

## INFECÇÕES OPORTUNISTAS NÃO AIDS

262

### Acometimento cutâneo por *Criptococcus* em paciente imunocompetente

Mariana Corrêa Coelho, Fernanda Guioti, Ana Carolina Ribeiro Junqueira, Rivian Christina Lopes Faiolla, Roberto Martinez  
Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto

**Justificativa e Objetivos:** Na maioria dos casos de criptococose os pacientes apresentam algum tipo de defeito na imunidade celular, sendo a síndrome da imunodeficiência adquirida o fator predisponente mais frequente. Apresenta-se neste relato um caso incomum de infecção por *Criptococcus* spp. em paciente imunocompetente. **Método:** Homem branco, 50 anos, atendido com queixa de aparecimento de lesão em membro superior esquerdo há cerca de 3 meses, inicialmente como equimose e progredindo para bolha com aumento progressivo de suas dimensões. Evoluiu para lesão úlcero-vegetante, crostosa, com bordas infiltradas. Negava trauma, dor ou prurido local. Paciente tabagista e histórico de AVC isquêmico. Biópsia da lesão demonstrou processo inflamatório linfo-histiocitário, granulomatoso e supurativo, coloração de GMS e coloração Mucicarmin compatíveis com *Criptococcus* spp. Radiografia de tórax e punção líquórica afastaram criptococose pulmonar e neurocriptococose. Não foram encontradas imunodeficiências no paciente. Recebeu fluconazol 200 mg/dia, tendo cultura de biópsia negativa no quarto mês e regressão clínica da lesão. **Resultados e Conclusões:** As lesões cutâneas ocorrem em 10% a 15% dos casos de criptococose sistêmica. De modo mais raro, pode haver inoculação primária na pele, determinando a criptococose cutânea primária. Raramente a doença limita-se ao tegumento, sendo obrigatória a investigação clínica

e laboratorial sistêmica. No caso relatado não havia uma exposição ambiental significativa que propiciasse aquisição inalatória de esporos ou leveduras de *Criptococcus*, assim como não havia uma causa de imunossupressão para justificar o aparecimento da criptococose cutânea. Trata-se, portanto, de um caso incomum, aventando-se a possibilidade de inoculação cutânea da levedura por microtrauma não percebido pelo paciente.

263

### Acometimento rinusinal por *Aspergillus* em usuário de corticoide nasal

Mariana Corrêa Coelho, Fernanda Guioti, Rivian Christina Lopes Faiolla, Ana Carolina Ribeiro Junqueira, Diego Agra de Souza, Roberto Martinez  
Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto

Sinusite é afecção relativamente comum, afetando aproximadamente 20% da população. A sinusite fúngica deve ser considerada em todos os pacientes com rinosinusite que falham aos vários cursos de antibioticoterapia. Dez a vinte por cento dos pacientes com rinosinusite crônica têm o fungo como o principal agente causador. Incomum é a invasão tecidual e frequentemente está associada a imunossupressão principalmente devido a terapêuticas direcionadas para neoplasias malignas hematológicas, transplante de medula óssea ou de órgãos sólidos. Descreve-se a seguir um caso de sinusite invasiva por *Aspergillus* em paciente usuária de corticoterapia tópica de longa data. JGH, 57anos, encaminhada com história de corticoterapia nasal tópica diária, há 20 anos, em decorrência de obstrução nasal crônica tendo apresentado pansinusopatia há 6 anos, referindo cefaleia frontal, obstrução nasal, sensação de gotejamento pós nasal e tosse noturna em episódios mensais tratados com antibioticoterapia sem sucesso. Submetida a rinoplastia para correção de desvio de septo e no intraoperatório verificada perfuração septal. Foi realizada biópsia de mucosa septal com achados compatíveis com rinite fúngica invasiva e ulcerada com hifas morfológicamente sugestivas de *Aspergillus*. Instituída terapia com itraconazol 400 mg/dia, após oito meses de tratamento realizada nova biópsia de septo nasal que foi compatível com rinosinusite crônica com coloração GMS negativa. A paciente foi investigada para outras causas de imunossupressão com Elisa anti-HIV que resultou negativo, dosagem de imunoglobulinas, glicemia de jejum, teste de capacidade macrofágica por meio do Nitro Blue Tetrazolium que foram concluídos como dentro dos parâmetros da normalidade. Após investigação de causa de imunossupressão inferiu-se que o uso de corticoide nasal prolongado tenha ocasionado a doença fúngica apesar dos poucos dados na literatura associando uso tópico dessa medicação com a infecção pelo *Aspergillus*. Rinosinusite fúngica crônica é uma doença multifatorial associada geralmente a condições imunossupressoras, anormalidades anatômicas e funcionais. Acomete entre 1 a 4% da população em geral sendo que a maioria apresenta quadro clínico indistinguível daquele ocasionado pela sinusite bacteriana exceto pela ausência de resposta terapêutica aos antimicrobianos. Mostrou-se por meio desse relato uma associação atípica, pouco descrita na literatura mundial entre sinusite fúngica e uso de corticoide tópico.

## Acometimento rinossinusal por *Nocardia* sp. em portador de diabetes mellitus

Mariana Corrêa Coelho, Ferrnanda Guioti, Rivian Christina Lopes Faiolla, Heloysa Liberatori Gimaiel, Roberto Martinez  
Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto

**Justificativa e Objetivos:** Nocardiose é uma infecção localizada, ou disseminada, mais frequente em pacientes com imunodeficiência celular, causada por espécies da família *Nocardiaceae*, das quais a de maior importância é a *Nocardia asteroides*. *Nocardia* sp. está presente no solo e a maioria das infecções é adquirida pela inalação do organismo do solo contaminado. Apresenta-se um caso de nocardiose cujo fator predisponente e localização são pouco comuns. **Relato de Caso:** SMC, masculino, 46 anos, portador de hiperuricemia, foi atendido no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto devido a obstrução nasal crônica associada a respiração bucal e sensação de descarga pós-nasal. Negava cefaleia, tosse, febre, dor em seios faciais. Foi submetido a adenoidectomia e septoplastia endoscópica, sendo feita biópsia de mucosa nasal. Na cultura microbiológica do tecido coletado houve isolamento de *Nocardia* sp. Foram realizados sorologia para HIV, glicemia, dosagem de imunoglobulinas e teste de NBT em busca de defeito de imunidade celular. Foi evidenciado diabetes mellitus até então desconhecido pelo paciente. **Resultados e Conclusões:** *Nocardia* sp. tem a habilidade de causar infecção localizada ou sistêmica em humanos, com tendência a disseminar-se para o sistema nervoso central. Nocardiose é tipicamente uma infecção oportunista relacionada a defeitos da imunidade celular, porém no caso relatado o diabetes parece ter sido o fator predisponente. O acometimento sinusal por *Nocardia*, mesmo que o paciente em questão tenha diabetes mellitus, representa um sítio atípico de acometimento. Um microrganismo pouco associado a infecção localizada em seios da face e um paciente com uma comorbidade que provoca baixo grau de suspeita clínica de acometimento por *Nocardia* justificam o interesse no caso relatado.

## Antigenemia e PCR em tempo real para a detecção de citomegalovírus humano em pacientes submetidos a transplante de célula-tronco hematopoiética

Sonia Raboni, Bernardo M.M. de Almeida, Giovanni Breda, Carmen Bonfim, Meri Nogueira, Luíne Vidal  
Universidade Federal do Paraná

**Introdução e Objetivos:** Citomegalovírus humano (HCMV) é uma das principais causas de morbidade e mortalidade em pacientes submetidos a transplante de células-tronco hematopoiéticas (TCTH). A infecção por HCMV pode manifestar-se com doença (pulmonar, gastrointestinal ou hepática) ou efeitos indiretos, que incluem doença do enxerto contra o hospedeiro (DECH) ou infecções oportunistas. A presença de infecção ativa por HCMV está relacionada com um maior risco mortalidade, sendo, portanto fundamental o seu diagnóstico precoce. Os métodos de antigenemia (AG) e PCR em tempo real (qPCT) têm se destacado como fundamentais para o diagnóstico da infecção viral, possibilitando o início da terapia preemptiva. O objetivo deste estudo foi correlacionar os resultados quali e quantitativos do qPCR e da AG para detecção do HCMV com os dados clínicos de pacientes submetidos à TCTH.

