

Introdução: A anfotericina B lipossomal é um medicamento de alto custo e representa a maior despesa entre todos os antimicrobianos utilizados. A falta de um protocolo institucional para antifúngicos resulta em um uso inadequado e desperdício.

Objetivo: Avaliar a racionalização do uso da anfotericina B lipossomal em um hospital terciário em Recife, identificando oportunidades de melhoria.

Método: Os dados foram coletados no sistema MV, utilizando a abordagem do Lean Six Sigma, que visa eliminar desperdícios e solucionar problemas. O complexo hospitalar possui 405 leitos, incluindo 60 leitos de UTI. Em 2021, a taxa média de ocupação foi de 77%. Utilizamos uma matriz de causa e efeito para identificar os principais pontos a serem abordados.

Resultados: Com base nas informações levantadas, decidimos testar a micafungina, agilizar os resultados das culturas e desenvolver um protocolo próprio, ainda em desenvolvimento, para infecções fúngicas. Além disso, foi identificada a necessidade de aumentar a adesão ao descalonamento conforme orientações da Comissão de Controle de Infecção Relacionadas à Saúde (CCIRAS). Após a divulgação das dificuldades e a implementação das sugestões mencionadas, observou-se uma redução de 61% no consumo médio de anfotericina B lipossomal em 2022. Essa redução representa uma economia de R\$ 194.975,00 por mês. No entanto, houve um aumento no uso de micafungina, resultando em um custo adicional de R\$ 11.917,07 por mês.

Conclusão: A racionalização do uso de anfotericina B lipossomal no hospital terciário em Recife mostrou-se eficaz na redução de custos, sem comprometer a qualidade do tratamento de infecções fúngicas. A implementação de um protocolo próprio, ainda em desenvolvimento, juntamente com a utilização de micafungina e a melhoria dos processos laboratoriais, resultou em uma significativa economia financeira com a anfotericina B lipossomal. Recomendamos a adoção dessas estratégias por outros hospitais em busca de otimização de recursos e melhoria na qualidade assistencial.

Palavras-chave: Anfotericina B lipossomal, Infecções fúngicas, Controle de custos

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2023.103315>

RELATO DE CASO INÉDITO DE TUNELITE POR PARACOCIDIOIDOMICOSE

Patrik Nepomuceno Pereira*,
Ricardo de Souza Cavalcante,
Ricardo Augusto Monteiro de Barros Almeida,
Gabriel Berg de Almeida

Universidade Estadual Paulista (UNESP), São José do Rio Preto, SP, Brasil

Introdução: A infecção do túnel de um cateter (*tunelite*) é definida pelo Centers of Disease Control and Prevention como sinais inflamatórios em mais de 2 cm do local de inserção do cateter ao longo do trato subcutâneo. É mais frequente em pacientes em uso de cateteres venosos de longa permanência como por exemplo, o *permcath*, usado na hemodiálise. A principal causa de *tunelite* é a contaminação bacteriana durante a

manipulação ou inserção inadequada do dispositivo. A Paracoccidioidomicose (PCM), por sua vez, é uma doença granulomatosa crônica causada por fungos pertencentes ao complexo *Paracoccidioides brasiliensis* e *P. lutzii*, sendo endêmica no Brasil, principalmente em áreas rurais. É adquirida pela inalação de artroconídeos presentes no solo que infectam os seres humanos por via pulmonar, e podem disseminar-se para diversos tecidos, incluindo o tegumento cutâneo. Relato: trata-se de um paciente do sexo masculino, branco, 39 anos, agrocorretor, procedente de Botucatu (cidade do interior de São Paulo) e com doença renal crônica dialítica. Internou em outubro de 2022 no Hospital das Clínicas de Botucatu para investigação de quadro crônico de dor lombar, perda ponderal, acompanhado de sudorese noturna. Fazia uso de *permcath* em veia subclávia direita, com aparecimento há 2 semanas de abscesso com cerca de 5 × 2 cm, há mais de 2 cm da inserção do dispositivo e em trajeto do *permcath*. Estava em uso de ceftazidima e vancomicina nas sessões de diálise para tratamento de *tunelite* bacteriana. Durante internação foi feita a troca do cateter e a drenagem do abscesso com posterior entrega do material à patologia, que detectou estruturas fúngicas com gemulações múltiplas na coloração de Gomori-Grocott, compatíveis com PCM. Também foi encontrada as mesmas estruturas em biópsia de lesão lítica em corpo vertebral de L4 e de nódulo testicular. Foram excluídas doenças neoplásicas, assim como outras doenças infecciosas. Paciente iniciou tratamento e, no momento, encontra-se em melhora importante dos sintomas.

