

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

**CRIOCOCOSE 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>