**Material e Métodos:** Estudo prospectivo e longitudinal. Foram analisados consecutivamente pacientes submetidos à TCTH, com coletas semanais de amostras de sangue total a partir do dia +15 até o dia +100 pós-transplante. Nestes foram realizadas a detecção e quantificação do antígeno pp65 (AG) e do DNA do HCMV (qPCR). Dados demográficos, clínicos e laboratoriais foram pesquisados nos respectivos prontuários. **Resultados:** Vinte e um pacientes foram incluídos no estudo, 14 mulheres/7 homens, de idade mediana de 10 anos (VIQ 4,5 – 36 anos), AAS e A. Fanconi eram as doenças de base em 47% dos casos, 57% receberam transplante aparentado e a maioria (71%) recebeu medula óssea como fonte de células, 90% dos pacientes apresentavam sorologia positiva para CMV previamente ao transplante. Duzentos e treze exames AG e qPCR foram realizados simultaneamente, 76% (16/21) dos pacientes apresentaram qPCR positivo e 43% (9/21) antigenemia reagente, a maioria dos exames foi positiva entre os dias +37 e +63, 3 pacientes receberam ganciclovir. Evoluíram para o óbito 14% (3/21) dos pacientes em um período médio de 53 ( $\pm 7$ ) dias pós-transplante, os 3 apresentavam PCR positivo por CMV, com carga viral mediana de 3.897 cópias/mL e antigenemia reagente (mediana 2 céls/200.000; mín e máx: 1 - 20). **Conclusões:** A pesquisa do antígeno pp65 é um exame eficaz no diagnóstico de replicação do HCMV e é usada atualmente no monitoramento dos pacientes submetidos ao TCTH. O PCR em tempo real é um exame mais prático e reprodutível, podendo ser mais uma opção no monitoramento de reativação viral. Estudos mostram equivalência dos dois métodos, porém eventualmente com resultados discordantes. É necessária validação interna em relação aos valores de corte a serem utilizados para tratamento preemptivo. Suporte: Biometrix Diagnóstica.

## Colonização intracavitária pulmonar por *Aspergillus*: análise de 190 casos

Daniel Athayde Junger de Oliveira, Beltrão Paiva Castello Branco, Fernando Antônio de Carvalho, Vamberto Augusto da Costa Filho  
Complexo Hospitalar de Doenças Infecto-contagiosas Dr. Clementino Fraga

**Justificativa e Objetivos:** A colonização intracavitária pulmonar aspergilar (CIPA) caracteriza-se pela presença de massa miceliana endocavitária na qual o agente mais frequente é o *Aspergillus fumigatus* e a cavidade geralmente é seqüela de tuberculose curada com história de hemoptise de repetição e baciloscopia negativa. **Método:** Foram analisados retrospectivamente 190 casos de CIPA entre abril de 1978 e março de 2008 no Serviço de Arquivo Médico do Hospital Universitário Lauro Wanderley e do Hospital Clementino Fraga, enfatizando incidência, apresentação clínica, enfermidades associadas, métodos diagnósticos e terapia. Cerca de 90% de CIPA são causados por *Aspergillus fumigatus*, seguidos pelo *A. niger* e *A. flavus*. A apresentação clínica é hemoptise de repetição. O diagnóstico é suspeitado ao raio-x do tórax pela presença de massa e halo aéreo intracavitários. Muitas vezes faz-se necessária a tomografia computadorizada, na qual se observa imagem em “laço” ou “guizo”. O principal teste diagnóstico é a imunodifusão dupla. Sorologias positivas praticamente confirmam o diagnóstico. Podem ainda ser visualizados os elementos de cada agente pelo exame da massa intracavitária após cultivo. O tratamento é eminentemente cirúrgico, com remoção da lesão cavitária e seu conteúdo. Para aqueles pacientes sem condições cirúrgicas existe a alternativa da cavernostomia, com relativo sucesso. Mais recentemente tem-se observado bons resultados com itraconazol 400 mg/dia. **Resultados:** Entre 1978 e 2008 foram registrados 190

casos de CIPA nos serviços acima mencionados, dos quais 102 pertencem ao sexo masculino e 88 ao feminino. A idade variou entre 33 e 59 anos. A principal manifestação clínica foi hemoptise, observada em 150 pacientes, tosse com expectoração purulenta associada a hemoptise em 40 pacientes. Tuberculose pulmonar prévia foi a doença de base mais prevalente (160 pacientes), seguida de penumatocele (16), AIDS (09) e bronquiectasia cística (5). Todos os pacientes apresentavam baciloscopia negativa. A maioria foi submetida a cirurgia: 152 lobectomias, 12 cavernostomias e 5 segmentectomias. A topografia predominante foi o lobo superior direito. **Conclusões:** A maioria dos pacientes do estudo apresentava sequela de tuberculose, sem baciloscopia positiva. Hemoptises foram prevalentes. O diagnóstico foi baseado em TC, epidemiologia e exames laboratoriais. A terapia cirúrgica tem bom prognóstico e baixa mortalidade nos casos de evolução crônica.

267

### Comparação da cinética de infecção *in vivo* entre isolados de infecções sistêmicas de *Candida dubliniensis* e *Candida albicans*

Raphael Marcello, Daniel Freitas Alves Pereira, Jussimara Akemi Ishikawa, Guilherme Rodrigues Teodoro, Sonia Khouri, Fernanda Lourenção Brighenti, Cristiane Yumi Koga Ito  
Faculdade de Odontologia de São José dos Campos - UNESP

**Justificativa e Objetivos:** Apesar da similaridade fenotípica entre *C. albicans* e *C. dubliniensis*, evidências clínicas apontam para um padrão de virulência diferenciado entre elas. Assim, objetivando contribuir para o estudo da patogenicidade de *C. dubliniensis*, este trabalho comparou a cinética da infecção de isolados desta espécie provenientes de infecções sistêmicas com *C. albicans*. **Método:** O presente trabalho foi aprovado pelo CEPa Local (015/2010-PA/CEP). Duzentos e quarenta camundongos machos (*Mus musculus*), com peso aproximado de 30 g e 35 dias de idade foram divididos aleatoriamente em grupos de 30 animais e inoculados experimentalmente com suspensões padronizadas (2,0 x 10<sup>6</sup> céls.) da cepa padrão (*C. albicans* ATCC 18804; *C. dubliniensis* NCPF 3108) ou cepas clínicas isoladas de infecções sistêmicas (n = 5) das espécies a serem avaliadas. Após 6 horas, 7, 14 e 21 dias, grupos de seis animais foram sacrificados. Foram removidos fígado, baço, rins, pulmões e cérebro e cada órgão foi macerado em 1,5 mL de solução fisiológica. Aliquotas de 0,1 mL das suspensões resultantes foram plaqueadas em ágar Sabouraud dextrose cloranfenicol e contagens das unidades formadoras de colônia por grama do órgão (log UFC/g órgão) foram obtidas. Os resultados foram tabulados de acordo com o órgão em avaliação. **Resultados:** Somente *C. albicans* foi isolada do baço após 6 horas da inoculação (53,1 UFC/g órgão). Ao final do período experimental (21 dias) observou-se total clearance das células de *C. albicans* do baço de 66% dos animais. A mediana de log UFC/g órgão de *C. dubliniensis* foi nula em todos os períodos de avaliação. O mesmo padrão de cinética foi observado para o fígado, onde *C. albicans* foi isolada somente após 6 horas de inoculação (42,7 UFC). Nos demais períodos experimentais, os valores de mediana foram nulos. Para *C. dubliniensis*, 66% dos animais apresentaram contagens nulas para este órgão nos períodos experimentais de 7, 14 e 21 dias, apresentando mediana de UFC/g órgão igual a zero. *C. albicans* foi isolada em contagens elevadas a partir do rim após 6 horas da inoculação (670,21), porém observou-se redução significativa após 7 dias (13,39), seguindo-se clearance total das células fúngicas em 67% dos animais após 21 dias. As medianas de UFC/g órgão de *C. dubliniensis* foram nulas para os experimentos com rim e

cérebro. Comportamento de cinética particular foi observado para *C. albicans* no pulmão, onde altas contagens (342,5) foram observadas já a partir das 6 horas da inoculação, seguindo-se por isolamento positivo até 21 dias (7 dias = 81,9 UFC; 14 dias = 37,5 UFC). Para *C. dubliniensis* houve mediana de 67,5 UFC somente aos 14 dias da inoculação, permanecendo valores nulos nos demais períodos de avaliação. **Conclusão:** Os resultados sugerem que *C. dubliniensis* apresentou menor patogenicidade *in vivo* em relação a *C. albicans*, com contagens menores em todos os órgãos, em particular rim e pulmão.

