

Palavras-chave: Profilaxia antimicrobiana Gentamicina oral Transplante de células-tronco Infecção de corrente sanguínea Enterobactérias resistentes

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2023.103263>

REAÇÃO CRUZADA DO TESTE DE ANTÍGENO GALACTOMANANA DO HISTOPLASMA EM PACIENTE IMUNOSSUPRIMIDO TRANSPLANTADO RENAL COM PARACOCIDIOIDOMICOSE

Pedro Henrique Nascimento Theodoro*,
Matheus Oliveira Bastos, Marcela de Faria Ferreira,
Rodrigo de Almeida Paes, Andrea Gina Varon

Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas (INI),
Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Introdução: Paracoccidiodomicose (PCM) e histoplasmose são micoses endêmicas na América do Sul. Ambas podem apresentar semelhanças, como adenopatias, lesões pulmonares escavadas e lesões cutâneas. O isolamento fúngico e a histopatologia ainda são os métodos padrão-ouro, porém podem causar atraso no diagnóstico, contribuindo para a morbi-mortalidade, especialmente em pacientes imunodeprimidos. Um grande avanço na investigação da histoplasmose é a detecção de antígeno urinário de Histoplasma, que permite o rápido diagnóstico com alta sensibilidade e especificidade nos casos de infecção disseminada. Reportamos aqui um paciente imunossuprimido cuja investigação inicial com antígeno urinário de Histoplasma sugeriu diagnóstico de histoplasmose disseminada, porém o diagnóstico definitivo foi PCM.

Relato de caso: Um homem de 42 anos, transplantado renal em 2016 em uso de tacrolimus, micofenolato de sódio e prednisona, abriu um quadro em 2021 de lesões de pele ulceradas e evoluiu com perda ponderal, febre, linfadenopatia generalizada e rouquidão. Internado em setembro de 2022 com anemia, alteração da função renal, infiltrado pulmonar bilateral, cavitação em lobo superior esquerdo e linfonodomegalia disseminada. Nos quatro primeiros dias foram coletadas hemoculturas para fungos e micobactérias, escarro para fungos e micobactérias, biópsias de pele e linfonodo, antígeno criptocócico sérico e antígeno de Histoplasma urinário. Os primeiros resultados, disponíveis em 3 dias, foram o antígeno criptocócico sérico negativo e o antígeno de Histoplasma urinário positivo, sendo prontamente iniciado anfotericina B complexo lipídico. Após 7 dias os histopatológicos de pele e linfonodo revelaram Paracoccidiodioides sp., e após 42 dias as culturas de pele, linfonodo e escarro foram positivas para *P. brasiliensis*. Houve melhora do quadro clínico e paciente recebeu alta em uso de itraconazol para acompanhamento ambulatorial.

Comentários: Reação cruzada do antígeno urinário para Histoplasma com outros fungos é pouco reportada, limitada a estudos de validação do método e alguns estudos transversais. Apesar do resultado falso-positivo, o antígeno urinário para Histoplasma não deixou de ser uma importante ferramenta no caso acima reportado, pois permitiu o início rápido de anfotericina B, que trata a grande maioria dos fungos.

Dessa forma, esse exame tem grande valia para pacientes com suspeita de infecção fúngica e merece ser estudado em outras micoses endêmicas.

Palavras-chave: Antígeno urinário Histoplasma Paracoccidiodomicose Imunossupressão Reação cruzada

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2023.103264>

RELATO DE CASO DE ASPERGILOSE DISSEMINADA EM PACIENTE TRANSPLANTADA RIM-PÂNCREAS

Franciny Marques Gastaldi^{a,*},
Francielly Marques Gastaldi^b

^a Hospital Santa Genoveva Rede Materdei, São Paulo, SP, Brasil;

^b Hospital de Clínicas de Uberlândia (HCU), Uberlândia, MG, Brasil

Introdução: A Aspergilose é uma infecção fúngica oportunista, ainda prevalente em pacientes oncológicos ou transplantados. Os seus esporos são inalados e facilmente adentram as vias aéreas inferiores, facilitando o desenvolvimento de quadros pulmonares. Entretanto, devido a imunossupressão, a infecção pode acometer outros órgãos, ocasionando manifestações atípicas e potencialmente graves, o que pode influenciar na morbimortalidade, mesmo com o tratamento adequado.

