

Introdução: A esporotricose é uma micose subcutânea causada por um fungo dimórfico do gênero *Sporothrix* com distribuição mundial. Tradicionalmente, a infecção ocorre após a inoculação traumática de propágulos fúngicos na pele, os quais podem estar presentes na matéria orgânica, ou por meio de arranhões, mordidas, contato direto com secreções de lesões ou espirros de felinos doentes (zoonose). A esporotricose causa principalmente lesões cutâneas na forma linfocutânea, seguidas de lesões cutâneas fixas. Porém, podem ocorrer formas extracutâneas, devido à disseminação do fungo nas vísceras, ossos e sistema linfático. A esporotricose sistêmica em indivíduos imunocomprometidos está aumentando no Brasil, especialmente em pessoas que vivem com HIV.

Objetivo: Portanto, nosso objetivo foi estudar as características clínicas e microbiológicas da esporotricose em pacientes HIV positivos.

Método: Este estudo transversal retrospectivo incluiu 15 pacientes com esporotricose (consulta médica ou internação) atendidos no Hospital Eduardo de Menezes, em Minas Gerais, Brasil, de 2014 a 2023. Todos os pacientes com culturas positivas para *Sporothrix* foram incluídos na análise. Aprovação ética:(CAAE 00883118.0.0000.5149) e (CAAE 00883118.0.3001.5124). O consentimento informado foi obtido de todos os participantes individuais incluídos no estudo.

Resultados: Como resultado, verificamos que a maioria dos pacientes era do sexo masculino, representando 86,7% (13/15) dos casos. A faixa etária foi de 23 a 63 anos, com média de idade de 44 anos. A apresentação clínica mais frequente foi a esporotricose sistêmica com 86,7%. Todos os pacientes apresentaram lesões cutâneas e 68% lesões mucosas (oral e/ou nasal) associadas. Quanto ao envolvimento extracutâneo, 53,3% apresentaram envolvimento neurológico e osteoarticular, cada, 26,7% ocular e 33,3% pulmonar. Curiosamente, cerca de 53,3% tiveram o envolvimento de múltiplos órgãos. Em (13/15) pacientes, a contagem de células T CD4+ variou de 2 a 212 células/mm³ (média 89 células/mm³) e a carga viral do HIV detectada no diagnóstico de esporotricose variou de indetectável a 150.516 cópias/mL (média 25.500 cópias/mL). Quanto ao desfecho, 71,4% (10/14) dos pacientes foram a óbito. Dos isolados recuperados, (1/10) foi *S. schenckii* e (9/10) *S. brasiliensis*.

Conclusão: A esporotricose causada por *S. brasiliensis* é uma doença prevalente no Brasil e indivíduos que vivem com HIV podem apresentar manifestações graves com risco de morte.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2024.104347>

ÁREA: RESISTÊNCIA MICROBIANA NA PRÁTICA CLÍNICA

EP-451 - ATIVIDADE "IN VITRO" DE DELAFLOXACINO FRENTE AOS ISOLADOS DE STAPHYLOCOCCUS AUREUS EM UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA EM INFECTOLOGIA DE SÃO PAULO.

Raquel Keiko De Luca Ito,
Caroline Thomaz Panico,
Regia Damous Fontinele Feijo, Yu Ching Lian,

Aline Santos Ibanes, Sayonara Scota,
Aline Aparecida Carneiro de Souza,
Ana Lúcia Innaco de Carvalho,
Simone Aparecida de Souza,
Nilton José Fernandes Cavalcante

Instituto de Infectologia Emílio Ribas, São Paulo, SP,
Brasil

Introdução: Delafloxacino é uma fluoroquinolona aprovada no Brasil para o tratamento de infecções de pele e partes moles (IPPM) e pneumonia adquirida na comunidade. Entretanto, existem poucos estudos sobre a atividade "in vitro" desta droga no país.

Objetivo: Avaliar o perfil de sensibilidade ao delafloxacino de isolados de *S. aureus* dos pacientes de um hospital de referência em infectologia da cidade de São Paulo.

Método: As cepas de *S. aureus* foram identificadas através de método automatizado (BD Phoenix) e o perfil de sensibilidade aos antimicrobianos foi determinado conforme rotina do laboratório de microbiologia. O teste de fita de gradiente de concentração na faixa de 0,002-32 mg/L foi validado pelo laboratório em abril de 2023 para a determinação da concentração inibitória mínima (MIC) de delafloxacino. A interpretação dos testes de sensibilidade foi realizada de acordo com o EUCAST/BrCAST.

Resultados: Foram avaliados 17 isolados de *S. aureus* de 13 pacientes (6 IPPM, 3 pneumonias, 1 osteomielite, 1 infecção de corrente sanguínea, 1 endocardite com infecção pulmonar e 1 espondilodiscite com empiema). Todas as 6 amostras de partes moles apresentaram sensibilidade ao delafloxacino e à clindamicina. Destas, 5 eram resistentes à oxacilina e 2 eram resistentes ao ciprofloxacino/levofloxacino. Dois isolados dos 3 pacientes com pneumonia eram sensíveis ao delafloxacino, levofloxacino e ciprofloxacino (2 casos eram resistentes à oxacilina). Não foram identificadas cepas resistentes à daptomicina, linezolid, sulfametoxazol-trimetoprim e vancomicina. Em relação aos isolados de pacientes com infecções de corrente sanguínea e osteoarticulares, a maior MIC encontrada foi de 0,047 mg/L (0,003-0,047 mg/L). Como o delafloxacino não foi licenciado para o tratamento de infecções nestas topografias, não foram definidos pontos de corte clínicos para avaliar a sensibilidade das cepas de *S. aureus*, mas considerando os pontos de corte epidemiológicos, apenas um caso apresentou MIC \leq 0,016 mg/L, que indicaria a presença de mecanismos de resistência a esta droga.

Conclusão: O delafloxacino pode ser considerado uma alternativa à vancomicina, linezolid e daptomicina para o tratamento de IPPM e pneumonia por *S. aureus* resistentes à oxacilina. Embora não existam pontos de corte clínicos disponíveis para infecções em outros sítios, a avaliação da atividade "in vitro" mostra que a emergência de resistência a este antimicrobiano entre as cepas de *S. aureus* ainda é rara.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2024.104348>