268

### Criptocose pulmonar em paciente imunocompetente: relato de caso

Bruno Fernando de Oliveira Buzo, Thaisa Gvozdenovic Medina Bricio, Midian Beraldi, Marlirani Rocha, Maria Patelli, Maria Fernanda Scudeler, Sílvia Penteado  
Pontifícia Universidade Católica de Campinas

**Justificativa e Objetivos:** A infecção criptocócica tem distribuição mundial sem uma área endêmica definida. Seu agente etiológico é o fungo *Cryptococcus neoformans*. Seu nicho ecológico é pouco definido, mas tem sido associado com excretas de pombos e outros pássaros. A criptocose normalmente ocorre quando o fungo é aerolizado e inalado, e apresenta desde colonização pulmonar assintomática até comprometimento de meninges e doença disseminada. O complexo primário pulmonar-linfonodo, à semelhança da tuberculose, pode ser assintomático e com potencial risco de disseminação em presença de imunodepressão. A apresentação radiológica mais comum da criptocose consiste em nódulos únicos ou múltiplos, usualmente subpleurais, variando entre 0,5 a 3 cm de diâmetro. **Método:** Paciente masculino, 41 anos, tabagista, procedente de Campinas - SP, inicia com queixa de dor em hemitórax direito ventilatório-dependente, acompanhado de febre há cerca de 20 dias e perda de 5 kg neste período. Já estava em uso irregular de amoxicilina-clavulanato por 4 dias, sem melhora. Negava tosse ou sudorese noturna. Ao exame apresentava-se taquipneico, com murmúrio vesicular diminuído à direita, com estertores crepitantes em campo médio e base direita. À radiografia, observou-se condensação em lobo superior e médio de pulmão direito. A tomografia evidenciou pequeno derrame pleural à direita com atelectasia, densificação parenquimatosa pulmonar em lobo superior direito e banda parenquimatosa em lobo inferior direito. Como as amostras de escarro foram negativas, manteve-se antibioticoterapia e procedeu-se a biópsia pulmonar guiada por ultrassonografia em lesão expansiva justapleural, que por sua vez evidenciou criptocose pulmonar. Procedido à sorologia para o HIV e pesquisa do fungo no líquido e no sangue, sendo todas negativas. Assim, instiu-se o tratamento com fluconazol 200 mg/dia durante 6 meses e o paciente evoluiu para cura. **Resultados:** Alertar a comunidade médica para tal diagnóstico em pacientes sem imunodepressão e gerar uma demanda de pesquisas clínicas voltadas ao diagnóstico e tratamento de tal enfermidade em paciente imunocompetentes. **Conclusões:** A ocorrência de criptocose pulmonar isolada é rara, ainda mais em paciente sem imunodepressão associada. Porém, não se dispõe de dados sobre a incidência no Brasil. Uma melhor definição da evolução natural nos pacientes imunocompetentes e estabelecimento de diretrizes na abordagem terapêutica faz-se necessário.

## Fungemia por *Saccharomyces cerevisiae* em hepatopata crônico por vírus B (HBV)

Aline Pamela Vieira de Oliveira, Telma Priscila Lovizio, Patricia Esteves, Danyenne Rejane de Assis, Ricardo Andreotti Siqueira, Angela Nishikaku, Daniel Wagner de Castro Lima Santos, Arnaldo Lopes Colombo UNIFESP

**Justificativa e Objetivos:** *Saccharomyces cerevisiae* é um fungo leveduriforme com importância na indústria alimentícia e farmacêutica. Os principais fatores de risco para ocorrência de fungemia são: uso prévio de probióticos para prevenção ou tratamento adjuvante na colite pseudomembranosa; pacientes críticos em unidades de terapia intensiva (UTI) e uso de cateter venoso central. **Métodos:** Paciente masculino, 42 anos, com antecedente de cirrose por vírus B (HBV) e descompensações prévias (ascite, icterícia e peritonite bacteriana espontânea), com uso prévio de ciprofloxacino por 30 dias. Foi internado em decorrência de ascite refratária e hiperemia abdominal nos locais de punções de paracentese. Não obtendo resposta ao tratamento clínico com punções de alívio, foi optada pela colocação de TIPS, evoluindo com encefalopatia hepática e piora da função renal após procedimento (Cr = 3,42; U = 112), necessitando de transferência para UTI. Apresentou nova PBE e, portanto, iniciado ceftriaxona. Evoluiu com piora clínica e necessidade de entubação orotraqueal com uso de drogas vasoativas. Nesse momento trocados antibióticos para piperacilina-tazobactam e teicoplanina. Após 29 horas da coleta da hemocultura, foi evidenciado crescimento de leveduras e iniciada caspofungina. Evoluiu com sangramento de varizes esofágicas, necessidade de altas doses de drogas vasoativas e óbito por choque hipovolêmico 2 dias após início de antifúngico. A identificação final da levedura por sequenciamento de região ITS do DNA ribossomal foi *Saccharomyces cerevisiae*, sensível a anfotericina, fluconazol, voriconazol e caspofungina. **Resultados:** *Saccharomyces cerevisiae* é um colonizante das superfícies mucosas e faz parte da flora normal do trato gastrointestinal, trato respiratório e vagina. Episódios de fungemia podem estar relacionados com translocação intestinal e contaminação de cateteres venosos centrais. PBE é uma complicação comum em pacientes cirróticos descompensados em ascite e já foi demonstrado que quanto maior o comprometimento hepático em relação ao HBV, maior a carga fúngica intestinal. O tratamento antifúngico de escolha não está estabelecido. As concentrações inibitórias mínimas são baixas para anfotericina e 5-fluocitosina e já foram reportadas diferentes taxas de resistência para fluconazol e itraconazol. **Conclusão:** Neste cenário é importante ressaltar a importância das leveduras emergentes como agentes de infecções em imunossuprimidos.

## Fungemia por *Trichosporon* em pacientes onco-hematológicos

Patricia Esteves, Maria Daniela Bergamasco, Ingvar Ludwig de Souza, Iara Baldim Rabelo, Neide Ferreira Yonashiro, Simone Harumi Goto, Maria de Lourdes Lopes Ferrari Chauffaille, Paola Cappellano, Carlos Alberto Pires Pereira UNIFESP

**Objetivo:** Infecção invasiva por *Trichosporon* teve sua incidência aumentada nos últimos anos em pacientes hematológicos e apresenta alta mortalidade. Tem como característica sua resistência *in vitro* a diferentes antifúngicos, o que dificulta ainda mais seu

tratamento e aumenta a taxa de mortalidade. Descreveremos a seguir um caso de doença fúngica por *Trichosporon* e revisamos a literatura de aspectos clínicos e microbiológicos das fungemias por esse agente em pacientes onco-hematológicos. **Método:** JCS, masculino, 48 anos, internado em 06/04/2011 quando foi feito diagnóstico de LLA pré-B e iniciada QT em 08/04 (metotrexato, dexametasona, ciclofosfamida, vincristina, daunorrubicina, asparaginase, citarabina, mercaptopurina). Durante aplasia de 15/04 a 30/04 apresentou um episódio de febre de origem indeterminada. Em 13/05 nova aplasia e iniciados profiláticos (fluconazol, ciprofloxacino e aciclovir). Após 11 dias, apresentou febre e foi iniciado meropenem. Como mantinha febre após 3 dias, foi associada vancomicina. Dia 02/06 foram identificadas leveduras em hemocultura (3 amostras), trocado fluconazol por anfotericina B 0,8 mg/kg/dia e retirado CVC. Paciente foi transferido para UTI, onde apresentou quadro de distensão abdominal e insuficiência respiratória necessitando de IOT. Trocada anfotericina por micafungina em decorrência de piora de função renal que necessitou de terapia de substituição renal. Dia 06/06 apresentou recuperação medular. Identificado em HMC *Trichosporon* spp., com teste de sensibilidade: voriconazol-S, anfotericina-R, fluconazol-SDD e itraconazol-SDD. Associado fluconazol 400 mg/dia. Manteve febre e abdome distendido, sendo realizada TC abdome com imagem sugestiva de apendicite e presença de líquido livre na cavidade. Foi submetido a laparotomia, retornando do centro cirúrgico com droga vasoativa. Evoluiu com piora da febre, acidose metabólica, choque séptico e óbito em 18/06. **Resultado:** Os fatores prognósticos relacionados à fungemia por *Trichosporon* não estão bem estabelecidos, mas a recuperação medular está entre os fatores essenciais para o sucesso terapêutico. **Conclusão:** Deve-se sempre considerar a possibilidade de infecção por *Trichosporon* quando houver isolamento de leveduras no sangue, pois a terapêutica usualmente utilizada para infecções por *Candida* nesta população (anfotericina e equinocandinas) não apresenta atividade contra esse agente.