Descrição do caso: Paciente do sexo feminino, 36 anos, peso inicial de 40 kilos, transplantada rim-pâncreas, em uso apenas de corticoterapia (por toxicidade dos imunossupressores), apresentava história de cefaleia holocraniana, descarga nasal, perda de acuidade visual sobretudo à esquerda, astenia e febre, com caráter crônico, mas progressivo. Submetida à investigação, sendo identificado lesão encefálica, com efeito de massa, associado a sinusite bilateral, com necessidade de abordagem cirúrgica. Em biópsia e posteriormente em cultura do material coletado, foi identificado *Aspergillus fumigatus*. Optaram por tratamento com Isavuconazol, por dois meses, com posterior substituição por Voriconazol endovenoso. Paciente apresentou retorno dos sintomas visuais, e posterior início de tosse seca e dispneia, procurando atendimento médico. Submetida novamente à investigação radiológica, sendo evidenciado neuropatia óptica bilateral, e opacidades em vidro fosco compatíveis com comprometido pulmonar. Devido ao diagnóstico de recaída da Aspergilose, mesmo durante ao uso do triazólico, optou-se por tratamento com Anfotericina lipossomal, com indução intrahospitalar de 2 gramas, com posterior manutenção de 150 mg semanal (3 mg/kg semanal), completando 5 gramas. Paciente apresentou resolução de todos os sintomas (exceto, pela recuperação parcial da visão), sendo mantido acompanhamento ambulatorial rigoroso. Submetida novamente a controle imagiológico, sem evidências de doença ativa. **Comentário:** O caso descrito acima demonstra a considerável morbidade relacionada com a infecção fúngica, mesmo com o diagnóstico e tratamento realizados adequadamente. A imunossupressão associada à patologia deve ser considerada e manejada durante o processo infeccioso, a fim de evitar demais complicações. O comprometimento difuso, incluindo sítios

pouco frequentes, é possível em pacientes com imunossupressão grave, e deve ser considerada na escolha do tratamento antifúngico.

Palavras-chave: Aspergilose Transplante Imunossupressão Antifúngico

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2023.103265>

RISCO DE COLONIZAÇÃO POR ENTEROBACTERIACEAE PRODUTORAS DE β -LACTAMASE DE ESPECTRO ESTENDIDO E BACTEREMIA EM RECEPTORES DE TRANSPLANTE DE CÉLULAS-TRONCO HEMATOPOÉTICAS

Luiza Arcas Gonçalves*, Thaís Guimarães, Vanderson Geraldo Rocha, Silvia Figueiredo Costa, Beatriz Barbosa dos Anjos, Bruno de Melo Tavares, Bruna Del Guerra de Carvalho Moraes, José Victor Bortolotto Bampi, Hermes Ryoiti Higashino, Fernanda de Souza Spadao

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

Introdução: Os receptores de transplante de células-tronco hematopoéticas (TCTH) frequentemente evoluem com infecção de corrente sanguínea por bactérias gram-negativas, em contexto de neutropenia e mucosite secundária aos regimes de condicionamento. A avaliação do risco de infecção por agentes multidroga-resistentes é essencial para a otimização da terapia empírica. A colonização por Enterobacteriaceae produtoras de β -lactamase de espectro estendido (ESBL-E) e o risco de desenvolver bacteremia pelo mesmo agente pode ser importante para o manejo desses pacientes.

Métodos: Foi realizada análise retrospectiva de swabs perianais e retais coletados semanalmente, entre agosto de 2019 e junho de 2022, de pacientes submetidos a TCTH. Os swabs foram semeados em meios seletivos cromogênicos (bio-Mérieux) e os isolados foram identificados por MALDI-TOF, submetidos a teste fenotípico de ESBL e posteriormente a PCR para identificação de genes de β -lactamase. Todas as infecções sanguíneas do mesmo período foram analisadas. A fim de avaliar similaridade entre cepas colonizadoras e isolados de hemocultura, foi realizada eletroforese em gel de campo pulsado (PFGE), utilizando enzima SpeI para *K. pneumoniae* e XbaI para *E. coli*.

