

infecioso. Após 4 dias do fim do tratamento, teve novo choque séptico e as hemoculturas indicaram o mesmo agente. Logo, foi reiniciado o tratamento com polimixina B e aztreonam, e a nova investigação não identificou foco. Desta vez, foi tratado por 21 dias e teve alta bem clinicamente. Infecções após o CAR-T-cell são mais frequentes no primeiro mês pós-infusão, quando predominam as bacterianas. Alguns fatores de risco descritos são o TCTH prévio e a SLC. Bacteremias por *P. aeruginosa* resistente a carbapenêmicos implicam maior chance de erro no tratamento empírico e taxas de mortalidade de até 50%. As opções terapêuticas são escassas, mas a polimixina parece eficaz. No Brasil, predomina a enzima SPM, e no caso identificamos a VIM. As amostras de *P. aeruginosa* serão sequenciadas para análise da linhagem, genes de resistência e virulência. Faltam estudos robustos que explorem o desfecho da terapia combinada neste cenário de MBL. Este relato alerta para o diagnóstico de infecções bacterianas graves em pacientes submetidos a CAR-T-cell e descreve o sucesso da terapia combinada num paciente grave.

Palavras-chave: CAR-T-cell *Pseudomonas aeruginosa* VIM

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2023.103242>

CASO RARO DE INFECÇÃO POR TRICHOSPORON ASAHI EM IMUNOSSUPRIMIDO

Flávia Dias Alcântara de Oliveira*,
Gabriel Berg de Almeida,
Ricardo Augusto Monteiro de Barros Almeida,
Ricardo de Souza Cavalcante

Faculdade de Medicina de Botucatu (FMB), Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho" (UNESP), Botucatu, SP, Brasil

Introdução: Espécies de *Trichosporon* são fungos relacionados e são causas raras de infecção invasiva em humanos, sendo doença invasiva ocorre quase exclusivamente em imunossuprimidos e geralmente com alta mortalidade.

Caso clínico: Paciente sexo masculino, 63 anos, submetido previamente a transplante hepático em 2019 devido cirrose hepática complicada com ascite e varizes de esôfago. Internado por dor em região abdominal em cicatriz operatória, diarreia aquosa sem produtos patológicos com piora nos últimos 15 dias. Durante a internação, presença de coleção heterogênea superficial em tecido celular subcutâneo com trajeto fistuloso para superfície cutânea, iniciado antibioticoterapia. Entretanto, manteve quadro diarreico e manutenção de drenagem da ferida operatória de aspecto sero-hemático. Após 12 dias de tratamento antimicrobiano, repetido US abdominal com sinais de esplénomegalia homogênea, ascite moderada e edema difuso do tecido celular subcutâneo, com sinais flogísticos no local, sem drenagem espontânea. Realizado de punção de coleção de aspecto acastanhado e cultura de líquido de abscesso: *Trichosporon asahi* sensível à Flucanazol. Iniciado tratamento com Flucanazol 400 mg/dia intravenoso por 03 dias, evoluindo com melhora da diarreia e melhora da infecção de ferida operatória. Transicionado para Voriconazol 400 mg/dia via oral por 14 dias na alta hospitalar. Em retorno ambulatorial, após 07 dias, paciente com quadro

de resolução da diarreia e melhora do aspecto da infecção local, apresentou aumento de transaminases e canaliculares, suspenso Voriconazol. Durante o período, paciente evoluiu com embaçamento, hiperemia ocular, dor e baixa acuidade visual. Avaliado pela oftalmologia, provável endoftalmite endógena secundária a infecção fúngica, realizado tratamento com Anfotericina B intravítrea e aspiração de material para cultura. Durante internação, trocado para Voriconazol intravenoso dada a possibilidade de infecção por *Trichosporon asahi*. Nos dias seguintes da internação, apresentou tofo gotoso em membro inferior direito e edema articular em punho direito com punção articular de líquido citrino com padrão infeccioso e enviado material para cultura com presença de *Trichosporon asahi*. Paciente realizou tratamento com voriconazol por 6 meses com melhora do quadro clínico.

Comentários: Relatamos caso inédito de paciente imunocomprometido com quadro disseminado por *Trichosporon asahi*, apresentando cultura positiva e realizado tratamento direcionado.