## Infecções admissionais e hospitalares em unidade de internação de pacientes com tumores sólidos

Ligia Camera Pierrotti, Maristela Pinheiro Freire, Cilmara Polido Garcia, Adriana Satie Gonçalves Kono Magri, Maria Del Pilar Estevez Diz, Paulo Marcelo Gehm Hoff, Edson Abdala Instituto do Câncer do Estado de São Paulo

**Justificativa e Objetivos:** Infecções são frequentes em pacientes com tumores sólidos, com múltiplos fatores de risco. A maioria dos estudos avalia apenas episódios relacionados a neutropenia ou infecções hospitalares (IH) de corrente sanguínea. Os objetivos do estudo são avaliar infecções em pacientes internados em enfermaria de oncologia clínica, e comparar infecções admissionais (IA) e IH. **Método:** Avaliados pacientes internados de janeiro a dezembro de 2009, com pelo menos um episódio infeccioso identificado em vigilância prospectiva. Critérios de infecção: CDC adaptados. Variáveis registradas por episódio: dados demográficos, doença oncológica, metástase, score funcional (ECOG), neutropenia, procedimento invasivo, sítio de infecção, microrganismos, infecção do sítio tumoral (IST) e evolução. **Definições:** IA, presente na admissão ou manifestada em até 48 horas; IH, manifestada após 48 horas; IST, infecção no local ou no trajeto do tumor; neutropenia, neutrófilos < 500/mm<sup>3</sup> ou < 1.000/mm<sup>3</sup> com expectativa de queda; neutropenia febril (NF), neutropenia e febre sem sítio definido; óbito, durante

a internação. Variáveis categóricas analisadas pelo teste de  $\chi^2$  ou exato de Fisher, e ordenadas pelo teste T; p significativo < 0,05. **Resultados:** No período houve 2585 admissões. Detectados 833 episódios de infecção em 577 pacientes: 57% masculino, média idade 59,3 anos. Grupos de tumores mais frequentes: trato gastrointestinal (28,1%), pulmões (12,3%) e cabeça/pescoço (10,5%); 67,7% com metástases. Entre as infecções, 566 (66,7%) foram IA e 277 (33,3%) IH. Incidências: IA, 18,3%; IH, 7,1% e 10,75/1.000 pac.-dia. Pneumonia e infecção do trato urinário corresponderam a mais de 50% dos casos; os outros sítios mais frequentes foram pele/partes moles e infecção da corrente sanguínea (ICS). NF foi responsável por menos de 10% dos casos. IST ocorreu em 56% das IA e em 38% das IH. Procedimento invasivo associado em 25,6% dos casos, neutropenia em 14%; 63% dos ECOG avaliados foram 3 ou 4. Não houve diferenças entre IA e IH. Principais agentes das ICS: IA, *E. coli*, *S. aureus*, *P. aeruginosa*, *A. baumannii* e *S. viridans*; IH, *S. aureus*, *K. pneumoniae*, SCN e *P. aeruginosa*. Óbito ocorreu em 40,1% das IA e 48,4% das IH. **Conclusões:** Pacientes com tumores sólidos foram suscetíveis a infecções, principalmente aqueles com metástases e pior escore funcional. Os sítios de infecção foram variados, e ICS não foi o principal. Neutropenia esteve presente na minoria dos casos. O conhecimento do perfil dessas infecções é importante para orientar estratégias de prevenção, como medidas específicas para infecções associadas ao sítio tumoral.

272

### Meningoencefalite criptocócica e suas complicações em paciente imunocompetente

*Daiana Elias Rodrigues, Aline Almeida Bentes, Thauana Luiza de Oliveira, Adriana Regina Campolina Cenachi, Alberlucio Esquirio Pessoa, Giovana de Carvalho Mol, Silvia Hees de Carvalho*  
Hospital Odilon Berhens, Hospital Eduardo de Menezes

**Justificativa e Objetivos:** A meningoencefalite por *Cryptococcus* sp. é uma doença comumente vista em imunocomprometidos, sendo rara em imunocompetentes. Nestes, é mais grave devido à dificuldade de tratamento e erradicação do fungo e à grande morbidade das sequelas que se instalam. Neste relato de caso serão discutidos o manejo terapêutico e as complicações da doença no paciente imunocompetente. **Método:** VSS, 39 anos, com quadro de cefaleia progressiva iniciada em janeiro de 2011. Evoluiu com crises convulsivas tônico-clônicas generalizadas e sonolência. Internado em fevereiro de 2011, cultura de líquido positiva para criptococo e tomografia de encéfalo evidenciando imagens de criptococomas. Sorologia para HIV negativa. Iniciada terapia de indução com anfotericina B (50 mg/dia) associada a 800 mg/dia de fluconazol por 2 semanas, mas como não ocorreu a esterilização do líquido, recebeu nova indução por mais seis semanas. Tomografia de controle sem lesões e cultura do líquido negativa. Recebeu alta em 09/05/2011 com tratamento de consolidação, fluconazol. Internado novamente em 21/05/11 por recidiva da cefaleia e febre. Tomografia evidenciou criptococoma em tálamo. Líquor com 225 células (83% mono e 17% segmentados), glicose 19 mg/dL e proteína 175 mg/dL, mas cultura negativa. Nova indução com anfotericina (50 mg/dia) associada a fluconazol (900 mg/dia). Paciente evoluiu bem, sem maiores intercorrências. Investigada novamente imunossupressão, sorologia para HIV negativa e CD4: 1.275. Após duas semanas, realizada nova punção líquórica: 50 células, glicose 28 e proteína 116, pesquisa para criptococo negativa. Mantida indução com anfotericina e fluconazol até completar seis semanas e realizar ressonância magnética de encéfalo para avaliar manutenção de

criptococoma como foco da infecção e necessidade de ressecção. **Resultados:** Neste caso o intrigante é a persistência da infecção a despeito de longo período de indução com anfotericina B associada ao fluconazol. O conceito de infecção persistente é arbitrário, mas define-se por cultura de líquido positiva após quatro semanas de tratamento. Seria a presença de criptococomas fator contribuinte para essa condição? Outro fator poderia ser a diferença de sensibilidade ao tratamento das espécies de *Cryptococcus*. Embora o *C. neoformans* seja a espécie mais prevalente, o *C. gatti* está mais relacionado a criptococomas e hidrocefalia em imunocompetentes com pior resposta ao tratamento. Por último, poderia a ausência de flucitosina no mercado brasileiro contribuir para a dificuldade de tratamento, considerando-se que sua associação com anfotericina B tem efeito terapêutico sinérgico na indução. **Conclusões:** Embora a neurocriptococose seja rara em imunocompetentes deve-se suspeitar nos casos de meningite crônica subaguda. O atraso no diagnóstico e início do tratamento aumenta a morbimortalidade da doença.

273

### Micobacteriose cutânea atípica em paciente imunocompetente

*Lorena Luciane Macedo Martins, Cinthya Dias Martins Chaves, Alena Mileo Monteiro, Aurea Viviane Castro de Assunção, Olivia Campos Pinheiro, Gerusa Feitosa Ninos, Fabíola de Carvalho Chaves de Siqueira Mendes*  
Hospital Universitário João de Barros Barreto