Comentário: relatamos um caso inédito na literatura de identificação do *Paracoccidioides spp.* em coleção drenada de uma *tunelite*. O paciente tratava uma infecção bacteriana em um sítio, até então, de baixa suspeita para infecção por esse fungo. Tal relato demonstra a importância da biópsia com exame anatomopatológico em qualquer sítio com sinais infecciosos, a fim de encurtar o tempo de diagnóstico, principalmente diante de uma epidemiologia e clínica compatível com PCM.

Palavras-chave: Paracoccidioidomicose, Tunelite, Infecção do túnel, Cateter, Venoso, Infecção

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2023.103316>

RELATO DE CASO: HISTOPLASMOSE DE ADRENAL MIMETIZANDO NEOPLASIA

Talita Resende Leal Ferreira*,
Wanderson Sant' Ana de Almeida, Valéria Paes Lima
Hospital Universitário de Brasília (HUB), Brasília, DF, Brasil

Introdução: A histoplasmose é uma micose sistêmica causada pelo fungo dimórfico térmico *Histoplasma capsulatum* isolado a partir de solos contaminados e ricos em fezes de aves e morcegos. O fungo dimórfico térmico *Histoplasma capsulatum var. capsulatum* causa diferentes manifestações clínicas, dependendo do estado anatômico e imunológico do hospedeiro e do tamanho do inóculo fúngico. A exposição inicial é a inalatória sendo o acometimento pulmonar mais comum da doença. São relatados casos raros em pacientes imunocompetentes.

Caso: A. P, 60 anos, masculino, morador zona urbana de Unaí-MG, dono de bar, branco, hígido e sem imunossupressão, portador de enfisema pulmonar, procurou atendimento médico devido quadro de início há 2 anos de hiperpigmentação de pele, perda ponderal de 18 Kg associado à astenia e hiporexia com piora progressiva. Negou febre, tosse, linfonodomegalias. Durante a investigação apresentou anemia normocrômica e normocítica, em tomografia de abdome foi evidenciado glândulas adrenais com grandes lesões expansivas sólidas e realce heterogêneos bilateralmente medindo em seus maiores eixos à direita 7,6 × 5,0 cm e à esquerda 6,5 × 5,0 cm sugerido etiologia neoplásica. Foi encaminhado para endocrinologista devido à suspeita de insuficiência adrenal secundária a provável etiologia tumoral de adrenais onde recebeu diagnóstico de Doença de Addison. Foi realizada biópsia de adrenais que evidenciou pelas colorações de PAS e Grocott estruturas fúngicas sugestivas de *Histoplasma spp.* Paciente foi encaminhado para equipe da Infectologia do Hospital Universitário de Brasília onde iniciou acompanhamento e terapêutica. Foram realizadas tomografias de tórax sem achados de comprometimento fúngico. TC de crânio com lesão de provável acometimento por histoplasma porém sem confirmação etiológica. Realizou Anfoterina complexa lipídica por 14 dias e após modificado para itraconazol como manutenção com programação de 12 meses apresentando boa resposta clínica ainda em acompanhamento ambulatorial com vigilância das transaminases e da lesão cerebral.

Conclusão: Esse caso mostra que a histoplasmoses pode apresentar de variadas formas em pacientes imunocompetentes. Infecção fúngica invasiva, embora não tão frequente, deve ser incluída no diagnóstico diferencial de massas adrenais uni ou bilaterais, que apresentam sintomas inespecíficos, sinais clínicos, características laboratoriais e radiológicas que podem se assemelhar a tumores adrenais.