Palavras-chave: *Trichosporon asahi* imunossupressão infecção disseminada

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2023.103243>

CRIPTOSPORIDIOSE DISSEMINADA EM CRIANÇA SUBMETIDA A TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA PARA DEFICIÊNCIA DE CD40 LIGANTE - RELATO DE CASO

Rafael Zonin Rosendo^{a,*}, Ana Júlia Bianchini^b,
Rodolfo Corrêa de Barros^a, Giovanni Luis Breda^a,
Gisele Loth^a

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

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

A repercussão da infecção pelo *Cryptosporidium* sp. em imunossuprimidos pode desencadear quadros crônicos e atípicos. Neste relato, exibimos um caso de criptosporidiose de acometimento gastrointestinal e pulmonar em criança submetida à transplante de medula óssea (TMO) por deficiência de CD40 ligante, também denominada síndrome de Hiper-IgM. Paciente do sexo masculino, atualmente com 12 anos de idade. Apresentou infecções respiratórias de repetição desde os primeiros 6 meses de vida, com necessidade de múltiplos internamentos. Recebeu diagnóstico de deficiência funcional de ligante de CD40 aos 9 anos. Ao diagnóstico apresentava-se emagrecido e com hepatomegalia discreta, além de ecografia abdominal sugerindo colangite esclerosante e biópsia hepática demonstrando aspectos morfológicos compatíveis com colangite biliar secundária. Seu primeiro contato com o serviço de TMO ocorreu aos seus 11 anos, momento em que apresentava quadro de tosse iniciada há uma semana, com nódulos de distribuição centrolobular multifocais e áreas de atenuação em vidro fosco identificados em tomografia de tórax (TC). Foi então iniciado voriconazol de maneira empírica. Paciente interna aos 12 anos de idade para TMO. Em nova TC de tórax apresentou resolução significativa dos nódulos anteriormente presentes. O procedimento foi

antecedido por picos febris esporádicos e antibioticoterapia foi iniciada. O TMO ocorreu sem intercorrências, porém foi sucedido imediatamente por síndrome colestática, com valor de bilirrubina total atingindo 14,28 mg/dL em seu pico, às custas de bilirrubina direta, com progressiva melhora a partir do 30º dia após procedimento. Concomitantemente, o evento foi sucedido por novos picos febris diários. No 22º dia após o transplante, durante a investigação etiológica da febre, foi verificada nas fezes do paciente a presença de oocistos de *Cryptosporidium* sp. Neste mesmo dia, houve o aparecimento de um quadro de tosse produtiva, onde se optou pela análise do escarro dada a suspeita de uma parasitose disseminada. Um dia após a coleta da secreção, confirmou-se também a presença de *Cryptosporidium* sp. no escarro. Foi iniciado tratamento com nitazoxanida e azitromicina em doses elevadas, havendo melhora nos exames laboratoriais. Paciente recebeu alta hospitalar no 34º dia após o transplante, mantendo uso dos antiparasitários, e permanece em seguimento até o 100º dia no hospital-dia.

Palavras-chave: *Cryptosporidium* Transplante de medula óssea Parasitose Doença disseminada

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2023.103244>

ESPOROTRICOSE CUTÂNEA DISSEMINADA EM RECEPTOR DE TRANSPLANTE DE FÍGADO: UMA INFECÇÃO RARA E DESAFIADORA

Luiza Arcas Gonçalves*, Alice Tung Wan Song, Viviane Mazo Favero Gimenes, Marcello Mihailenko Chaves Magri, Edson Abdala

Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo (HCFMUSP), São Paulo, SP, Brasil