A micobacteriose atípica é uma infecção sem extensão epidêmica, mesmo entre comunicantes e com pouca tendência à disseminação hematogênica, com raridade de lesões extrapulmonares. Sua patogenicidade é associada à diminuição da resistência do hospedeiro, afetando, sobretudo, pacientes imunodeprimidos. A evolução da doença é crônica, com localizações pulmonares, ganglionares e, mais raramente, cutânea, óssea, genito-urinária e septicêmica. Em função de sua similaridade clínica, radiológica e histopatológica com o bacilo da tuberculose e diante das diferenças epidemiológicas, prognósticas e de tratamento dos mesmos, apresenta-se um relato de caso para contribuir na divulgação da doença, para seu reconhecimento e manejo. Paciente masculino, 13 anos, pardo, branco, solteiro, estudante, natural e residente em Ananindeua/PA. Há três anos vítima de lesão corto-contusa em região lombar por azulejo de piscina. Evoluiu com ulceração local, drenagem de secreção serosa e retardo de cicatrização. Após dois anos evoluiu com linfonodomegalias inguinais, bilateralmente, com posterior fistulização e ulceração. Sem outros sinais e sintomas associados. Realizou múltiplos antibióticos sem sucesso. Inicialmente, biópsia de pele revelou processo inflamatório crônico granulomatoso e supurativo, com pesquisa direta para BAAR e fungos negativas e cultura de tecido de lesão lombar isolando *M. ulcerans* provenientes de outro serviço universitário. Admitido em nosso serviço no dia 29/04/2011, ao exame dermatológico evidenciou-se linfonodomegalias inguinais, simétricas, de grande volume, medindo aproximadamente sete centímetros, consistentes, com sinais flogísticos, fistulização e drenagem de secreção purulenta e ainda lesões satélites ulceradas perilinfonodais com tecido de granulação central. Foi submetido à nova biópsia das lesões, sendo evidenciado processo inflamatório crônico, tipo tuberculoide com microabscessos e solicitação de novas culturas para micobacteriose, estas ainda em andamento. Foi iniciado tratamento específico com melhora clínica satisfatória, permanecendo em seguimento ambulatorial. O conhecimento das micobacterioses atípicas, a sua suspeição clínica e a utilização de

outros métodos e meios diagnósticos é de suma importância para que logo se institua a antibioticoterapia, devido a baixa sensibilidade das micobactérias à mesma, para se obter uma boa evolução clínica e diminuição da mortalidade e gravidade das sequelas.

274

## Monitoramento da reativação do citomegalovírus humano em pacientes transplantados de células-tronco hematopoiéticas

Renata Maria Borges Peres, Tycha Bianca Sabaini Pavan, Paula Durante Andrade; Sandra Helena Alves Bonon, Josiele Cristina Franco, Afonso Celso Vigorito, Francisco José Penteado Aranha, Cármino Antonio de Souza, Sandra Cecília Botelho Costa  
Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP

**Justificativa e Objetivos:** A infecção ativa pelo citomegalovírus humano (HCMV) pode causar significativa morbidade e mortalidade em pacientes submetidos ao transplante alogênico de células tronco hematopoiéticas (TCTH) podendo ser diagnosticado entre 50 e 90% destes pacientes. Sua maior incidência ocorre durante os três primeiros meses pós-transplante devido à profunda imunossupressão em que se encontram neste período podendo causar manifestações diretas (pneumonites, gastroenterites, encefalites, retinites e hepatites) e indiretas (aumento da incidência de infecções oportunistas e da doença de enxerto contra hospedeiro [DECH]) neste grupo de pacientes. Por se tratar de um vírus cosmopolita e amplamente disseminando o objetivo do presente estudo é guiar o tratamento precoce a partir do monitoramento semanal com testes de diagnóstico precoce, sensível e específico em pacientes ainda assintomáticos. **Método:** Os pacientes incluídos neste estudo foram monitorizados semanalmente durante os primeiros 150 dias pós-TCTH pelas técnicas de antigenemia e Nested-PCR para diagnosticar a reativação do HCMV sendo considerados positivos resultados iguais a 1 ou mais células positivas/15.000 leucócitos para a antigenemia e 2 resultados positivos consecutivos pela Nested-PCR. Futuramente serão realizados Real-time PCR nestas mesmas amostras por se tratar de uma técnica quantitativa e altamente sensível. Até o presente momento 85 amostras de sangue periférico de 7 pacientes foram coletadas. **Resultados:** Dos pacientes, 6/7 (85,7%) apresentaram infecção ativa pelo HCMV diagnosticados tanto pela antigenemia (2/7 – 28,6%) como pela Nested-PCR (5/7 – 71,4%) e a mediana de tempo de diagnóstico de cada teste foi de 47 dias (33 – 61) e 42 dias pós-TCTH (28 – 49), respectivamente. Em 26 amostras de sangue não foi possível à realização da antigenemia devido à baixa contagem celular. **Conclusões:** Embora ambas as técnicas utilizadas sejam úteis para monitorizar e indicar os pacientes que realmente necessitam de terapia precoce, observou-se uma grande dificuldade na realização da antigenemia durante os primeiros meses pós-TCTH reafirmando a necessidade da utilização da Real-time PCR para este diagnóstico.

275

## Mucormicose sino-orbital após extração dentária em paciente diabético: relato de caso

Rivian Christina Lopes Faiolla, Mariana Correa Coelho, Fernanda Guiotti, Ana Carolina Ribeiro Junqueira, Heloysa Liberatori Gimaiel, Gilberto Gambero Gaspar, Valdez Bollela, Roberto Martinez  
Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto

**Justificativa e Objetivos:** Infecções fúngicas invasivas em imunocompetentes são incomuns, mas quando ocorrem podem

apresentar desfechos fatais. A mucormicose geralmente é causada por fungos dos gêneros *Absidia*, *Rhizopus* e *Mucor* existentes no meio ambiente e que infectam o homem por aspiração de esporos. As micoses deste grupo podem apresentar-se sob as formas rinocerebral, pulmonar, gastrointestinal, cutânea disseminada e cerebral. **Métodos:** Homem, branco, procedente de Cravinhos-SP, comerciante, antecedente de *diabetes mellitus*, teve dor em gengiva e arcada dentária superior 15 dias após uma extração dentária. Apresentava dor intensa local irradiada para couro cabeludo, edema de hemiface esquerda, paralisia facial esquerda, turvação visual, diplopia e febre. À oroscopia, lesão ulcerada em palato mole, com crosta necrótica, de cerca de 3 cm de diâmetro e ausência de descarga nasal posterior. Exame liquórico com 3 células, 2,3 hemácias, proteinorraquia 28,41, glicorraquia 217. ELISA para HIV negativo, sorologia negativa para micoses endêmicas. Videolaringoscopia com secreção purulenta em recesso esfenoidal bilateral, estase de secreção purulenta em seio piriforme oriundo da nasofaringe. RNM de crânio evidencia presença de lesão tumoral ocupando seios etmoidais e esfenoidal à direita, com invasão da região para selar e infrasselar. Biópsia de palato duro e mucosa nasal com estruturas fúngicas grandes, tortuosas, não septadas, com bifurcações em ângulo reto compatíveis com sinusite fúngica. Observaram-se hifas fúngicas no tecido adiposo intratrabecular ósseo, tecido conjuntivo denso periosteal, tecidos moles profundos, peri-neural e intravascular. Cultura de tecidos com identificação de *Rhizopus* sp. caracterizando quadro clínico de mucormicose sino-orbitária. **Resultados:** Comprometimento sino-orbitário é comum na mucormicose, especialmente em pacientes diabéticos. Entretanto, há relatos na literatura médica de inoculação de esporos durante manipulação dentária, promovendo o desenvolvimento de formas graves da doença com extensão para tecidos subjacentes. Dor em topografia de seios da face, cefaleia, descarga nasal sanguinolenta, otalgia, hiposmia e anosmia são sintomas comuns. **Conclusões:** Mucormicose é uma infecção fúngica invasiva e agressiva que pode atingir hospedeiros discretamente imunocomprometidos, incluindo pacientes diabéticos. Instituição precoce de antifúngicos (anfotericina B) e tratamento cirúrgico agressivo podem associar-se a uma melhor evolução da doença.

