

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 colestatia. Este quadro foi atribuído à PCM e imediatamente foi iniciada anfotericina B e prednisona, com melhora gradativa da colestatia.

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