antecedido por picos febris esporádicos e antibioticoterapia foi iniciada. O TMO ocorreu sem intercorrências, porém foi sucedido imediatamente por síndrome colestática, com valor de bilirrubina total atingindo 14,28 mg/dL em seu pico, às custas de bilirrubina direta, com progressiva melhora a partir do 30° dia após procedimento. Concomitantemente, o evento foi sucedido por novos picos febris diários. No 22° dia após o transplante, durante a investigação etiológica da febre, foi verificada nas fezes do paciente a presença de oocistos de Cryptosporidium sp. Neste mesmo dia, houve o aparecimento de um quadro de tosse produtiva, onde se optou pela análise do escarro dada a suspeita de uma parasitose disseminada. Um dia após a coleta da secreção, confirmou-se também a presença de Cryptosporidium sp. no escarro. Foi iniciado tratamento com nitazoxanida e azitromicina em doses elevadas, havendo melhora nos exames laboratoriais. Paciente recebeu alta hospitalar no 34° dia após o transplante, mantendo uso dos antiparasitários, e permanece em seguimento até o 100° dia no hospital-dia.

Palavras-chave: Cryptosporidium Transplante de medula óssea Parasitose Doença disseminada

https://doi.org/10.1016/j.bjid.2023.103244

ESPOROTRICOSE CUTÂNEA DISSEMINADA EM RECEPTOR DE TRANSPLANTE DE FÍGADO: UMA INFECÇÃO RARA E DESAFIADORA

Luiza Arcas Gonçalves*, Alice Tung Wan Song, Viviane Mazo Favero Gimenes, Marcello Mihailenko Chaves Magri, Edson Abdala

Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo (HCFMUSP), São Paulo, SP, Brasil

A esporotricose é uma micose subcutânea negligenciada, geralmente adquirida por inoculação traumática de material contaminado, podendo também ser transmitida por arranhões ou mordidas de gatos infectados. Nas últimas décadas, a transmissão zoonótica do Sporothrix brasiliensis tornou-se a principal forma de infecção no Brasil e está associada a apresentações incomuns da doença. Embora a maioria dos casos de esporotricose afete a pele e o tecido subcutâneo, formas disseminadas e extracutâneas são descritas em imunodeprimidos. Raros casos foram descritos em receptores de transplante de órgãos sólidos, a maioria de rim. O presente trabalho relata um caso de esporotricose em um receptor de transplante de fígado. Paciente, sexo feminino, 57 anos com antecedente de transplante de fígado em 2017 por cirrose alcoólica, em uso de everolimo (nível sérico 5,2 ng/mL) e e tacrolimo (nível sérico 3,2 ng/mL), busca serviço por queixa de lesões eritematosas dolorosas difusas com evolução de duas semanas. Paciente morava em uma fazenda no interior de São Paulo com sua família e animais de estimação, incluindo gatos saudáveis, quando evoluiu com placas eritematosas infiltradas, com centro descamativo, em locais não contíguos, especialmente em membros inferiores e dorso. Em investigação, foi realizada biópsia de pele que identificou infiltrado histiocitário difuso com leveduras na coloração Grocott, com posterior crescimento em cultura de Sporothrix brasiliensis, identificado por PCR. Foi iniciado itraconazol oral, porém paciente apresentou resposta insatisfatória após um mês de tratamento, com disseminação das lesões para face. Foi internada para receber anfotericina B lipossomal 3 mg/kg/dia e após 4 semanas foi de alta com isavuconazol oral. Poucos dias após, paciente necessitou de reinternação, tendo sido mantida com anfotericina B lipossomal pela indisponibilidade de isavuconazol para internados. