

15 amostras). Isolamentos não detectados pelo painel BIOFIRE® JI (2/15 amostras) foram positivos para MTBC por PCR Genexpert® (microrganismo não incluído). O principal germe etiológico foi *Kingella kingae* (Kk) (n = 5), seguido por *Staphylococcus aureus* (n = 3), *Streptococcus pyogenes* (n = 3), *Escherichia coli* (n = 1) e *Clostridium perfringens* (n = 1). A partir do resultado do painel BIOFIRE® JI, o tratamento antimicrobiano foi ajustado precocemente em 25 pacientes (75,7%), diminuindo ou ajustando de acordo com o isolamento em resultados positivos (n = 12) e suspendendo antibioticoterapia (n = 9) ou não iniciando o tratamento antibiótico em resultados negativos (n = 4).

**Conclusões:** O painel BIOFIRE® JI já foi de grande utilidade para a detectar os microrganismos em LS em relação ao cultivo, permitindo documentar Kk como o primeiro germe causal de AS em pediatria. A terapia antimicrobiana foi adequada em mais de 70% dos pacientes estudados, mesmo diante de resultados negativos.

**Palavras-chave:** Artrite Séptica, Crianças, *Kingella kingae*.

**Conflitos de interesse:** Sem conflitos.

**Ética e financiamentos:** Não houve.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2024.104430>

## INFECÇÕES FÚNGICAS

### INFECÇÕES FÚNGICAS INVASIVAS EM PACIENTES ONCOLÓGICOS EM UM HOSPITAL PEDIÁTRICO DE TERCEIRO NÍVEL

Maria Ines Sormani, Valeria Torre, Mara Maydana, Alejandra Alancay, Yanina Lagala, Anastasia Regaldao, Marcio Fagnani, Juan Carlos Morales

Hospital Interzonal de Agudos Especializado en Pediatría Sor Maria Ludovica, Buenos Aires, Argentina

**Introdução:** O aumento das infecções fúngicas invasivas (IFI) está associado ao aumento da morbimortalidade em hospedeiros imunocomprometidos. OBJETIVOS Descrever as características epidemiológicas, clínicas e microbiológicas das IFI em pacientes pediátricos com câncer.

**Materiais e métodos:** Estudo descritivo retrospectivo. Pacientes com idade inferior a 18 anos com leucemias agudas, linfomas e tumores sólidos com diagnóstico de IFI comprovada (de acordo com os critérios EORTC-MSG 2019) foram incluídos no período de janeiro de 2020 a novembro de 2023 em um hospital pediátrico de nível 3.

**Resultados:** Dos 304 pacientes 13 apresentaram 14 episódios de IFI comprovada. A idade média foi de 120 meses. Predominou o sexo masculino (69,2%). Os fatores associados foram neutropenia (69, 2%), corticosteroides nos últimos 3 meses (61, 5%) e antibióticos prévios (92, 3%). A doença subjacente mais frequente foi Leucemia Linfoblástica Aguda (LLA) em 11 casos (78,5%), 3 em recidiva, seguida de tumores sólidos (21,4%). Os pacientes com indicação de profilaxia primária

contra fungos filamentosos foram 3/14 (21,4%). Todos receberam voriconazol com monitorização terapêutica da dose. Os fungos identificados foram: 1 *Rhizopus* spp. (biopsia ocular- rinossinusal), 1 *Penicillium* spp. (biopsia pulmonar), 1 *Exserohilum rostratum* (biopsia cutânea BC), 1 *Trichophyton asahii* (hemoculturas HMC), 1 *Purpuracillum lilacinus* (BC), 1 *Aspergillus fumigatus* (lavagem broncoalveolar, LBA), 4 *Candida parapsilosis*, 1 *Candida tropicalis* (HMC), 1 *Malassezia* (LBA). Os pacientes com infecções por fungos filamentosos foram seis, todos tiveram tomografia de tórax patológica. Galactomananos (GM) foram positivos em 66% (4/6). Em 2 deles foi realizado LBA com GM positivo. Infecções por *Candida* foram associadas a cateteres venosos centrais. Infecção por *Malassezia* em comprometimento pulmonar. Um paciente apresentou coinfeção por *Aspergillus fumigatus* e *Candida Tropicalis*. O tratamento antifúngico empírico foi anfotericina lipossomal em 77% dos doentes. Dois pacientes faleceram após 30 dias de seguimento.