Resultados: Foram avaliados 241 pacientes, 59,3% apresentaram colonização por ESBL-E (mediana de 20 dias, 7-84 dias), 52% deles, na admissão. O gene de β -lactamase mais comum foi o TEM (52%), seguido pelo SHV (20%). A análise de PFGE de 26 cepas de *E. coli* demonstrou 23 padrões de pulsotipos diferentes, sem cluster predominante entre os isolados. Quinze cepas de *K. pneumoniae* foram analisadas, resultando em 12 clones diferentes, sendo um identificado em três pacientes distintos. 46 pacientes (19%) desenvolveram bacteremia por gram-negativos, 36 por enterobactérias (22 *E. coli* e 14 *K. pneumoniae*). Apenas 9 foram causados por agentes resistentes a cefalosporinas de 3ª geração e 7 eram resistentes a carbapenêmicos. Não foi encontrada clonalidade entre as cepas de colonização e infecção. Não foi encontrada

associação entre colonização por ESBL-E e bacteremia (OR 2.894, $p = 0,305$).

Conclusão: Por meio da análise de isolados de colonização e bacteremia, não foram identificados clones predominantes e nem associação entre colonização e infecção. No contexto da interrupção da profilaxia antimicrobiana, a triagem para colonização por ESBL-E não parece contribuir para identificação dos pacientes com alto risco de bacteremia por enterobactérias resistentes.

Palavras-chave: ESBL Transplante de medula óssea Bacteremia Colonização

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2023.103266>

INFECÇÕES FÚNGICAS

“ISAVUCONAZOL COMO ALTERNATIVA DE TRATAMENTO EM MUCORMICOSE DE ACOMETIMENTO RINO-ÓRBITO-CEREBRAL”

Igor Maia Marinho^{a,b,*}, Juliana de Angelo Morás Marinho^{a,b}, Ivan Marinho^b, Yuri Marinho Figueira^b, Jose Ribamar Carvalho Branco Filho^b

^a Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), São Paulo, SP, Brasil;

^b Grupo Gmesp, São Paulo, SP, Brasil

Paciente masculino, admitido em Pronto-Atendimento com relato de dor supraorbitária esquerda há 20 dias associada a febre diária, edema periorcular e redução de acuidade visual à esquerda, rinorreia purulenta e perda ponderal de 13 kg em 2 meses. Antecedente pessoal de LMC, HAS, DM II e Tabagismo (30 maços/ano). Na admissão, febril (38°C) com edema importante em região de face à esquerda, hiperemia orbitária e calor local, além de rinorreia de aspecto purulento com obstrução nasal, gotejamento pós-nasal e hiperemia de orofaringe. Aos exames laboratoriais, leucocitose com neutrofilia e desvio à esquerda, além de provas inflamatórias aumentadas. Em estudo tomográfico achado de espessamento e densificação de partes moles orbitárias a esquerda e pós septal junto a parede medial, sugestivos de celulite periorbitária com leve proptose ocular para o lado contralateral. Foi iniciado tratamento para Rinossinusite Bacteriana. Após 4 dias, por manter quadro febril refratário, realizada Ressonância que sugeriu panoftalmite esquerda, caracterizada por celulite pré e pós-septal, com neuropatia óptica isquêmica e sinais de disseminação perineural através do nervo trigêmeo homolateral até o tronco encefálico. Após 7 dias de internação manteve febre refratária, rinorréia e secreção periorbital de aspecto purulentos e exames compatíveis com processo infeccioso mal controlado, evoluindo com confusão mental. Nesse contexto, a etiologia fúngica invasiva foi aventada. Houve introdução empírica de anfotericina B lipossomal após realização de nasofibrosopia com biópsia, cujos resultados anatomopatológico, imuno-histoquímico e microbiológico confirmaram fungos do gênero *Rhizopus* sp. Paciente abordado cirurgicamente com enucleação e evisceração de órbita esquerda, debridamento amplo de região de seio maxilar, periorbitária esquerda e drenagem de abscesso cerebral. O