

Introdução/Objetivo: A ocorrência de infecções por espécies de *Candida* em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal constituem um sério problema hospitalar. Para enfrentar essa situação, o tratamento empírico com antifúngicos tem se tornado crescente, sobretudo na existência de fatores de riscos e alterações inespecíficas no hemograma. O objetivo do trabalho consistiu em discutir uma série de casos de candidemia em neonatos com trombocitopenia severa.

Métodos: Foram atendidos recém-nascidos internados na unidade de terapia intensiva neonatal do Hospital das Clínicas da UFPE. O diagnóstico laboratorial consistiu na realização de exame microscópico a fresco e cultura no meio Sabouraud Dextrose Agar. Foram realizados testes de susceptibilidade dos agentes etiológicos segundo o CLSI. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco-UFPE sob o registro CAAE: 80595717.8.0000.5208.

Resultados: Durante a realização da pesquisa, sete pacientes apresentaram quadro de plaquetopenia (<50.000 células/mm³) e hemocultura positiva para *Candida*, sendo isoladas três cepas de *C. parapsilosis*, duas de *C. albicans* e uma de *C. haemulonii* e *C. famata*. Com exceção de *C. haemulonii*, que foi resistente a anfotericina B e dose dependente ao fluconazol, os demais isolados foram sensíveis a anfotericina B, fluconazol, voriconazol, micafungina, caspofungina e anidulafungina. Dado a condição crítica dos infantes, que apresentaram candidemia com plaquetopenia associada a persistência de piora clínica, foi iniciado o tratamento empírico a base de fluconazol (12 mg/kg/dia). Um paciente exibiu resposta clínica ao fluconazol, porém nos demais foi instituída anfotericina B (1 mg/kg/dia) devido à falha terapêutica e piora do quadro com petequias associadas à plaquetopenia. Apesar do esquema terapêutico instituído, dois pacientes evoluíram para o óbito por infecção hematogênica por *C. parapsilosis* e *C. albicans*. A baixa contagem de plaquetas na UTI pode ser difícil de determinação e multifatorial. Contudo, dados recentes têm demonstrado que infecções são a causa mais frequentes de trombocitopenia e choque séptico.

Conclusão: Há de se destacar que a relação entre trombocitopenia e sepse fúngica é uma condição ainda não esclarecida, sobretudo por *Candida*. Assim, para auxiliar na melhora desse panorama é indispensável a associação entre a transusão de plaquetas e terapia antifúngica.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2021.101935>

EP 200

SAPROCHAETE CLAVATA ASSOCIADA A INFECÇÃO EM PACIENTE PEDIÁTRICO NO BRASIL: RELATO DE CASO COM DESCRIÇÃO MORFOLÓGICA, SUSCEPTIBILIDADE ANTIFÚNGICA, CARACTERIZAÇÃO E AVALIAÇÃO DE BIOFILME

Felipe Tuon^a, Leticia Kraft^a, Victoria Ribeiro^a, Ana Rodrigues^b, Fabio Motta^b

^a Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR), Curitiba, PR, Brasil

^b Hospital Pequeno Príncipe, Curitiba, PR, Brasil

Introdução: Fungos emergentes raros, como *Saprochaete clavata*, estão associados a doenças invasivas, alta mortalidade e surtos. Pouco se sabe sobre o perfil de *S. clavata*, epidemiologia, fatores de risco, tratamento, biofilmes e desfechos clínicos. Além disso, poucos dados sobre as características deste microrganismo foram relatados. O objetivo desse estudo foi descrever um novo caso de infecção grave causada por *S. clavata* diagnosticada em um hospital infantil de referência no Brasil, incluindo perfil de suscetibilidade a antifúngicos, caracterização do biofilme com atividade antifúngica no biofilme de *S. clavata* e caracterização morfológica.

