

antígenos e disponibilidade de testes moleculares e a disponibilidade local de drogas antifúngicas.

Resultados: Um total de 235 centros de 40 países/territórios da Ásia/Pacífico respondeu ao questionário. Mais da metade deles pertencem a seis países: Índia (25%), China (17%), Tailândia (5%), Indonésia, Irã e Japão (4%). *Candida spp.* (93%) e *Aspergillus spp.* (75%) foram considerados os patógenos mais relevantes relacionados às IFIs. A maioria das instituições tinha acesso a microscopia (98%) ou ao diagnóstico por cultura (97%). Além disso, 79% delas tinham acesso à detecção de antígenos, 66% testes moleculares e 63% a testes de anticorpos. O acesso a antifúngicos variou entre os países/territórios. Pelo menos um triazólico estava disponível em 93% dos locais estudados, sendo voriconazol, o triazólico mais frequentemente utilizado (89%), enquanto 80% tinham pelo menos uma formulação de anfotericina B disponível e 72% pelo menos uma equinocandina.

Conclusões: Atualmente, com base nas respostas fornecidas, os recursos disponíveis para o diagnóstico e o tratamento da IFI variam nos países/territórios da Ásia/Pacífico. Fatores econômicos ou geográficos podem desempenhar um papel fundamental na incidência e no tratamento clínico das IFIs em países da região Ásia/Pacífico. A cooperação regional pode ser uma boa estratégia para superar as deficiências.

Palavras-chave: Ásia/Pacífico, Antifúngico, Diagnóstico infecção fúngica, Tratamento

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2023.103307>

PARACOCCIDIOIDOMICOSE COM COMPROMETIMENTO NEUROLÓGICO EM PACIENTE IMUNOCOMPETENTE

Rosilene Silva Araujo^{a,*}, Clovis Ribeiro Antunes Filho^a, Darcy Fiorot Coradini^a, Daniely das Graças Roberto^b

^a Faculdade Dinâmica do Vale do Piranga (FADIP), Ponte Nova, MG, Brasil;

^b Hospital Arnaldo Gavazza Filho, Ponte Nova, MG, Brasil

A Paracoccidiodomicose (PCM) é uma doença causada por fungo do gênero *Paracoccidioides spp.*, com prevalência patogênica no Brasil de duas espécies, a *Paracoccidioides brasiliensis* e a *Paracoccidioides lutzii*, encontradas, principalmente, em áreas agrícolas. A transmissão está correlacionada ao manejo de solo contaminado e a via inalatória é o meio de contaminação mais comum. Trata-se de um paciente de 58 anos, residente em Ponte Nova - MG, previamente hígido, a filha procurou atendimento médico hospitalar pois encontrou o pai caído em casa. À admissão, o paciente apresentava ataxia de tronco cerebelar, dismetria, disdiadococinesia, marcha ebriosa, perda de propriocepção, incoerente com as informações e lesão ulcerosa em lábio superior esquerdo e cavidade oral (palato e língua). Filha relata que pai é estilista e tabagista de longa data. Trabalhador rural em áreas de plantações de café, exposto a páios e aves. Foi submetido a Tomografia Computadorizada (TC) de Crânio que evidenciou múltiplas lesões disseminadas supra e infratentoriais com edema associado. Iniciado corticoide. Realizada punção líquórica onde não evidenciou alterações significativas. A TC de Tórax evidenciou infiltrado pulmonar e vidro fosco difuso

com broncogramas aéreos associados. Foi descartado a possibilidade de COVID-19 e iniciado propedêutica. A TC de Fase demonstrou fratura de mandíbula esquerda, fixada cirurgicamente e neste interim foi realizado a biópsia de mucosa oral. Evoluiu com crises convulsivas com boa resposta a fenitoína. A biópsia teve como resultado imagens sugestivas de Paracoccidioides brasilienses. Com o diagnóstico de paracoccidiodomicose sistêmica (neural, pulmonar e mucosa) em paciente imunocompetente foi iniciado deoxicolato de anfotericina B 50 mg/dia. O paciente evoluiu com piora das escórias nitrogenadas e assim modificado para anfotericina B lipossomal 6,4 ampolas/dia por 13 dias. Houve melhora da função renal e clínica. Recebeu alta, em uso de sulfametoxazol/trimetropina. Avaliado pelo infectologista em ambulatório e feito troca para Itraconazol. Paciente cursou com melhora leve das lesões orais e cutâneas e dos sintomas neurológicos, mantendo discreta ataxia, déficit cognitivo. A PCM é uma doença que deve ser pensada como diagnóstico diferencial em locais onde são prevalentes, tendo um diagnóstico precoce e terapêutica adequada evolui com desfecho favorável.

