

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, câncer 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>