

hemoculturas, sendo então suspenso antibióticos e iniciada micafungina 150 mg ao dia guiado por teste de sensibilidade. Durante manejo inicial, ecocardiograma transtorácico evidenciou imagem ecodensa e móvel, em valva tricúspide, medindo 14 × 8 mm, sugestiva de vegetação. Além disso, havia sinais de embolização séptica em tomografias computadorizadas de tórax e abdome. Não apresentou endoftalmite. Permaneceu com quadro febril e hemoculturas persistentemente positivas após 1 semana de tratamento. Paciente foi submetida a troca da valva cardíaca, tratamento foi modificado para anfotericina e fluconazol. Mantido azótico por mais 6 semanas até negatização da hemocultura, finalizando 12 semanas de tratamento. A mesma cepa de *Candida orthopsilosis* foi isolada do material intraoperatório da valva afetada.

Conclusão: A EI fúngica por *Candida*, apesar de pouco relatada, tem tido um aumento na incidência dos casos. A *Candida orthopsilosis* apresenta sensibilidade aos azólicos, poliênicos e equinocandinas, mas em nosso caso foi necessário a terapia combinada por aumento da concentração inibitória mínima para micafungina no decorrer do tratamento. Considerando a alta morbimortalidade destas infecções fúngicas, o diagnóstico precoce tem modificado positivamente o desfecho clínico. Acredita-se que o tratamento prolongado e o controle do foco infeccioso sejam a base para o manejo de sucesso da EI complicada como apresentado em nosso relato.

Palavras-chave: Endocardite, fungos, *Candida spp.*

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2023.103281>

ESPOROTRICOSE DISSEMINADA COM COMPROMETIMENTO OCULAR EM PACIENTE SEM IMUNODEFICIÊNCIA CONHECIDA

Jefersson Matheus Maia de Oliveira*,
Bruna Carolina Sawa, Eveline Pipolo Milan,
Fernanda Gurgel de Oliveira, Mirella Alves Cunha

Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Natal,
RN, Brasil

A esporotricose é uma micose causada por fungos da espécie *Sporothrix*, sendo predominante em regiões tropicais e subtropicais. Em 80% dos casos, os pacientes apresentam a forma linfocutânea. O comprometimento sistêmico é raro, estando associado, geralmente, à imunodepressão. O objetivo deste trabalho é relatar um caso de esporotricose disseminada com comprometimento ocular em paciente imunocompetente. Paciente do sexo masculino, 41 anos, auxiliar de pedreiro, apresentou lesão ulcerada em dorso da mão esquerda, após acidente perfurocortante com espinho. Após dois meses, ocorreu o surgimento de novas lesões em membro superior direito, com posterior disseminação para tórax, abdome e membros inferiores, de aspecto papulonodular com conteúdo purulento que rompiam e tornavam-se ulceradas e crostosas. Referia também febre e perda de peso no período. Além disso, relatava sensação de ardência e redução da acuidade visual do olho direito, com presença de drenagem de conteúdo com aspecto purulento e exposição do conteúdo uveal. Etilista de grande monta e tabagista. Sorologia para HIV 1 e 2 não reagente. Cultura de fragmentos de pele e de secreção ocular

com crescimento de *Sporothrix spp.* Foi realizada evisceração ocular e tratamento sistêmico com anfotericina B, evoluindo melhora clínica completa das lesões, com alta hospitalar e seguimento ambulatorial em uso de itraconazol. A esporotricose ocular é uma apresentação rara da doença, predominando o comprometimento conjuntival e mais raramente uveíte, iridociclite e coroidite. No caso em questão, o paciente apresentava extenso comprometimento local, com completa desorganização das estruturas oculares e necessidade de evisceração ocular, condição rara descrita. Não havia descrição de trauma ocular, o que, associado ao comprometimento cutâneo, sugere acometimento ocular por disseminação sistêmica. O tratamento envolve o uso de antifúngico sistêmico e controle da condição imunossupressora, caso exista. Para o caso, pela gravidade, foi optado por fazer anfotericina B, com boa resposta clínica. Possivelmente, a baixa suspeição diagnóstica no início do quadro influenciou na gravidade apresentada. Consideramos que o diagnóstico de esporotricose deve ser aventado em pacientes com comprometimento ocular sugestivo de processo infeccioso, especialmente em regiões hiperendêmicas para esta infecção fúngica.

Palavras-chave: Esporotricose, disseminada, ocular, Anfotericina B

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2023.103282>

ESPOROTRICOSE DISSEMINADA EM PACIENTE IMUNOCOMPETENTE

Isac Ribeiro Moulaz^{b,*}, Juliana Duarte Geller^b,
Yan Alves Gramacho^b, David Ferreira Ferrari^a,
Aloísio Falqueto^b

^a Incor – Instituto do Coração USP; São Paulo, SP, Brasil;

^b Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), Vitória, ES, Brasil

Introdução: A esporotricose disseminada, rara em hospedeiros imunocompetentes, possui apresentações clínicas mais graves, maior carga fúngica e necessidade de terapia antifúngica sistêmica mais longa. Este trabalho objetiva apresentar um caso raro de esporotricose óssea disseminada em paciente imunocompetente.

Descrição do caso: Paciente masculino, 33 anos, usuário de crack, maconha, alta carga tabágica e alcoólica, morador de zona metropolitana. Iniciou febre persistente (40°C) um dia após acampar em floresta, sem sintomas associados. Após 20 dias, sofreu trauma laboral em hálux esquerdo que evoluiu com infecção secundária profunda. Concomitantemente, surgiram lesões papulares, hiperemiadas, diminutas, esparsas em pele que evoluíram em aproximadamente 4 dias para lesões maiores (4 a 7 cm), dolorosas, não pruriginosas, com halo eritematoso, aspecto descamativo, seco, centro necrótico e ulcerado, com drenagem purulenta. Não apresentou lesões genitais, corrimento uretral e linfonodomegalia. Fez uso tópico de neomicina e diversas antibioticoterapias, sem sucesso. Foi admitido em nosso serviço dois meses após o início dos sintomas. RNM do pé esquerdo confirmou osteomielite no sítio da lesão de hálux, com múltiplos pequenos focos nodulares ≥1 cm esparsos pela medular óssea dos segmentos examinados, com hipersinal periférico, sinal