A esporotricose é uma micose subcutânea negligenciada, geralmente adquirida por inoculação traumática de material contaminado, podendo também ser transmitida por arranhões ou mordidas de gatos infectados. Nas últimas décadas, a transmissão zoonótica do *Sporothrix brasiliensis* tornou-se a principal forma de infecção no Brasil e está associada a apresentações incomuns da doença. Embora a maioria dos casos de esporotricose afete a pele e o tecido subcutâneo, formas disseminadas e extracutâneas são descritas em imunodeprimidos. Raros casos foram descritos em receptores de transplante de órgãos sólidos, a maioria de rim. O presente trabalho relata um caso de esporotricose em um receptor de transplante de fígado. Paciente, sexo feminino, 57 anos com antecedente de transplante de fígado em 2017 por cirrose alcoólica, em uso de everolimo (nível sérico 5,2 ng/mL) e tacrolimo (nível sérico 3,2 ng/mL), busca serviço por queixa de lesões eritematosas dolorosas difusas com evolução de duas semanas. Paciente morava em uma fazenda no interior de São Paulo com sua família e animais de estimação, incluindo gatos saudáveis, quando evoluiu com placas eritematosas infiltradas, com centro descamativo, em locais não contíguos, especialmente em membros inferiores e dorso. Em investigação, foi realizada biópsia de pele que identificou infiltrado histiocitário difuso com leveduras na coloração Grocott, com posterior crescimento em cultura de *Sporothrix brasiliensis*, identificado por PCR. Foi iniciado itraconazol oral, porém

paciente apresentou resposta insatisfatória após um mês de tratamento, com disseminação das lesões para face. Foi internada para receber anfotericina B lipossomal 3 mg/kg/dia e após 4 semanas foi de alta com isavuconazol oral. Poucos dias após, paciente necessitou de reinternação, tendo sido mantida com anfotericina B lipossomal pela indisponibilidade de isavuconazol para internados. Paciente apresentou recorrência das lesões, optada pela associação de terbinafina, com evolução satisfatória após. Na alta, a paciente permaneceu com terapia combinada de isavuconazol e terbinafina, com melhora clínica e sem toxicidade nos 6 meses posteriores. No contexto de pacientes imunodeprimidos, a esporotricose é uma condição rara associada a formas mais graves de apresentação e desafios diagnósticos e terapêuticos. Relatamos o caso de uma esporotricose cutânea disseminada em receptor de transplante hepático tardio, com resposta insatisfatória à monoterapia com itraconazol.

Palavras-chave: Esporotricose Transplante de fígado *Sporothrix brasiliensis* Forma cutânea disseminada

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2023.103245>

FEBRE MACULOSA BRASILEIRA TRANSMITIDA PELO TRANSPLANTE RENAL? RELATO DE CASO

Gabriel Berg de Almeida*, Ricardo de Souza Cavalcante, Flávio Pasa Brandt, Matheus Soares Baracho Ramos, Ricardo Augusto Monteiro de Barros Almeida

Faculdade de Medicina de Botucatu (FMB), Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho" (UNESP), Botucatu, SP, Brasil

A febre maculosa brasileira (FMB) é uma riquetsiose de elevada mortalidade. Não foram identificados relatos de sua transmissão via transplante de órgãos. Mulher de 25 anos, lúpica, foi submetida ao transplante renal (TxR) em setembro de 2021. Apresentava-se assintomática e negava exposição epidemiológica recente à FMB. O doador era procedente de Salto-SP e evoluiu para óbito devido a pneumonia e meningoencefalite, sem etiologia confirmada. Sete dias após o TxR, em uso de tacrolimo, micofenolato e prednisona, a paciente evoluiu com cefaleia, febre e exantema maculopapular. Não havendo melhora com meropenem e vancomicina, foram acrescentadas doxiciclina e ampicilina. A paciente completou 14 dias de tratamento e recebeu alta completamente assintomática. Três semanas após, compareceu ao nosso ambulatório referindo recidiva da sintomatologia inicial. O exantema maculopapular acometia palmas das mãos e plantas dos pés. Devido à hipótese de transmissão de FMB pelo enxerto, foi reiniciada doxiciclina, 100 mg de 12/12h, notando-se completa melhora após 48 h. A paciente concluiu 28 dias de retratamento, sem recorrência dos sintomas. O diagnóstico de FMB foi confirmado por sorologia (IFI) e PCR para *Rickettsia* sp em biópsia de pele. A receptora do outro rim evoluiu simultaneamente de forma similar, recebendo os mesmos tratamentos para o quadro inicial e para a recidiva dos sintomas. Contudo, não foi possível comprovação diagnóstica de FMB. As apresentações clínicas similares entre as