

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

receptoras do TxR e o quadro de pneumonia e encefalite de etiologia indefinida em doador proveniente de área endêmica sugerem fortemente transmissão da FMB pelo enxerto renal. O presente caso corrobora a necessidade de se evitar órgãos provenientes de doadores com encefalite de etiologia indefinida.

**Palavras-chave:** Febre maculosa brasileira Transplante renal Rickettsia

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2023.103246>

#### FATORES DE RISCO ASSOCIADOS A COLONIZAÇÃO E A INFECÇÃO POR ENTEROCOCCUS SPP. RESISTENTES À VANCOMICINA (VRE) EM PACIENTES TRANSPLANTADOS DE FÍGADO

Nathalia Neves Nunes\*, Debora Terrabuio, Gabriela Takeshigue Lemos, Alice Tung Wan Song, Luiz Augusto D'Albuquerque, Edson Abdala, Maristela Pinheiro Freire

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

**Introdução:** Enterococcus spp. resistentes à vancomicina (VRE) são microrganismos multidroga resistentes (MDRO) comumente isolados em pacientes submetidos a transplante de fígado (TF), e estão potencialmente associados a piores desfechos clínicos. Existem poucos dados sobre os fatores de risco para a colonização e infecção por VRE nessa população. Nosso objetivo é identificar os fatores de risco associados à colonização e infecção por VRE após TF.

**Métodos:** Esse é um estudo de coorte retrospectivo que incluiu todos os adultos submetidos a TF entre 2010 e 2019 em um hospital de alta complexidade. O período de acompanhamento foi de 180 dias após TF. A análise estatística incluiu variáveis relacionadas às características dos pacientes, procedimentos e complicações pós transplante. Utilizamos o modelo de regressão de Cox para análises univariadas e multivariadas.

**Resultados:** Foram incluídos 855 pacientes, a mediana de idade foi 54 anos (IQR 41 - 61) e escore de MELD no TF de 21 (IQR 13 - 29). 107 (13%) adquiriram VRE antes do TF. A colonização após o TF ocorreu em 144 pacientes (19%), sendo que 80 (9%) desenvolveram infecção por VRE. As infecções mais comuns foram infecção do sítio cirúrgico (36-45%) e infecção da corrente sanguínea relacionada ao cateter (22-28%), o tempo médio entre o TF e a infecção por VRE foi de 15 dias. Os fatores de risco para colonização por VRE identificados na análise multivariada foram CLIF-SOFA elevado no pré-TF ( $p < 0.001$ ), ascite refratária no pré-TF ( $p = 0.03$ ), tempo prolongado de internação no pré-TF ( $p = 0.005$ ) e reoperação pós-TF ( $p < 0.001$ ). A presença de doença hepática por HCV foi identificada como fator protetor ( $p = 0.03$ ). Para infecção por VRE, as variáveis preditoras no modelo final foram colonização por VRE pré-TF ( $p < 0.001$ ), colonização por VRE pós-TF ( $p < 0.001$ ), hepatite fulminante ( $p = 0.02$ ), reoperação ( $p < 0.001$ ), retransplante ( $p < 0.001$ ), sangramento intraoperatório ( $p = 0.04$ ) e transplante combinado ( $p = 0.04$ ). A mortalidade em 180 dias após o TF foi de 20%, 27% e 53% para pacientes não

colonizados por VRE, pacientes colonizados por VRE, mas não infectados, e pacientes infectados por VRE, respectivamente. A infecção e colonização por VRE foram associadas à mortalidade em 180 dias após o TF.

**Conclusões:** A colonização por VRE antes e após o TF é um dos principais fatores de risco para a ocorrência de infecção por VRE. A infecção por VRE diminui substancialmente a sobrevida dos receptores de TF.

**Palavras-chave:** VRE MDRO Colonização Transplante hepático

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2023.103247>

#### HANSENÍASE E LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA: RELATO DE CASO

Julia Ferreira Maria<sup>a,\*</sup>, Vitor Ciamponi Arcieri<sup>a</sup>, Patrícia Rodrigues Bonazzi Pontes<sup>b</sup>, Juliana Pereira<sup>b</sup>, Edson Abdala<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo (HCFMUSP), São Paulo, SP, Brasil;

<sup>b</sup> Instituto do Câncer do Estado de São Paulo (Icesp), Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo (HCFMUSP), São Paulo, SP, Brasil

Descrevemos um raro relato de caso de Leucemia Mieloide Aguda (LMA) e Hanseníase Virchowiana com diagnóstico concomitante. Após pesquisa utilizando esses termos em base de dados como PubMed, não encontramos nenhuma publicação semelhante. Este é, portanto, o primeiro relato de ambas condições, descrito na literatura. Paciente do sexo masculino, 78 anos, natural do Maranhão e residente de São Paulo, com antecedentes de hipertensão e diabetes, foi internado em Hospital Oncológico em São Paulo, em Fevereiro de 2023 para início de tratamento de LMA recém diagnosticada. Ao exame físico cutâneo da entrada apresentava placas eritematosas infiltradas de limites irregulares e mal delimitadas, distribuídas no tronco, glúteos e membros, além de lesões infiltrativas e coalescentes no nariz. Havia redução de sensibilidade em lesões de membros inferiores. O paciente referia tais lesões cutâneas há 6 anos e já havia recebido o diagnóstico de eczema cutâneo e neuropatia diabética. Naquele momento, o principal diagnóstico foi Leucemia Cutis. Biópsia de pele foi realizada, com dermatite linfocitocitária perivascular, perineural e perianaxial, com numerosos bacilos marcados pela coloração de Ziehl-Neelsen, fechando-se assim o diagnóstico de Hanseníase multibacilar. Após, foi iniciado o tratamento com poliquimioterapia única Clofazimina, Rifampicina e Dapsone em 15/03/2023. Seus contactantes foram encaminhados à unidade básica de saúde para rastreamento diagnóstico. Optado por não realizar quimioterapia convencional da leucemia, pelo alto risco de complicações, dadas comorbidades citadas, idade avançada e uma performance score desfavorável - ECOG 3 na entrada. Paciente evoluiu a óbito em após 45 dias de internação, por neutropenia febril, mesmo com antibioticoterapia adequada. O diagnóstico concomitante das duas condições provavelmente foi incidental. A hanseníase é uma doença tropical negligenciada e o Brasil concentra 90% dos casos das Américas, com cerca de 25 mil novos casos ao ano.