**Conclusões:** *Candida* representou o isolamento mais frequente. As infecções por *Aspergillus* e *Rhizopus* foram associadas a maior morbimortalidade. A profilaxia antifúngica primária deve ser definida de acordo com as características do paciente e a incidência de IFI. O diagnóstico e o tratamento oportuno são primordiais para a sobrevida dos pacientes imunocomprometidos com IFI sendo fundamental a coleta de amostras.

**Palavras-chave:** Infecções fúngicas invasivas, Imunocomprometidos, Pediatria, Micose, Câncer.

**Conflitos de interesse:** Não houve conflitos de interesse.

**Ética e financiamentos:** Declarações de interesse: Nenhum.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2024.104431>

### LOBOMICOSE: A IMPORTÂNCIA DA EPIDEMIOLOGIA PARA O DIAGNÓSTICO

Leonardo Lora Barraza<sup>a</sup>, Tamiris Rosa Romer<sup>a</sup>, Isabela Benites Malgarin<sup>a</sup>, Nicole Levy Bergman<sup>a</sup>, Maria Eduarda Gibbon Oliveira<sup>a</sup>, Manuella Carvalho Macedo<sup>a</sup>, Carolina Farias Nobre<sup>a</sup>, Marcos Davi Gomes de Sousa<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Instituto de Dermatologia Prof. Rubem David Azulay, Rio de Janeiro, RJ, Brasil

<sup>b</sup> Hospital Universitário Gaffree e Guinle (EBSERH), Rio de Janeiro, RJ, Brasil

**Introdução:** A doença de Jorge Lobo é endêmica em regiões da bacia amazônica, causada pelo fungo *Lacazia loboi*. Representa um desafio diagnóstico e terapêutico devido ao pouco entendimento que se tem sobre essa micose subcutânea, à falta de um programa de controle dessa doença e à impossibilidade de cultura do seu agente etiológico. O conhecimento da epidemiologia da doença é fundamental para o diagnóstico.

**Relato do caso:** Masculino, 74 anos, proveniente da zona rural de Cruzeiro do Sul (Acre), com histórico de hipertensão

arterial sistêmica e antecedente de hanseníase dimorfa tratada entre 2006 e 2007. Fazia uso contínuo das medicações: anlodipino, losartana e atenolol. Procurou serviço localizado na região sudeste, queixando-se de surgimento de lesão cutânea em perna esquerda havia 10 anos, com crescimento progressivo. Ao exame físico observamos placa policíclica com bordas eritematosas de aspecto nodular, assemelhando-se a queloides. Pesquisa de *M. leprae* foi negativa (baciloscopia zero). A biópsia da lesão evidenciou achados compatíveis com doença de Jorge Lobo. Iniciou-se itraconazol 200 mg ao dia e o paciente foi encaminhado para realização de cirurgia dermatológica para exérese da lesão. Segue em acompanhamento ambulatorial.

**Comentários:** O diagnóstico diferencial da lobomicose é amplo, incluindo hanseníase, leishmaniose tegumentar, paracoccidioidomicose, cromoblastomicose, feohifomicose, esporotricose, tuberculose cutânea, micetomas, sarcoma de Kaposi, sarcoidose, melanoma, cancer de pele não-melanoma, dermatofibrossarcoma, metástases cutâneas, entre outros. Deste modo, a procedência do paciente é fundamental para incluir esta entidade no rol de possíveis diagnósticos. Pelo fato de o agente etiológico da lobomicose não ser cultivável, o diagnóstico padrão ouro é a biópsia cutânea. O tratamento principal é a excisão cirúrgica ampla e profunda, visando evitar recidivas. Devido à fibrose que se desenvolve em casos de longa duração da doença, a ação tecidual de antifúngicos pode ser prejudicada, diminuindo sua eficácia, motivo pelo qual se recomenda o seu uso concomitante durante 12 a 24 meses acompanhado da abordagem cirúrgica.

