*. O diagnóstico de Aspergilose foi confirmado após realização de cirurgia torácica e análise patológica da bola fúngica retirada durante o procedimento. Dentre os medicamentos que fez uso, citam-se: Anfotericina B e Voriconazol. Após 86 dias de internação, seguiu estável e recebeu alta.

Conclusão: O caso referido trata-se de um paciente jovem, com poucas comorbidades e que evoluiu para o quadro grave pós infecção. O uso de Tocilizumabe, apesar de reduzir a mortalidade por coronavírus causa uma imunossupressão importante e deixa o paciente susceptível a infecções, no caso relatado acima, à Aspergilose Pulmonar. O diagnóstico precoce e o cuidado multiprofissional certamente contribuíram para um desfecho positivo do paciente.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2022.102457>

ÁREA: INFECÇÃO EM IMUNODEPRIMIDOS

EP-017

CRÍPTOCOCOSE PULMONAR EM PACIENTE CANDIDATA À TMO ALOGÊNICO - UM RELATO DE CASOCamila Loredana Bezerra,
Letícia Mattos Menezes,
Isabela C.L. Vieira da Cruz,
Alessandra M. Cerqueira de Sousa,
Rita Novello de Vita, Vanderson Geraldo Rocha,
Sílvia Figueiredo Costa*Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo (HCFMUSP), São Paulo, SP, Brasil*

Introdução: Criptococose é uma micose sistêmica causada por fungos do gênero *Cryptococcus*. É mais comum em indivíduos com HIV/AIDS, mas um aumento de casos é observado em pacientes onco-hematológicos.

Objetivo: Descrever o caso de uma paciente com Linfoma Não Hodgkin de células do manto (LNH), diagnosticada com criptococose pulmonar durante quimioterapia (QT), submetida a transplante autólogo de células-tronco hematopoiéticas (auto-TCTH) após a segunda remissão completa e tratamento da doença fúngica.

Resultados: Relato: Mulher, 52 anos, diagnosticada com LNH de células do manto em 2017, estágio clínico IV XSB. Iniciou QT com CHOP. Em fevereiro de 2018, no quarto ciclo de QT, foi realizado PET CT que visualizou nódulos sólidos irregulares por todo o parênquima pulmonar. Anatomopatológico de biópsia de nódulo no lobo superior direito evidenciou numerosas leveduras, com o isolamento de *Cryptococcus neoformans* em cultura. Antígeno sérico para *Cryptococcus* foi positivo. Foi iniciado tratamento com fluconazol em março de 2018. Após o diagnóstico infeccioso, o auto-TCTH foi contraindicado e a paciente teve remissão completa do LNH após 6 ciclos de QT. Houve redução dos nódulos pulmonares nos exames de imagem e negatificação do antígeno sérico para *Cryptococcus*. Foi reduzida a dose de fluconazol para 300 mg/dia como terapia de manutenção. Em agosto de 2020, houve recidiva tardia do linfoma, foi iniciado nova QT com (R)-DHAOX e programado auto-TCTH sequencial. Em abril de 2021, houve a remissão completa do LNH de células do manto após término da QT, realizado auto-TCTH após condicionamento com BendaEAM. Nesse momento, apresentava antígeno sérico para *Cryptococcus* negativo e tomografia de crânio e tórax sem evidência de doença fúngica ativa. Recebeu profilaxia com dose única de ivermectina, cotrimoxazol até D-1, aciclovir, isoniazida (PPD 8 mm) e fluconazol 400 mg por dia. Foi mantido profilaxia secundária da criptococose com fluconazol por 6 meses.

Conclusão: O caso foi tratado com sucesso antes do TCTH e não houve reativação da doença durante o período de

neutropenia, nem após o transplante. Embora a Criptococose seja raramente observada em receptores de TCTH, a maioria dos casos se apresenta após o transplante. Não há recomendações na literatura quanto ao manejo no diagnóstico prévio ao transplante. Este relato traz a experiência de nosso serviço neste manejo e destaca a importância da avaliação do paciente no período pré-transplante e da profilaxia farmacológica adequada.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2022.102458>

EP-018

NOCARDIOSE EM PACIENTES IMUNOSSUPRESSOS POR HIV: UMA SÉRIE DE CASOS

Andressa Noal, Adriana Neis Stamm,
Izabele Linhares Cavalcante,
Frederico Cunha Abbott, Igor Souza Bernadotti,
Pedro Moreno Fonseca, Jaysa Pizzi,
Julia Somenzi Villa, Greici Taiane Gunzel,
André Luiz Machado Silva

Hospital Nossa Senhora da Conceição, Brasil

Introdução: Nocardiose é causada por um actinomiceto que normalmente afeta imunocomprometidos. Pode ser localizada ou disseminada. Apesar do HIV cursar com depleção da imunidade a coinfeção HIV-Nocardia foi relatada em poucos casos, de 0,2 a 2% dos pacientes.