276

## Mucormicose após transplante hepático: sucesso de tratamento clínico com anfotericina B lipossomal e terapia sequencial com posaconazol

Cely Saad Abboud, Maria Daniela Bergamasco, Maira Barbosa, Mabel Moura Zamorano, Carlos Eduardo Sandoli Baia, Margareth Pauli Lallée, Doralice Aparecida Cortez Araújo, Vera Lúcia de Barros Barbosa  
Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia

**Justificativa e Objetivos:** A mucormicose é uma infecção rara, mas emergente no transplante de órgãos sólidos (TOS), com incidência de 2% após o primeiro ano (Pappas 2010). O transplante hepático já foi identificado como fator de risco para doença precoce e disseminada (Singh, 2009). A taxa de mortalidade é alta (Almyroudis, 2006) e a limpeza cirúrgica é frequentemente necessária (Spellberg, 2009). A terapia antifúngica baseia-se em formulações lipídicas de anfotericina B, especialmente lipossomal (L-AmB) e posaconazol é o único triazolico com espectro contra zigomicetos, avaliado em poucos estudos como terapia de resgate (Spellberg, 2009). **Método e Resultados:** Este é o relato de um caso de mucormicose em paciente submetida a transplante hepático, tratada com L-AmB seguida de posaconazol. Uma mulher de 23 anos foi submetida a um transplante hepático em dezembro de

2009 por cirrose biliar primária, utilizando a técnica Piggyback. O doador cadáver era um receptor de transplante renal, que estava sob terapia com tacrolimus (FK), prednisona e micofenolato mofetil (MMF). Ela recebeu profilaxia antifúngica com fluconazol 200 mg/dia. Nos primeiros 30 dias após o transplante apresentou pneumonia por *S. maltophilia* e infecção por citomegalovírus. No 47° PO apresentou um abscesso no fígado transplantado. Foi submetida à punção e a cultura recuperou *P.aeruginosa* suscetível apenas a polimixina B. No 83° PO, a biópsia hepática revelou invasão por hifas compatíveis com zigomicetos. O exame direto do material do abscesso mostrou hifas cenocíticas, mas a cultura para fungos foi negativa. Foi iniciada L-AmB 5 mg/kg/dia. Não foi realizada limpeza cirúrgica por dificuldades técnicas (localização da lesão). Após 60 dias de L-AmB e melhora clínica, mas com lesão residual, a terapia foi trocada para posaconazol 200 mg 4 x dia, o que possibilitou a alta. Neste momento vinha em uso de FK 2 mg x 2, MMF 180 mg x 2 e prednisona 10 mg/dia. Os níveis séricos de FK tornaram-se tóxicos após a introdução do posaconazol, com necessidade de redução da dose pela metade. O Posaconazol foi interrompido no 6° mês após o transplante, quando a terapia imunossupressora da paciente foi reduzida e com melhora clínica e resolução da lesão. Quinze meses após o transplante, ela estava clinicamente estável, sem sinais de recidiva da doença fúngica. **Conclusões:** O posaconazol pode ser uma opção na terapêutica sequencial de longa duração da mucormicose, embora o uso para esta finalidade deva ser melhor avaliado em estudos clínicos.

277

### ***Mycobacterium abscessus*: isolamento em hemocultura com ausência de sítio primário**

Moara Alves Santa Bárbara Borges, Marcelo de Carvalho Ramos, Noelle Miotto, Leonardo Felipe Ruffing  
UNICAMP

**Justificativa e Objetivos:** *M. abscessus* causa um amplo espectro de infecções em seres humanos. **Método:** Mulher, 44 anos, solteira, cozinheira. Relatava emagrecimento de 15 kg em 5 meses, apresenta fraqueza e astenia. Há 3 meses, rinorreia e tosse seca, há 2 semanas, dor torácica posterior, subescapular, inicialmente à E, depois bilateral, piorando quando tossia. Ausência de febre neste período. AP, há 1 ano notou sudorese mais intensa em hemicorpo E e ptose palpebral à D. HAS, DM, hipotireoidismo controlados, Traço talassêmico. Ex F: PA: 130 x 80, FC 64, St O2 96%, BEG, afebril, Tx: MV+, s/ RA, 2BRNF, sem sopros, Abd NDN, Miose e ptose palpebral à D, apagamento de sulcos à D. Sudorese só em hemicorpo E. Ex lab sem alteração. HIV negt, Hep B e C negt. internada na enfermaria de clínica para investigação de Sd. Consuptiva, Sd de Horner e Tu de Pancoast. TC coluna cervical: mal formação com anquilose de C3-C5, costela acessória que saía de C7 com fusão com T1: causando Sd de Horner. Descartado Tu de Pancoast. Realizada extensa investigação para doença neoplásica: EDA, colonoscopia, TC de abdome e tórax e ex ginecológico: normais. Manteve tosse crônica, com expectoração. Pesquisa de fungo e micobactéria no escarro negativas. Iniciou picos febris (38-39,5°C) após uma semana de internação. Exames: leuc: 3780, Hb 10.5, Ht 32.5, Plq 61.000, meta 1%, bast 27%, seg 61%, linf 5%, Cr 0.84, U 28. Em hemocultura coletada no primeiro dia de febre, em frasco com carvão ativado, houve crescimento de *Mycobacterium abscessus*. Encaminhada à infectologia para investigação. Ecocardiograma dentro da normalidade. Em consulta de seguimento notado nódulo em face posterior de coxa, móvel, doloroso, com sinais flogísticos. Biópsia de lesão de

pele: *Mycobacterium* sp. de crescimento rápido em identificação. Tratamento atual com claritromicina 500 mg de 12/12h e amicacina 500 mg 5 vezes por semana. **Resultados:** Infecção por *M. abscessus* não deve ser esperada na ausência de quebra de barreiras teciduais ou predisposição imune a tais infecções. No entanto, há descrição na literatura de uma pessoa previamente saudável, com febre de longa data e cuja investigação revelou uma linfadenite intra-abdominal com cultura de material positivo para *M. abscessus*. Além de investigação de febre prolongada revelando endocardite por *M. abscessus*. **Conclusão:** Portanto, este relato de caso merece destaque visto que, após extensa investigação da infecção pelo *Mycobacterium abscessus*, documentada como sendo tanto de corrente sanguínea quanto de pele, o sítio primário não pôde ser definido, mesmo se tratando de uma paciente sem fator de imunossupressão significativa.

278

### **Otite média tuberculosa: relato de caso**

Thaís Gvozdenovic Medina Bricio, Bruno Fernando Oliveira Buzo, Midian Beraldi, Marlirani Rocha, Maria Patelli, Maria Fernanda Scudeler, Sílvia Penteado  
Pontifícia Universidade Católica de Campinas

**Justificativa e Objetivos:** A tuberculose é uma doença bacteriana necrotizante causada pelo *Mycobacterium tuberculosis*. Atinge primordialmente os pulmões, mas pode propagar-se para outros órgãos secundariamente. A infecção primária do ouvido, sem que se detecte foco pulmonar primário, pode ocorrer de forma mais rara. A otite média tuberculosa secundária é encontrada quase que invariavelmente em adultos e, na maioria dos casos, é secundária à tuberculose pulmonar, com a presença do bacilo de Koch no escarro. Pode haver lesões tuberculosas na laringe, faringe e rinofaringe associadas. **Relato do Caso:** Paciente do sexo feminino, 24 anos, inicia com quadro de tosse produtiva, febre vespertina e hipoacusia há 3 meses. Referiu perda de 30 kg no período. Há 1 ano seu marido havia falecido por tuberculose. Ao exame apresentava-se em regular estado geral, caquética e prostrada. O murmúrio vesicular estava presente e simétrico com roncocalcos disseminados. À otoscopia, havia presença de secreção esbranquiçada em grande quantidade em conduto auditivo externo bilateral, não visualizando a membrana timpânica. Procedida à investigação para tuberculose com coletas de escarro, obtendo-se já na primeira amostra a baciloscoopia positiva. Assim, iniciou-se o tratamento com rifampicina, isoniazida e pirazinamida, recebendo alta médica após 11 dias de tratamento, com melhora clínica importante e melhora discreta da hipoacusia. **Resultados:** A escassez de casos, pelo menos em nosso meio, pode advir não só do desconhecimento da entidade clínica, como das dificuldades de registro científico dos casos diagnosticados. Portanto, este relato de caso tem como objetivo levantar a questão da otite média tuberculosa, que é relatada na literatura como de rara incidência, sendo, porém, de morbidade importante. **Conclusões:** O diagnóstico da otite média tuberculosa é difícil, sendo necessário um elevado grau de suspeição e conhecimento da doença por parte do médico. Considerando o crescente número de casos de tuberculose, com suas inúmeras manifestações clínicas, devemos ressaltar a importância da inclusão desta doença no diagnóstico diferencial. Desta forma, poderemos estabelecer diagnóstico e tratamento precoces, evitando possíveis sequelas.

