

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 $\beta$ -LACTAMASE DE ESPECTRO ESTENDIDO E BACTEREMIA EM RECEPTORES DE TRANSPLANTE DE CÉLULAS-TRONCO HEMATOPOÉTICAS

Luiza Arcas Gonçalves\*, Thaís Guimarães, Vanderson Geraldo Rocha, Sílvia 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  $\beta$ -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  $\beta$ -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  $\beta$ -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<sup>a,b,\*</sup>,  
Juliana de Angelo Morás Marinho<sup>a,b</sup>, Ivan Marinho<sup>b</sup>,  
Yuri Marinho Figueira<sup>b</sup>,  
Jose Ribamar Carvalho Branco Filho<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), São Paulo, SP, Brasil;

<sup>b</sup> 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

uso da anfotericina B lipossomal foi suspenso após três semanas de administração, devido a nefrotoxicidade com necessidade de terapia de substituição renal. Nessa ocasião, substituída a medicação por Isavuconazol. Paciente apresentou melhora clínica e recebeu alta no 42º dia de internação hospitalar com melhora clínico-radiológica além de recuperação da função renal. Após 18 meses de seguimento ambulatorial com Isavuconazol oral não foram observadas recidivas ou toxicidade o que evidencia a droga como uma alternativa eficaz e com pouca toxicidade para o tratamento de longo prazo da Mucormicose.

**Palavras-chave:** Mucormicose, rino-órbito-cerebral, isavuconazol

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2023.103267>

### ACOMETIMENTO DO APÊNDICE CECAL NA PARACOCIDIOMICOSE: RELATO DE CASO

Isadora de Lima Xavier Andrade<sup>a,\*</sup>,  
Marcel Arakaki Asato<sup>b</sup>, Maina de Oliveira Nunes<sup>a</sup>,  
Eliana da Costa Alvarenga de Brito<sup>a</sup>,  
Claudia Elizabeth Volpe Chaves<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian (HUMAP), Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), Campo Grande, MS, Brasil;

<sup>b</sup> Faculdade de Medicina Famed, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), Campo Grande, MS, Brasil

**Introdução:** A Paracoccidiomicose (PCM) é uma micose sistêmica endêmica do Brasil. Na Forma Aguda/subaguda (FA) os órgãos do sistema fagocítico-monocitário são afetados, principalmente os linfonodos, medula óssea, fígado e baço. O acometimento do apêndice cecal, que é um órgão linfoide, tem sido pouco descrito na literatura e o seu diagnóstico representa um desafio.

**Objetivo:** Relatar um caso de FA da PCM em paciente jovem que apresentou acometimento do apêndice cecal por Paracoccidioides.

**Relato de caso:** Homem, 20 anos, natural e procedente de Campo Grande/MS. Apresentava à admissão linfonodomegalia generalizada há 3 meses, associada a perda ponderal de nove quilos em três meses. Uma semana antes apresentou picos febris de 38° em média, associados a fadiga, odinofagia e hiporexia. Negava comorbidades. Ao exame físico apresentava-se com 51 Kg, palidez cutâneo-mucosa e com linfonodomegalia em cadeias linfonodais pré-auricular bilateral, retroauricular bilaterais, occipital direito, cervical superficial e profundo bilateral, tonsilar bilateral, subclavicular bilateral, submentoniano, axilar bilateral e inguinal bilateral, em sua maioria de tamanhos de aproximadamente 1 a 2 cm dolorosos e imóveis. Leveduras com características de Paracoccidioides sp foram visualizadas no exame micológico direto e no histopatológico do fragmento de linfonodo biopsiado. A pesquisa de anticorpos anti-Paracoccidioides por imunodifusão dupla foi reagente, com titulação 1:64. Foi iniciado tratamento com sulfametoxazol + trimetoprima (CMX) 800+160 mg de 8/8h e o paciente teve alta hospitalar. Um mês depois, após um período de melhora clínica, voltou a piorar e apresentar dor abdominal importante, foi indicada

anfotericina B formulação lipídica (AnfoB\_L) na dose de 150 mg/dia. Evoluiu com piora da dor abdominal, localizando em região inguinal direita. A ultrassonografia sugeriu apendicite aguda. Foi feita apendicectomia e lavagem da cavidade abdominal sem intercorrências. O exame histopatológico foi conclusivo de apendicite aguda granulomatosa por Paracoccidioides spp., visualizados pela coloração de metenamina de prata de Grocott-Gomori. Após completar 1,5g de AnfoB\_L, foi prescrito CMX e evoluiu com muita melhora clínica.

**Conclusão:** O caso ilustra a importância de se considerar a PCM no diagnóstico diferencial de abdome agudo em áreas endêmicas da doença.

**Palavras-chave:** Paracoccidioides, endemic mycosis, mycology

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2023.103268>

### ABERTURA DE AIDS COM ESPOROTRICOSE DISSEMINADA EM HOMEM ADULTO: RELATO DE CASO

Laísa Caldas Fernandes\*, Nathalie Soares Sanches

Hospital Universitário Professor Edgard Santos (HUPES),  
Universidade Federal da Bahia (UFBA), Salvador, BA, Brasil

Trata-se de paciente do sexo masculino, 31 anos, previamente hígido que procura unidade hospitalar por lesões úlcero-croscosas dolorosas disseminadas pelo corpo há cerca de 6 meses da admissão. Quadro iniciou com prurido, sem lesões elementares, evoluindo com abertura de pequenas úlceras que foram progredindo de tamanho e disseminando pelo corpo de forma ascendente, inclusive com comprometimento de mucosa ocular. À admissão havia sinais de infecção bacteriana secundária associada às lesões e o paciente apresentava-se febril, tratado com antibióticos. Tinha vida sexual ativa sem uso de preservativos, com tratamento recente para sífilis latente. Além disso fazia uso de drogas ilícitas e tinha contato com múltiplos gatos em domicílio. Durante investigação, apresentou sorologia positiva para HIV, com CD4 37 e CV 68.170. Procura por acometimento de sítios extra-cutâneos sem achados. Biópsia cutânea mostrando epiderme ulcerada com múltiplos histiócitos espumosos, nos quais foram visualizadas inúmeras leveduras agrupadas, pequenas e ovais de contornos bem delimitados. PAS e Grocott positivos. Cultura para fungo com crescimento de Sporothrix sp. Iniciado tratamento com anfotericina B deoxicolato por 14 dias, seguido de terapia de manutenção com itraconazol, porém paciente evoluiu com persistência e em seguida piora do aspecto das lesões. Optado por repetir novo ciclo de anfotericina por mais 42 dias, com melhora importante das lesões, mas mantendo doença ativa de difícil tratamento durante fase de manutenção com azólico de escolha. Esporotricose é uma doença fúngica crônica, endêmica no Brasil e América do Sul de acometimento principalmente linfo-cutâneo, sendo sua apresentação extra-cutânea extremamente rara, bem como a forma cutânea disseminada, correspondendo a cerca 8% dos casos. Essas formas estão geralmente associadas a algum grau de imunossupressão, seja diabetes, alcoolismo, neoplasias, uso crônico de corticoide ou HIV/AIDS, como no caso do paciente em questão. O tratamento da esporotricose