

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,

Lineu de Campo Cordeiro Neto,
Joyce Aparecida Rezende Parreiras,
Hugo Leonardo Freitas de Sá,
Wallanns Resende Santos,
Sidnei Rodrigues de Faria,
Francisco Martins Coelho de Souza,
Guilherme Otávio Varino Cornelio

Hospital Municipal Odilon Behrens (HOB), Belo Horizonte, MG, Brasil

Introdução: Angina de Ludwig (AL) é uma infecção polimicrobiana aguda grave, caracterizada por celulite do tecido conectivo cervical, dos espaços perimandibulares, acometendo pacientes imunocomprometidos.

Objetivo: descrever caso de um jovem recebido em uma UPA de Belo Horizonte (BH) com calazar (LV) complicada por AL, evoluindo com necessidade de traqueostomia (TQT), cervicotomia e tratamento em CTI.

Descrição: masculino, 28 anos, diabético não insulino requerente, admitido com odinofagia, edema cervical, massa palpável dolorosa em região submandibular, perda de peso significativa, astenia, icterícia, edema cervical bilateral e sepse: PA 80 × 60 MMHG; FC 120; estridor laríngeo e esplenomegalia. Houve piora súbita do edema, surgindo enfisema subcutâneo e trismo. Exames HG11,5; PLT: 79500, WBC 3690; RNI 1,52, bilirrubina direta 8 e indireta 5, creatinina 4, ureia: 139; PCR 240; TGO 332; TGP 281 e anti HIV negativo. Feito protocolo de sepse e encaminhado ao hospital, onde foi submetido a TQT e drenagem dos abscessos. Subsequentemente, foi confirmada a LV: teste rápido positivo em paciente com pancitopenia, emagrecimento e relato de mãe falecida por LV. Recebeu anfotericina B lipossomal. Evoluiu com infecção nosocomial, hematoma retroperitoneal, coágulo em TQT e parada cardíaca que respondeu à reanimação. Apresentou melhora e alta em boas condições.

Discussão / Conclusão: A LV é uma zoonose caracterizada por febre prolongada, emagrecimento, astenia, pancitopenia, hepatoesplenomegalia, podendo evoluir para óbito. A principal causa de morte em pacientes com LV é a infecção bacteriana, mas o presente caso é inusitado pela raridade da infecção, não tendo sido encontrado pelos autores relato prévio de tal complicação. A angina de Ludwig é uma celulite difusa grave de tecidos moles do assoalho da boca e do pescoço. A infecção dos molares inferiores é a principal causa da doença, e a rápida progressão, leva a complicações potencialmente fatais, como obstrução das vias aéreas, pneumonia. A diabetes e a imunossupressão causada pela LV foram o gatilho, e na presença de infecção dentária, deflagraram o caso. O reconhecimento da entidade, e tratamento precoce: proteção das vias aéreas, antibioticoterapia e drenagem cirúrgica foram cruciais para a evolução favorável. Identificar situações de gravidade em serviços de urgência como UPAS é um desafio e a rápida transferência para hospitais com melhores condições pode determinar desfechos clínicos favoráveis.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2022.102476>

EP-038

CRIPTOCOCOSE DISSEMINADA POR CRYPTOCOCCUS GATTI COM PERFIL DE RESISTÊNCIA INTERMEDIÁRIO A FLUCONAZOL EM IMUNOCOMPETENTE-MANEJO E TRATAMENTO DE CASO

Marli Sasaki, Luisa Akie Yamauchi Reyes,
Durval Ag. Costa, Augusto Yamaguti,
Samylla Costa de Moura, Thais Guimarães,
Alexandre I.C. de Paula,
Camila Cesarini Badenas,
Luciana de Lima Galvão, Rafael Corrêa Barros,
Daniel Litardi Castorino Pereira

Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil

Introdução: A criptococose é uma micose sistêmica causada pelo fungo *Cryptococcus neoformans* nas suas 2 variedades: *C. neoformans* e *C. gatti*. A primeira ocorre mais em imunocomprometidos com alta mortalidade. A segunda acomete principalmente indivíduos HIV negativos com acometimento sobretudo cerebral e pulmonar.

Objetivo: Relato de um caso de criptococose disseminada por *Cryptococcus gatti* em imunocompetente.

Método: Descrição do caso: Masculino, 51 anos, iniciou quadro de cefaléia, mialgia, perda ponderal 4 dias antes da internação, com náuseas sem vômitos, febre. Punção líquórica revelou pesquisa de antígeno de *Cryptococcus* positiva 1/1000, 1100 leucócitos, sendo 60% linfócitos, 33 % neutrófilos, glicose = 18 e proteínas = 91), PCR para *Cryptococcus* positiva e cultura positiva para *Cryptococcus gatii* com resistência parcial a fluconazol em líquido inicial. Apresentou cultura posterior negativa do líquido 14 dias após início do tratamento. Pesquisa de antígeno de *Cryptococcus* sérico positiva 1:1000. Biópsia pulmonar mostrou *Cryptococcus* positivo. Prescrito tratamento para criptococose disseminada com Anfotericina complexo lipídico 5 mg/kg/dia por 28 dias e fluconazol 600mg vo 12/12 h desde o início. Dose foi ajustada para 800 mg vo 12/12 h após 28 dias pelo resultado inicial da cultura parcialmente sensível a fluconazol, mas optado por manter fluconazol pela boa resposta clínica do paciente. Pela boa resposta, foi liberado após 30 dias de tratamento mantendo apenas fluconazol. Foi investigada imunidade com cd4 = 975, cd8 = 407, IgG = 949, IgA = 211, IgM = 130. Sorologia para HIV, hepatites virais negativas.

Conclusão: *C. gatii* causa infecções especialmente em hospedeiros imunocompetentes e encontra-se em matéria orgânica em decomposição, causando sintomas que vão desde febre e tosse a condições severas (meningite). O tratamento de primeira linha da criptococose é realizado com anfotericina B e fluocitosina (fase de indução) seguida da fase de consolidação e manutenção com fluconazol. Como fluocitosina não estava disponível no nosso serviço, foi utilizado fluconazol associada à anfotericina B com melhora clínica e laboratorial na fase de indução apesar da resistência parcial do fluconazol na cultura do líquido (MIC 8,0).

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2022.102477>