## Prevalência de agentes infecciosos de meningites bacterianas em hospital de referência do município de Fortaleza - Ceará de 2006-2010

Fernando Colares Barros, Ana Martins Vieira da Silva, Jemima Sombra Braga, Luciana Mata da Silva, Pedro Henrique Sales Santos, Talita Viana de Oliveira, Lara Gurgel Fernandes Távora, Maria Iracema Aguiar Patrícia UNIFOR

**Justificativa e Objetivos:** Entre as causas mais comuns de meningite bacteriana (MB) estão o *Streptococcus pneumoniae*, a *Neisseria meningitidis* e o *Haemophilus influenzae*. A importância de cada um desses agentes bacterianos varia de acordo com a área geográfica, com a situação endêmica e com a porcentagem das crianças menores de 5 anos vacinadas contra a infecção pelo *H. influenzae* tipo B. É fundamental ter conhecimento da prevalência desses agentes para otimizar a terapêutica e, como esse padrão pode variar, é necessário que esses dados sejam constantemente verificados. Este trabalho buscou avaliar as características citobioquímicas líquóricas e os exames diagnósticos no líquido (baciloscopia, cultura, contraímunoelctroforese e PCR), de forma a descrever a prevalência dos agentes etiológicos de meningite bacteriana em Fortaleza. **Método:** Avaliou-se o perfil líquórico de 2.329 pacientes atendidos com suspeita de meningite no Hospital São José (HSJ), referência no atendimento das doenças infectocontagiosas da macrorregional Fortaleza, entre 2006-2010. Os dados foram obtidos a partir do banco de dados do Laboratório de Análise Cínicas (LACEN) de Fortaleza, responsável pela realização dos exames. Para diagnóstico de meningite bacteriana, os casos confirmados deveriam apresentar cultura ou bacterioscopia positiva ou pesquisa de contraímunoelctroforese ou PCR positiva para os agentes pesquisados. Para compilação e análise dos dados, utilizaram-se o EpiInfo e SPSS 18.0. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética do HSJ e autorizado pelo LACEN. **Resultados:** Dos pacientes, 254 (10,9%) tiveram confirmação diagnóstica de meningite bacteriana segundo os critérios citados, sendo que 208 (81,9%) tiveram confirmação etiológica específica. Destes 208 pacientes, 70,7% (147) eram do sexo masculino. Quanto aos aspectos citobioquímicos do líquido, a celularidade mediana foi 3.400 células (mín = 0; máx = 143.946), a glicorraquia mediana foi 18 (mín = 0; máx = 4.066) e a proteinorraquia mediana 256,5 (mín = 9; máx = 1.400). Quanto aos exames etiológicos no líquido: na baciloscopia, 72,1% (150) foram positivas, sendo 32,7% para diplococos Gram-negativos e 26,9% para diplococos Gram-positivos no total; na contraímunoelctroforese, 9,61% (20) dos casos foram confirmados; no PCR, 15,6% confirmados entre 2009-2010; na cultura, 29,3% (61) de confirmados para *Neisseria meningitidis* (B e C), 29,3% (61) para *Streptococcus pneumoniae* e 12,55% de *Streptococcus* não especificados. Considerando-se todos os exames, em 33,17% (69) houve presença de *N. meningitidis*, em 30,3% (63) de *S. pneumoniae*, em 10% (21) de *Streptococcus* não especificados e em 9,6% (20) de *Cryptococcus neoformans*, em 3,8% (8) de *Staphylococcus aureus* e em 3,4% (7) de *Haemophilus influenzae*. **Conclusão:** Espera-se que os resultados apresentados sirvam como parâmetros da prevalência dos agentes de meningite bacteriana no município de Fortaleza, auxiliando na otimização da terapêutica desta doença.

## Prevalência de microrganismos fúngicos em uma unidade de terapia intensiva

Fabiana Xavier Cartaxo Salgado, Norberto Barbosa da Silva, Juliana C. Gonçalves, Carla M. Souza, Solange Lima T. Oliveira, Jeferson Calderaro, Daniel Edwin Cruz Vdybicki, Margô Gomes O. Karnikowski Secretária de Estado de Saúde do Distrito Federal - SES/DF; Universidade Católica de Brasília - UCB; Universidade de Brasília - UnB; Faculdade de Ceilândia - FCE

**Justificativa:** Nas últimas décadas as infecções fúngicas invasivas emergiram consideravelmente constituindo um importante problema de saúde pública. A mortalidade associada a este tipo de infecções é elevada, podendo atingir os 90%. **Objetivos:** Investigar a prevalência de microrganismos fúngicos e o perfil epidemiológico de pacientes portadores de fungos na unidade de terapia intensiva (UTI) de um hospital público de Brasília. **Método:** Estudo retrospectivo, com investigação da prevalência de fungos em hemocultura, cultura de secreção/aspirado traqueal, cultura de ponta de cateter e urocultura, oriunda de pacientes internados na UTI do Hospital Regional da Asa Norte, nos anos de 2009 e 2010. Os exames investigados foram processados em aparelho automatizado WalkAway, regido pelas normas da Clinical and Laboratory Standards Institute. As variáveis investigadas foram: sexo, idade, tempo de internação, desfecho clínico e utilização de procedimentos invasivos. Trabalho aprovado no Comitê de Ética da SES/DF. **Resultados:** A amostra foi composta por 41 pacientes, sendo 56% do sexo masculino, com média de idade de  $56,19 \pm 19,6$  e tempo médio de internação de  $27 \pm 21$  dias. Procedimento cirúrgico como causa de internação na UTI, representou 36,6% da amostra e o desfecho clínico de óbito 61%. Os procedimentos invasivos observados foram ventilação mecânica (95%) com  $20 \pm 16,2$  dias, sonda vesical de demora (97,5%) com  $19 \pm 12,8$  dias, cateter venoso central (100%) com  $21,4 \pm 15,5$  dias. Entre os exames de cultura realizados no período investigado, 57% foram negativos, enquanto os fungos representaram 14,7% dos exames positivos. Houve ainda uma ascensão da presença dos fungos do ano de 2009 (14,1%) para o ano de 2010 (15,3%). Foi identificado um total de 54 fungos distribuídos em hemocultura ( $n = 18$ ), cultura de secreção/aspirado traqueal ( $n = 15$ ), cultura de urina ( $n = 12$ ) e cultura de ponta de cateter ( $n = 9$ ). Os fungos identificados foram: *Candida albicans* ( $n = 18$ ), *Candida tropicalis* ( $n = 12$ ), *Candida parapsilosis* ( $n = 9$ ), *Candida glabrata* ( $n = 5$ ), *Candida* sp. ( $n = 3$ ), *Candida famata* ( $n = 2$ ), *Candida guilliermondii* ( $n = 2$ ), *Candida kefyr* ( $n = 1$ ), *Candida neoformans* ( $n = 1$ ) e *Pichia farinosa* ( $n = 1$ ). **Conclusões:** A representação dos microrganismos fúngicos no perfil microbiológico da unidade tem aumentado, sendo as cândidas os principais fungos encontrados. Os pacientes acometidos apresentaram desfecho de óbito elevado, período de internação e tempo de uso de procedimentos invasivos prolongado.

## Relato de 2 casos de criptococose disseminada em pacientes sem imunodeficiência documentada atendidos no HUCFF

Bernardo Bastos Wittlin, Valéria Carvalho Costa Hospital Universitário Clementino Fraga Filho - UFRJ

As formas clínicas disseminadas da doença criptocócica estão classicamente relacionadas a condições de imunossupressão grave,

como ocorre na AIDS. Pacientes imunocompetentes geralmente experimentam formas localizadas de criptococose, com maior frequência de meningoencefalite e pneumonia, nesta ordem. Não obstante, em dois casos atendidos no Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (UFRJ) nos anos de 2004 e 2009, pacientes apresentavam doença disseminada sem causas identificadas de imunossupressão, com concomitante comprometimento de pulmões e sistema nervoso central. No primeiro, um homem de 25 anos, destacava-se a exuberância do acometimento cerebral, com criptococomas múltiplos e evolução desfavorável para déficit visual grave e auditivo, além de epilepsia secundária. Foi tratado com curso prolongado de anfotericina B e flucitosina, logrando cura, mas mantendo sequelas. No segundo caso, uma paciente de 56 anos, hipertensa, apresentava pneumonia lobar associada ao quadro de meningoencefalite e isolamento de *Cryptococcus neoformans gatti*. Sob tratamento antifúngico de indução, a mesma evoluiu com esterilização do líquor e regressão considerável do quadro pulmonar. Todavia, mantém foco de doença ativa no pulmão até o presente relato, a despeito de mais de 2 anos de tratamento com fluconazol 300 mg/dia. Ambos os casos ilustram a ocorrência, ainda que menos comum, de doença criptocócica disseminada e potencialmente grave entre imunocompetentes.

