

**Caso:** A. P, 60 anos, masculino, morador zona urbana de Unai-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 lipídico 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 histoplasmoze 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:** Histoplasmoze, 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 Stingham 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 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. Suspenso 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<sup>b,\*</sup>,  
Bruna Rodrigues de Sousa<sup>b</sup>,  
Henrique Arruda de Almeida<sup>c</sup>,  
Mariana Veríssimo de Souza<sup>a</sup>,  
Carla Victoria Rodrigues de Moura<sup>c</sup>,  
Maria Elenilda Paulino da Silva<sup>a</sup>,  
Wendell Wons Neves<sup>c</sup>, Caroline Louise Diniz Pereira<sup>b</sup>,  
Thaysa Carolina Gonçalves Silva<sup>b</sup>,  
Arthur Felipe Cavalcanti de Matos<sup>c</sup>,  
Reginaldo Gonçalves de Lima Neto<sup>b</sup>,  
Cláudia Elise Ferraz Silva<sup>c</sup>, Camylla Carvalho de Melo<sup>b</sup>

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

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

<sup>c</sup> Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Recife, PE, Brasil