Objetivo: Documentar condição pouco prevalente e com diagnóstico desafiador.

Resultados: Caso 1: Paciente masculino, quadro de confusão mental e bradipsiquismo. Diagnóstico de HIV neste contexto com CD4:5. Identificado múltiplas lesões nodulares intra-axiais, supra e infratentoriais, com edema vasogênico em ressonância de crânio. Identificada em punch de pele Nocardia sp e iniciado tratamento com Sulfametoxazol+trimetoprim, Imipenem e Amicacina com melhora clínica e radiológica importante. Caso 2: Paciente masculino, interna por dispnéia, inapetência e confusão mental. Realizou tomografia de tórax que evidenciou derrame pleural no lobo inferior direito. Ainda, faz o diagnóstico de HIV, com CD4 90. Drenado conteúdo pleural com identificação Nocardia sp. em cultura. Iniciado tratamento com sulfametoxazol/trimetoprima. Paciente acabou evoluindo com insuficiência respiratória e posterior óbito. Caso 3: Paciente feminina, HIV com CD4:168, interna com relato de síncope, tonturas e febre. Realizada hemocultura que identificou Nocardia sp. Não identificadas lesões em outros sítios. Realizada associação de Meropenem, Amicacina e Sulfametoxazol/trimetoprima por 3 semanas e continuidade com Sulfametoxazol+trimetoprima. Paciente evoluiu com melhora sintomática, sem novos picos febris.

Conclusão: O diagnóstico de nocardiose é desafiador devido diversidade de apresentação clínica e dificuldade no isolamento microbiológico. As manifestações clínicas envolvem pulmão, sistema nervoso central, pele e doença disseminada - infecção em dois ou mais sítios. A confirmação diagnóstica necessita de cultura de material biológico com identificação de Nocardia sp. O Sulfametoxazol/trimetoprim é

a terapia de primeira linha, contudo existe variabilidade de resistência, sendo recomendada cobertura empírica com 2 ou 3 agentes em doença disseminada, pulmonar extensa ou envolvimento do SNC. Amicacina, imipenem, meropenem, cefalosporinas de 3ª geração, linezolida, tigeciclina e dapsona são opções. A monoterapia é recomendada para pacientes com infecção pulmonar leve/moderada e para formas cutâneas em imunocompetentes. Recomenda-se tratamento de 3-6 meses para imunocompetentes, até 1 ano em pacientes imunocomprometidos ou com envolvimento de SNC, de acordo com a resposta clínica.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2022.102459>

EP-019

NEUROCRIOCOSE POR C. GATTII EM PACIENTES HIV/AIDS

Adriana Neis Stamm, Andressa Noal,
Pedro Moreno Fonseca,
Frederico da Cunha Abbott,
Igor De Souza Bernardotti,
Izabele L.F.M. Cavalcante,
Carlos Henrique Cezimbra Kvitko

Hospital Nossa Senhora da Conceição / Grupo GHC,
Brasil

Introdução: A infecção por *Cryptococcus gattii* geralmente se apresenta como uma doença indolente e mais comumente envolve o sistema nervoso central (SNC) e os pulmões. A infecção neurológica é mais comum, sendo a forma predominante em pacientes infectados pelo HIV. Ao contrário de *C. neoformans*, que normalmente causa doença em pacientes com imunidade comprometida, a maioria dos casos de *C. gattii* foi detectada em pessoas com sistema imunológico normal.

Objetivo: Como a infecção por *C. gattii* tem sido mais estudada, torna-se aparente uma mudança no entendimento da epidemiologia, com casos de meningoencefalite em pacientes com infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), apesar de comumente afetar imunocompetentes. Tornando necessária essa discussão, a que esse relato se faz importante.

Método: Relato de casos.

Resultados: Caso 1: Feminina, 41 anos, HIV/AIDS (CD4 55), NAIVE, interna com quadro neurológico, faz-se diagnóstico de neurocriptococose (Líquor com cultura +: *C. gattii*). Tratou com Anfotericina + Fluconazol (12/10-17/11 e após mantido somente Fluconazol por disfunção renal), não estava disponível Fluocitosina para o tratamento na época. Fez uso de Fluconazol 800mg/dia, evoluindo para dose de consolidação 400mg/dia. Paciente teve resposta clínica satisfatória ao tratamento proposto, não se podendo dimensionar danos neurológicos permanentes, pois após alta hospitalar não retornou para consultas de reavaliação. Caso 2: Masculino, 45 anos, HIV/AIDS (CD465), NAIVE, buscou o serviço de emergência devido vômitos e episódios de cefaleia. Realizada punção lombar com cultura com *Cryptococcus gattii*. Ressonância magnética com pseudocistos gelatinosos. Tratou com Anfotericina B associado com fluconazol até a disponibilização de fluorocitosina. Melhora clínica em vigência de terapia de