Palavras-chave: Paracoccidiodomicose, Sistema nervoso central, neuroinfecção

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2023.103308>

PARACOCCIDIOIDOMICOSE DUODENAL COM EVOLUÇÃO GRAVE EM PACIENTE COM TUBERCULOSE PULMONAR

Gabriela de Queiroz Fontes^{*}, Luana Vasconcelos Freitas, Mariana Lanna Magalhães, José Celso Ardengh

Instituto de Infectologia Emílio Ribas (IIER), São Paulo, SP, Brasil

A Paracoccidiodomicose (PCM) é uma doença fúngica relacionada às espécies *Paracoccidioides brasiliensis* e *P. lutzii*, endêmica no Brasil e outros países da América Latina. Apresenta-se de forma aguda com acometimento do sistema reticuloendotelial e é mais comum em jovens; ou crônica, em que se observa lesão pulmonar típica com aspecto em “asa de morcego”, muitas vezes diagnosticada e tratada erroneamente como Tuberculose (TB). Apesar disso, a coinfeção PCM-TB é frequente, chegando a 20% dos casos. Já a PCM intestinal é rara, representa menos de 1% dos casos e mimetiza doenças como carcinomas, tuberculose e doença inflamatória intestinal. Este relato de caso traz apresentação atípica com acometimento duodenal e coinfeção com TB disseminada e evolução para síndrome colestática. É um homem de 43 anos que iniciou febre diária com quadro respiratório prolongado e perda de 20 quilos em poucos meses. Veio com histórico de trabalho em agricultura até os 18 anos no sertão nordestino e depois em Ribeirão Preto – zona urbana com alta prevalência para PCM no interior de São Paulo. A tomografia de tórax exibiu padrão micronodular difuso em ambos hemitóraces, e o lavado broncoalveolar confirmou diagnóstico de tuberculose através de baciloscopia e teste molecular positivo para *Mycobacterium tuberculosis*. O teste de HIV era negativo. Associado a esses sintomas, o paciente começou a apresentar colestase extra-hepática com dor abdominal, prurido, colúria

e icterícia. No exame físico também havia linfonodomegalia em cadeias cervicais. A tomografia de abdome mostrou linfadenomegalias retroperitoneais, periaórticas, mesentéricas e peripancreáticas; algumas com liquefação localizadas na porção cefálica do pâncreas. Esses achados determinaram a dilatação da via biliar intra- e extra-hepática (0,9 cm), bem como da vesícula biliar. A endoscopia digestiva alta revelou duodenite crônica granulomatosa, com áreas algo elevadas e depressão central da mucosa com friabilidade satélite. O exame anatomopatológico obtido pela biópsia das lesões identificou a presença de células fúngicas com gemulação múltipla compatíveis com *Paracoccidioides spp.* Optou-se por tratá-lo com RIPE e encaminhar o doente ao ambulatório para iniciar o tratamento antifúngico. Porém, antes mesmo da consulta, o paciente evoluiu com dor intensa, peritonismo e piora da síndrome coleostática. Este quadro foi atribuído à PCM e imediatamente foi iniciada anfotericina B e prednisona, com melhora gradativa da coleostase.

