

Introdução: A criptococose é uma infecção fúngica sistêmica, comum em pacientes imunodeprimidos, causada pelo *Cryptococcus neoformans*, já a leishmaniose tegumentar americana (LTA) é causada por protozoários do gênero *Leishmania*. Ambas causam lesões polimórficas em pele e mucosas, mas no caso da LT forma cutânea as ulcerações tem bordas elevadas, endurecidas e fundo com tecido de granulação. Ambas as doenças são importantes no diagnóstico diferencial de úlceras orais e está recomendada a realização do exame histopatológico para diferenciação. A Anfotericina B lipossomal e o Fluconazol são escolhas no tratamento de ambas as doenças, mas em doses e tempo distintos.

Objetivo: Relatar um caso de coinfeção de Leishmaniose Tegumentar e Criptococose em um indivíduo imunocompetente.

Método: W.P, 73 anos, homem, trabalhador rural, sem comorbidades, sem supressão imune aparente, consultou em 19/04/2017 por lesão ulcerada em orelha, mão esquerda e mucosa oral há 2 meses portando um resultado de biópsia da lesão oral realizado por um serviço de odontologia mostrando um infiltrado granulomatoso sugerindo Leishmaniose Tegumentar, tendo sido iniciado o tratamento com Anfotericina B lipossomal 250 mg/dia por 12 dias, seguido de remissão das lesões após 30 dias. Em 06/11/17, paciente retorna com nova lesão ulcerada na língua associada a dor local, iniciada há 10 dias. Procedido com nova biópsia apresentando Leishmaniose Tegumentar sendo realizado retratamento com Anfotericina B Lipossomal, seguido de posterior resolução das lesões. Em 06/08/2018, retorna com lesão em mucosa oral e orelha esquerda, locais distintos das lesões anteriores, realizado nova biópsia da úlcera oral com diagnóstico de Criptococose. Realizada revisão das lâminas prévias pelo patologista na qual foi mantidos resultados nas duas primeiras como Leishmaniose e na última como Criptococose, sorologia para Paracoccidioidomicose solicitada com resultado negativo. Realizado tratamento com Fluconazol 450 mg/dia por 8 semanas com cicatrização das lesões.

Resultados: Paciente faleceu após 5 meses do último tratamento de Acidente Vascular Encefálico porém havia consultado 19 dias antes sem lesões de pele ou úlceras orais.

Conclusão: Neste caso, destacamos o relato pela dificuldade em encontrar estudos na literatura sobre ambas as patologias em pele e mucosas em um mesmo indivíduo imunocompetente, e pela importância da reavaliação diagnóstica a cada retorno do paciente com nova lesão, realizando exame histopatológico para definir o diagnóstico e tratamento.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2022.102474>

EP-036

TROMBOSE SÉPTICA DE SEIO CAVERNOSO BILATERAL POR CA-MRSA

Lethicia Bernardo Chimello,
Andre Giglio Bueno, Kahena Ignjatovic Faical,
Rodrigo Ferreira Faria, Pâmela Sarto Lopes,
Paulo Pera Neto

Hospital PUC-Campinas, Campinas, SP, Brasil

Introdução: A tromboflebite séptica de seio cavernoso (TSSC) é uma patologia bastante rara e com elevada morbiletalidade. O *Staphylococcus aureus* é o agente mais frequentemente isolado, podendo ocorrer disseminação a partir de infecções de face/seios da face ou primariamente como complicação de bacteremia. Há relatos de caso em literatura descrevendo o *S. aureus* resistente à meticilina da comunidade (CA-MRSA) como agente etiológico da TSSC, mas nenhum relato brasileiro. Apesar deste patógeno ser endêmico em alguns países, sua epidemiologia é pouco conhecida no Brasil. Sendo assim, as infecções por CA-MRSA no Brasil são bastante desafiadoras pois frequentemente a terapia empírica para infecções estafilocócicas comunitárias não contemplará esse patógeno e, devido ao potencial de carregar diversos fatores de virulência, os casos podem se apresentar de forma extremamente grave e com alta letalidade.

Objetivo: Relatar caso de TSSC por CA-MRSA.

Resultados: Masculino, 27 anos, hígido, usuário de cocaína inalatória, há 3 dias com febre, dor ocular, edema e vermelhidão em região orbital esquerda. Havia implantado um piercing nasal cerca de 1 mês antes. Sintomas progrediram para o lado direito e na admissão tinha proptose, quemose e hiperemia orbitária bilateral. Estava febril, taquicárdico e hipotenso, além de sonolência e rigidez nugal. Prescrita Oxacilina e coletadas hemoculturas e líquido. Líquor apresentou intensa pleocitose neutrofílica, hipoglicorraquia e hiperproteínorraquia. TC de tórax identificou múltiplos nódulos periféricos, compatível com embolizações sépticas. No dia seguinte à admissão houve piora do nível de consciência, necessidade de intubação orotraqueal e internação em UTI. Com cerca de 48h de internação foi identificado *S. aureus* resistente à oxacilina em ambas as amostras de hemocultura, momento em que houve a substituição de Oxacilina por Vancomicina associada à Clindamicina. Na sequência houve melhora da curva térmica e melhora clínica, sendo possível a extubação e alta para a enfermaria. Angiotomografia de crânio confirmou a presença de trombose bilateral de seio cavernoso e trombose de seio sigmoide à esquerda. Durante a terapia houve melhora expressiva da proptose, quemose e hiperemia orbitária.

Conclusão: Felizmente nesse caso foi possível a rápida identificação de que se tratava de um CA-MRSA para adequar a terapia inicial. Devemos começar a discutir a cobertura empírica de CA-MRSA em infecções estafilocócicas graves como a TSSC?

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2022.102475>

EP-037

RARA ASSOCIAÇÃO DE ANGINA DE LUDWIG E LEISHMANIOSE VISCERAL: RÁPIDA INTERVENÇÃO E DESFECHO CLÍNICO FAVORÁVEL

Pricila Carolinda Andrade Silva,
Sílvia Hees de Carvalho, Celso Silva Siqueira,