**Palavras-chave:** Doença de Jorge Lobo, Micose Subcutânea, Diagnóstico Diferencial, Epidemiologia, Amazônia.

**Conflitos de interesse:** Não houve conflitos de interesse no presente trabalho.

**Ética e financiamentos:** Não houve conflitos de interesse no presente trabalho.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2024.104432>

## MUDANÇA NA EPIDEMIOLOGIA DE CANDIDEMIA: DADOS DE UM HOSPITAL DE ALTA COMPLEXIDADE

Simone Aranha Nouér<sup>a</sup>,  
Kaio Nathan Alvarenga<sup>a</sup>, Luiza Leite Carvão<sup>a</sup>,  
Anna Carla Castiñeiras<sup>b,c</sup>,  
Luiz Felipe A. Guimarães<sup>b</sup>,  
Henrique Leandro Reis Rocha<sup>d</sup>,  
Maria da Glória Carvalho Barreiros<sup>d</sup>

<sup>a</sup> Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ, Brasil

<sup>b</sup> Coordenação de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF), Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ, Brasil

<sup>c</sup> Núcleo de Enfrentamento e Estudos de Doenças Infecciosas Emergentes e Reemergentes (NEEDIER), Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ, Brasil

<sup>d</sup> Laboratório de Micologia, Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF), Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ, Brasil

**Introdução e objetivo:** infecções fúngicas invasivas continuam sendo um desafio para pacientes hospitalizados, com alta mortalidade. Na pandemia de COVID-19, observou-se um aumento das infecções causadas por leveduras. O objetivo deste trabalho foi avaliar a epidemiologia das candidemias após a diminuição da pandemia.

**Material e métodos:** De 2017-2019 (período pré-pandemia), 2020-2022 (durante) e 2023-2024 (após), todas as hemoculturas positivas no sistema BactAlert® ao exame direto para leveduras foram encaminhadas ao Laboratório de Micologia para serem identificadas pelos métodos tradicionais (auxanograma e zimograma) e automatizado (Vitek2®). Uso do meio de Chromoagar®, Chromoagar plus® ou Mauditof® foram utilizados para determinação da espécie de *Candida*. Apenas os pacientes assistidos no hospital foram acompanhados; somente a primeira hemocultura de cada paciente foi considerada; dados clínicos e epidemiológicos foram avaliados. A incidência anual de candidemia foi calculada considerando o número de admissões hospitalares. As diferenças entre as incidências foram calculadas pelo método de Poisson; valor de  $p < 0,05$  foram considerados significativos.

**Resultados:** 166 episódios foram acompanhados desde 2017. A incidência de candidemia variou de 1,2 episódios por 1000 admissões (pré-pandemia), 4,3 (durante a pandemia) a 2,7 (após). As espécies mais frequentes continuam sendo *C. albicans* ( $n=57$ ), *C. parapsilosis* ( $n=47$ ), *C. tropicalis* ( $n=41$ ) e *C. glabrata* ( $n=16$ ). Duas cepas de *C. haemulonii* e uma *C. pelliculosa* foram confirmadas. Nenhuma cepa foi identificada como *C. auris*. A incidência de candidemia aumentou desde o início da pandemia (de 1,2 para 2,8;  $p=0,0001$ ) e considerando apenas os pacientes que não tiveram COVID-19, manteve-se alta (2,5;  $p=0,6$ ). A incidência de *C. albicans* e *C. tropicalis* voltou ao nível da pré-pandemia (0,9 e 0,3; respectivamente). Entretanto, a incidência de *C. parapsilosis* aumentou de 0,3 (pré-pandemia) para 1,2 (pós-pandemia;  $p=0,0015$ ). Os pacientes com infecção por *C. parapsilosis* não tiveram relação temporal ou espacial. Após o início da pandemia, observamos que a maioria destes pacientes foram procedentes de clínicas de hemodiálise.

**Conclusões:** Após a diminuição da pandemia, a incidência de candidemia se manteve alta nos pacientes hospitalizados. *Candida parapsilosis* emergiu como patógeno mais prevalente.

**Palavras-chave:** Candidemia, Epidemiologia, COVID-19.

**Conflitos de interesse:** Nenhum autor tem conflitos de interesse.

**Ética e financiamentos:** Sem financiamento específico. Projeto aprovado pelo CEP HUCFF

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2024.104433>