Palavras-chave: Paracoccidioidomicose , Duodenite crônica granulomatosa , Infecção fúngica , Tuberculose , Coinfecção

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2023.103309>

PARACOCCIDIOIDOMICOSE E COMPRESSÃO MEDULAR: UMA RARA ASSOCIAÇÃO

Wdson Luis Lima Kruschewsky*, Julia Ferreira Mari, Jorge Júnior Amorim de Freitas, Letícia Mattos Menezes, Ho Yeh Li

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

A Paracoccidioidomicose (PBmicose) é a micose sistêmica mais prevalente no Brasil, acometendo majoritariamente homens procedentes de áreas rurais. A infecção se dá por inalação do fungo, seguida de disseminação linfohematogênica no organismo do hospedeiro. Após, o fungo pode se instalar em qualquer órgão ou tecido, sendo mais frequente a pele, mucosas e os pulmões. Relatamos aqui um raro caso de PBmicose subaguda com acometimento principalmente em coluna dorsal, apresentando-se clinicamente com síndrome de compressão medular, em uma mulher, 57 anos, natural do Rio Grande do Sul e procedente de Itapeperica da Serra (SP), há 30 anos. Trabalhou como recepcionista e nega ter vivido em área rural. Refere início de hábito de jardinagem em seu domicílio há dois anos. Procurou atendimento médico em serviço externo em setembro/2022, devido a cervicalgia e sensação de parestesia em MMSS há alguns meses com piora progressiva. É transferida HCFMUSP devido a síndrome de compressão medular para continuidade de cuidados com a neurocirurgia. Ressonância magnética de coluna total, realizada em 27/09, com lesão extensa de partes moles com colapso do corpo vertebral de D5, com áreas necróticas e liquefeitas, além de infiltração por contiguidade dos corpos vertebrais de D4 e D6. Outros exames de imagem mostravam múltiplas linfonodomegalias abdominais com liquefação central, além de lesões focais em baço e tireoide. Com principal hipótese no momento de neoplasia hematológica, foi

realizada biópsia de partes moles da lesão em região cervical posterior em 03/10. Sete dias após, apresentou choque séptico de foco abdominal, sendo transferida para UTI de infectologia do HCFMUSP. Nessa ocasião, sai o resultado anatomopatológico da biópsia com presença de múltiplas estruturas fúngicas, compatíveis com *Paracoccidioides brasiliensis*. Apesar da introdução de antimicrobianos e antifúngico, e medidas de suporte hemodinâmico, a paciente evoluiu à óbito 18 horas após a admissão na UTI. Comprometimento vertebral associado a lesão linfonodal e tireoidiana é forma rara de PBmicose em mulheres adultas imunocompetentes. Esse diagnóstico diferencial deve ser lembrado em pessoas de áreas endêmicas.

Palavras-chave: Paracoccidioidomicose , Compressão da Medula Espinal , Anfotericina B

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2023.103310>

PERFIL DE SEGURANÇA APÓS EXPOSIÇÃO A DIFERENTES FORMULAÇÕES DE ANFOTERICINA B EM 1879 PACIENTES COM INFECÇÃO FÚNGICA INVASIVA (IFI): ESTUDO OBSERVACIONAL BRASILEIRO

Marcello Mihailenko Chaves Magri^{e,*}, Francelise Bridi Cavassin^k, Jose Ernesto Vidalⁱ, Fabianne Altruda de Moraes Costa Carlesse^j, Cássia Silva de Miranda Godoy^h, Renata de Bastos Ascenço Soares^h, Diego Rodrigues Falci^g, Carla Sakuma De Oliveira^d, Fábio de Araújo Motta^b, Ana Verena Almeida Mendes^c, Giovanni Luís Breda^f, Hugo Paz Morales^a, Flávio Queiroz-Telles^f

^a Hospital Erasto Gaertner (HEG), Curitiba, PR, Brasil;

^b Hospital Pequeno Príncipe, Curitiba, PR, Brasil;

^c Hospital São Rafael (HSR), São Paulo, SP, Brasil;

^d Hospital Universitário do Oeste do Paraná (HUOP), Cascavel, PR, Brasil;

^e Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HC/FAMUSP), São Paulo, SP, Brasil;

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

^g Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), Porto Alegre, RS, Brasil;

^h Hospital de Doenças Tropicais Dr. Anuar Auad (HDT), Goiânia, GO, Brasil;

ⁱ Instituto de Infectologia Emílio Ribas (IIER), São Paulo, SP, Brasil;

^j Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo, SP, Brasil;

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

Introdução: Apesar do mesmo princípio ativo, as formulações de Anfotericina B (AMB) disponíveis diferem em suas características farmacológicas. Preparações lipídicas, como a Anfotericina B Lipossomal (L-AMB) e o Complexo Lipídico de Anfotericina B (ABLC) permitem a administração de