282

### Tripanossomíase no sistema nervoso central em pacientes imunodeprimidos: encefalite chagásica

Ana Cláudia Alves de Oliveira Santos, Uadson Silva Barreto,  
Paulo Marcelo de Faria Vasconcelos, Luciana Leite Pineli Simões  
Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia; Hospital de Doenças  
Tropicais, GO

**Justificativa e Objetivo:** A doença de Chagas (DC) é uma doença infecciosa, de curso clínico bifásico, causada pelo protozoário flagelado *Trypanosoma cruzi*. Uma das formas graves de sua apresentação, objetivo do presente trabalho, ocorre por meio de reativações da DC como uma encefalite ou meningoencefalite chagásica, mais frequente na fase aguda e em imunodeprimidos, como os portadores do HIV (human immunodeficiency virus). **Método:** JVS, masculino, 38 anos, solteiro, etilista. Referiu história de 15 dias de febre alta (até 40°C), hiporexia, emagrecimento (perda de 10 quilos no período), dor abdominal difusa, tosse seca, dor torácica ventilatório dependente. Há 7 dias iniciou quadro de confusão mental, vômitos, cefaleia e convulsões. Submeteu-se ao teste rápido para HIV que resultou em positivo. Tinha história de contato com triatomíneos na infância. Ao exame físico apresentava-se em regular estado geral, hipocorado, 2+/4+, presença de placas esbranquiçadas na língua, dispneico, murmúrios vesiculares diminuídos em ambas as bases, com estertores crepitantes em base do hemitórax esquerdo. Os exames do aparelho cardiovascular e do abdome foram normais. Os exames demonstraram presença de *Trypanosoma* sp. a fresco no líquor e a radiografia de tórax, um infiltrado intersticial alveolar difuso e índice cardíaco aumentado. Evoluiu um dia depois com síndrome hipertensiva intracraniana (IHIC), sendo indicada internação na unidade de terapia intensiva (UTI). Iniciou tratamento com levofloxacino 500 mg/dia por 14 dias, permanecendo, após, com benzonidazol 7 mg/kg/dia. Não respondeu bem à terapia e evoluiu para o óbito após 37 dias. **Resultados:** Por meio destes relatos, é possível conhecer melhor essa forma grave da DC bem como os possíveis desvios de padrão sintomatológico que dificultam o diagnóstico e tratamento adequado, já que nem sempre os sinais e sintomas manifestos são típicos. Inicialmente o quadro clínico apresentado pelo paciente foi

atípico. Somente após 8 dias foi relatado aparecimento de vômitos, cefaleia e confusão mental, alterações típicas na encefalite chagásica, além de SIHC, uma das principais alterações neurológicas em indivíduos com esta doença. **Conclusão:** O aparecimento crescente de casos de reativação da infecção chagásica em pacientes imunodeprimidos tem motivado a considerar a DC como uma importante infecção oportunista, principalmente em países onde a mesma ainda é endêmica, a exemplo do Brasil.

283

### Tuberculose renal pós-transplante renal: relato de caso

Fernanda Moura Victor, Fernanda Moraes Marques, João Paulo Oliveira de  
Morais, Rodrigo Alves de Oliveira, Leila Silveira Vieira de Silva,  
Valêncio Pereira de Carvalho  
Universidade Federal do Ceará

**Justificativa e Objetivos:** Pacientes submetidos a transplante renal, especialmente pelo uso de drogas imunossupressoras, são mais suscetíveis a infecções oportunistas. Dentre essas, a tuberculose assume importância, manifestando-se geralmente com quadro clínico inespecífico, tanto por reativação de focos tuberculosos, quanto por infecção primária. O trabalho objetiva descrever um caso de tuberculose renal pós-transplante renal. **Método:** Paciente feminino, 31 anos, agricultora, submetida a transplante renal há cerca de cinco anos, em uso de terapia imunossupressora com tacrolimus, micofenolato mofetil e prednisona, internada em janeiro de 2011 com quadro de febre diária, iniciada há uma semana, associada a dor abdominal difusa. Não referia queixas urinárias. Na admissão hospitalar, foram solicitados exames que mostraram: leucócitos globais, 9.600 (79% de segmentados, sem desvio à esquerda) e sumário de urina: 18 piócitos/campo, 10 hemácias/campo, com presença de cilindros granulosos e proteínas (++) . Urocultura mostrou crescimento de 56.000 UFC de *E. coli*, sensível à cefoxitina. Pesquisa de BAAR na urina negativa. Pielonefrite foi considerada como hipótese diagnóstica inicial, sendo instituído tratamento antibiótico com cefoxitina, sem melhora do quadro. O esquema antibiótico foi trocado para imipenem e, posteriormente, acrescentado vancomicina, sem remissão da febre. Uma vez que houve deterioração da função renal e persistia com febre apesar da antibioticoterapia, foi realizada biópsia renal que mostrou nefrite túbulo-intersticial com formação de granulomas epitelioides com necrose. Pesquisa de BAAR e para fungos, negativas. O diagnóstico de tuberculose renal foi considerado e iniciado o tratamento com rifampicina + isoniazida + pirazinamida + etambutol (RIPE) por período de seis meses. Após instituição do esquema tuberculostático, a paciente evoluiu com remissão da febre e melhora importante do estado geral, assim como da função renal. **Resultados:** Em transplantados renais, o risco de infecção por *Mycobacterium tuberculosis* é 100 vezes maior que o da população em geral e a gravidade clínica da TB é significativamente maior nos doentes transplantados, apresentando uma taxa de mortalidade entre 20% e 30%. **Conclusões:** Em virtude da dificuldade diagnóstica e da elevada mortalidade da TB nos doentes transplantados renais, deverá existir sempre um elevado grau de suspeição clínica e uma atitude diagnóstica rigorosa e muitas vezes invasiva, de modo a permitir a instituição precoce da terapêutica antibacilar.

## Uso de antifúngicos em pacientes internados em UTI de um hospital público do Distrito Federal

Daniel Edwin Cruz Zdybicki, Juliana Carneiro Gonçalves, Fabiana Xavier Cartaxo Salgado, Carla Monteiro Souza, Silvana Schwerz Funghetto, Marina Morato Stival, Margo Gomes de Oliveira Karnikowski  
Universidade de Brasília – UnB, Faculdade de Ceilândia – FCE; Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal; SES/DF

**Justificativa e Objetivo:** Atualmente observa-se um aumento da utilização de antifúngicos em pacientes internados em UTI, uma vez que pacientes com o sistema imunológico comprometido, sob uso prolongado de antibióticos, que estão utilizando muitos procedimentos invasivos e por muito tempo, estão sob sério risco de desenvolver infecções fúngicas. Objetivou-se determinar a prevalência do uso de antifúngicos e da presença de microrganismos fúngicos em pacientes internados em UTI de um hospital público do Distrito Federal. **Método:** Estudo descritivo, de caráter quantitativo retrospectivo. Foram analisados todos os prontuários de pacientes admitidos na UTI de um hospital público do DF, nos anos de 2007 a 2009, com permanência a superior a 24 horas e em uso de antifúngicos. Foram analisados: sexo, idade, resultados de culturas e antifúngicos utilizados. A análise descritiva dos dados foi realizada no programa SPSS 16.0. A pesquisa foi aprovada no Comitê de Ética da SES/DF. **Resultados:** Foram avaliados 549 prontuários sendo que 183 (33,3%) utilizaram algum tipo de antifúngico. Dos 183 pacientes analisados, 54% eram do sexo feminino e com idade média de  $52,2 \pm 18,6$  anos. Os antifúngicos usados foram fluconazol (83,1%), caspofugina (21,9%), voriconazol (4,9%) e anfotericina B (4,4%). A maioria dos pacientes (86,8%) fez uso de apenas um tipo de antifúngico. Dos 22 (12,0%) pacientes que utilizaram 2 tipos de antifúngicos as principais associações foram: fluconazol com caspofugina (63,6%) e fluconazol com voriconazol (18,1%). Foram analisados os resultados de 435 culturas realizadas nestes pacientes e foram encontradas leveduras (3,0%) e *Candida* (14,4%). As espécies de *Candida* foram isoladas de uroculturas (11,5%), secreções traqueiais (9,8%), hemoculturas (8,2%) e ponta de cateter (4,9%). As espécies mais prevalentes foram: *Candida tropicalis* (33,3%), *Candida albicans* (23,8%), *Candida glabrata* (9,5%), e *Candida parapsilosis* (6,3%). **Conclusão:** O uso de antifúngicos em pacientes internados em UTI nem sempre está associado a resultados de culturas, pois são drogas de escolha geralmente para terapia profilática/preemptiva quando se trata de pacientes com maior risco de desenvolver infecções fúngicas devido a pouca efetividade de medidas de prevenção. Observou-se que o fluconazol foi a droga mais utilizada.