Métodos: Um isolado de *S. clavata*, isolada de um paciente imunocomprometido de 11 anos de idade, foi caracterizado e identificado por espectrômetro de massas (MALDI-TOF), coloração de Gram e Microscopia Eletrônica de Varredura (MEV). A produção de biofilme também foi avaliada, em paralelo com determinação de concentração inibitória mínima (CIM), teste de sensibilidade antifúngica em biofilme usando a determinação da concentração mínima de erradicação de biofilme (MBEC), quantificação de células viáveis em biofilme, e quantificação de biomassa total em biofilme. O teste U de Mann-Whitney foi usado para comparar medianas; significância estatística foi observada quando houve diferença de menos de 5% ($p < 0,05$).

Resultados: Colônias pequenas e médias, esbranquiçadas, farinosas, secas, com margem filamentosa, células semelhantes a leveduras com características bacilares, e foi observada a formação de biofilme, com valor de pontuação ≥ 2.000 pelo sistema MALDI-TOF. Os valores de CIM (em mg/L) foram: fluconazol: 2, voriconazol: ≤ 2 , caspofungina: ≥ 8 , micafungina: 2, anfotericina B: 4, flucitosina: ≤ 1 e anidulafungina: 1, enquanto a atividade antifúngica no biofilme de *S. clavata* foi mais expressiva ao avaliar anfotericina B. O MBEC, quantificação de células viáveis e biomassa total em biofilme mostraram redução expressiva do biofilme com anfotericina B.

Conclusões: Foi observado que a anfotericina B apresentou ação eficiente contra o biofilme de *S. clavata*, com um CIM valor de 4 mg/L, enquanto fluconazol e anidulafungina, apesar de apresentar valores de CIM de 2 mg/L (para ambas as drogas), não apresentou efeitos significativos contra o biofilme de *S. clavata*. Essas descobertas são extremamente úteis para elucidar e compreender o uso de fluconazol, anidulafungina e da anfotericina B contra o biofilme de *S. clavata*.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2021.101936>

EP 201

SÍNDROME DE MOÛNIER-KUHN E ASPEGILOSE PULMONAR

Roxana Flores Mamani, Rio de Janeiro, Esmailyn Castillo Santana

Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas (INI), Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Introdução: A Traqueobroncomegalia ou Síndrome de Mounier-Kuhn (SMK) é uma doença rara, observada principalmente em homens de meia idade antes da 5ª década de vida. Caracteriza-se por perda ou atrofia das fibras musculoesqueléticas da parede da traqueia e dos brônquios principais, levando a um comprometimento respiratório significativo devido a bronquiectasias, alterações que facilitam as infecções por agentes como o *Aspergillus*.

Descrição do caso: Masculino, 54 anos, Hepatite C, Diabetes Mellitus tipo 2, usuário de drogas inalatórias, ex-tabagista. Admitido por febre, tosse, hemoptise e dispneia. RT-PCR SARS-CoV-2, BAAR de escarro/Genexpert e hemocultura todos negativos. Tomografia computadorizada (TC) de tórax: Traqueobroncomegalia, calibre de traqueia 3,6 cm e brônquios com calibre de até 2,8 cm, bronquiectasias císticas / cavidades preenchidas por material sugestivo de bola fúngica (Fig. 1). Broncoscopia: Providencia (tratada com Piperacilina-Tazobactam). Imunodifusão para *Aspergillus fumigatus* e Galactomana em sangue positivo, tratado com Anfotericina B liposomal por 13 dias, suspenso por comprometimento renal e hepático, aos 50 dias de internação começou a apresentar Delirium por encefalopatia hepática, foi recomendado tratamento cirúrgico (bola fúngica) e embolização de artéria endobrônquica (hemoptise massiva intermitente requerendo transfusão de concentrado de hemácias), enquanto aguardava vaga para procedimento cirúrgico, evoluiu com ascite severa, derrame pleural a esquerda, sobre infecção pulmonar e choque séptico, foi intubado, transferido a Unidade de Cuidados Intensivos, 72 horas depois evoluiu a óbito, completando 70 dias de internação hospitalar.