Palavras-chave: Histoplasmoses, Antifúngicos, Itraconazol, Infecção fúngica

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2023.103317>

RELATO DE CASO: APRESENTAÇÃO ATÍPICA DE PARACOCCIDIOIDOMICOSE EM PACIENTE IMUNOSSUPRIMIDO

Nubia Leilane Barth Schierling*,
Amanda Stingenhe Correia, Rodrigo Barth Reis,
Allan Henrique Cordeiro da Silva,
Leonardo Filipetto Ferrar

Hospital Nossa Senhora das Graças, Curitiba, PR, Brasil

Causada pelo fungo *Paracoccidioides brasiliensis* e *Paracoccidioides lutzii*, a paracoccidioidomicose é uma micose sistêmica que costuma ser mais comum entre trabalhadores rurais, visto que o fungo habita o solo de plantações. Ocorre inalação de conídios ou fragmentos de micélios, que evoluem para a forma leveduriforme dentro das células. O Brasil concentra 80% dos casos no mundo, tendo registrado 3.181 mortes pela doença entre 1980 e 1995. Paciente masculino, 69 anos, portador de miastenia gravis em uso de prednisona 60 mg/dia há 20 anos. Admitido por lesão cutânea em antebraço esquerdo, com 40 dias de evolução,

associada a dor, calor e rubor local, caracterizada por 3 úlceras de fundo purulento, bordos hiperemiados e necrose central. Ultrassonografia de partes moles apontou processo inflamatório local, indicativo de celulite. Optado por internamento, debridamento e, devido suspeita de infecção bacteriana, início de antibioticoterapia com daptomicina e piperacilina/tazobactam. Após 12 dias de tratamento não houve sinal de melhora clínica e o quadro passou a incluir tosse seca e dessaturação, com necessidade de oxigenioterapia. Tomografia de tórax demonstrou processo inflamatório pulmonar difuso com extensa consolidação de lobo superior esquerdo e áreas de necrose, sugestivo de pneumonia necrotizante. Pela suspeita de embolização bacteriana, optou-se por troca do esquema antimicrobiano para Meropenem e Linezolida. Paciente continuou progredindo de forma desfavorável, com necessidade progressiva de oxigênio suplementar. Nova tomografia torácica demonstrou aumento da lesão em lobo superior esquerdo, com micronódulos esparsos, e aparecimento de área de escavação em lobo superior direito. Broncoscopia permitiu a visualização de lesões ulceradas na árvore brônquica, de aspecto destrutivo, deixando a cartilagem exposta. No lavado broncoalveolar foi possível identificar microrganismo em formato de “roda de leme” na microscopia eletrônica, fechando o diagnóstico de paracoccidioidomicose. Suspensão de antibióticos e iniciado tratamento com Itraconazol. A forma crônica da doença representa 90% dos casos e está associada a reativação após meses ou anos da exposição inicial. Os marcadores de gravidade incluem perda ponderal acima de 10%, comprometimento pulmonar extenso e acometimento de adrenais, sistema nervoso central ou ossos. O tratamento é realizado preferencialmente com itraconazol (disponível pelo Ministério da Saúde) e pode durar de 12 a 24 meses, a depender da gravidade.

Palavras-chave: Paracoccidioidomicose, Imunossuprimido, “Roda de leme”

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2023.103318>

SÍNDROME OCULOGLANDULAR DE PARINAUD POR SPOROTHRIX SP. NO ESTADO DO PERNAMBUCO

Amanda Gabriela da Silva^{b,*},
Bruna Rodrigues de Sousa^b,
Henrique Arruda de Almeida^c,
Mariana Veríssimo de Souza^a,
Carla Victoria Rodrigues de Moura^c,
Maria Elenilda Paulino da Silva^a,
Wendell Wons Neves^c, Caroline Louise Diniz Pereira^b,
Thaysa Carolina Gonçalves Silva^b,
Arthur Felipe Cavalcanti de Matos^c,
Reginaldo Gonçalves de Lima Neto^b,
Cláudia Elise Ferraz Silva^c, Camylla Carvalho de Melo^b

^a Programa de Pós-Graduação em Biologia de Fungos, Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Recife, PE, Brasil;

^b Programa de Pós-Graduação em Medicina Tropical, Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Recife, PE, Brasil;

^c Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Recife, PE, Brasil