Comentários: A SMK caracteriza-se pelo aumento do diâmetro da traqueia e dos brônquios principais associado à redução do clearance mucociliar, o que facilita as infecções respiratórias. O diagnóstico é feito por TC de tórax. O tratamento só é realizado nos sintomáticos, objetivando tratar o fator desencadeante da descompensação. No caso apresentado deve ser tratada a bola fúngica (*Aspergillose pulmonar*). Se a traqueobroncomegalia coexistir com condições como: necessidade de ventilação mecânica, asma, DPOC e tabagismo, a síndrome torna-se fator agravante, como é o caso do nosso paciente. A cirurgia não é realizada na maioria dos casos, sua indicação é individualizada, sendo que a implantação de stent traqueal foi benéfica em alguns casos avançados.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2021.101937>

EP 202

SÍNDROME HEMATOFAGOCÍTICA SECUNDÁRIA À HISTOPLASMOSE DISSEMINADA EM PVHIV

Caroline Soares Troccoli, Halime Silva Barcaui, Isabel Cristina Melo Mendes, Valéria Ribeiro Gomes,

Leonardo Antunes Villaca de Souza, Rafael Silveira Batista, Claudia Adelino Espanha

Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF), Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Histoplasmose é uma micose com alta endemicidade, porém o diagnóstico necessita de um alto índice de suspeição. O presente relato de caso consiste em uma paciente, sexo feminino, 26 anos, portadora de HIV por transmissão vertical em abandono de tratamento por 5 anos, apresentando CD4 de 11 células/mm³ e carga viral (CV) de 14.584 cópias/mL. Após 2 meses de início de terapia de antirretroviral (TARV), a mesma apresentou aumento de CD4 para 26 células/mm³ e CV indetectável e iniciou quadro de síndrome pancerebelar e piramidal, sendo aventada hipótese de síndrome de reconstituição imune e leucoencefalopatia multifocal progressiva. A punção líquórica foi dentro da normalidade e o PCR para vírus JC foi negativo no líquido cefalorraquidiano (LCR). Ressonância nuclear magnética de crânio evidenciou romboneningoencefalite. Foi então iniciada corticoterapia com resposta clínica parcial. Durante internação evoluiu com hepatoesplenomegalia, pancitopenia, aumento de ferritina e transaminases, além de hipertrigliceridemia e piora clínica progressiva necessitando de aminas vasoativas, sendo aventada a hipótese diagnóstica de síndrome hematófagocítica. Realizado aspirado de medula óssea, mielocultura e nova punção líquórica. Tanto na medula, quanto no sangue e no LCR evidenciando crescimento de *Histoplasma capsulatum*. Foi iniciado tratamento com Anfotericina B complexo lipídico por 42 dias, e então, iniciado Itraconazol com programação de manter o tratamento por 1 ano. A paciente evoluiu com melhora clínica importante, inclusive neurológica e segue em desmame de corticoterapia e em uso de TARV, profilaxias e Itraconazol. Descrevemos o caso de uma possível histoplasmose disseminada com acometimento neurológico secundário à síndrome de reconstituição imune e agravada por síndrome hematófagocítica, com boa resposta clínica ao tratamento antifúngico associado à corticoterapia.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2021.101938>

EP 203

SÍNDROME OCULOGLANDULAR DE PARINAUD SECUNDÁRIA À INFECÇÃO POR SPOROTHRIX SPP.: RELATO DE DOIS CASOS EM CRIANÇAS

Maria Gláucia Pereira de Andrade^a, Luíza Natielly Tavares Avelino^a, Claudia Elise Ferraz Silva^a, Reginaldo Gonçalves de Lima Neto^a, Matheus de Andrade Magalhães^b, Igor Wesland Assunção de Sá^a, Stephanie Gomes Lins de Araújo^a, Mariana Távora de Sousa Domingues^c,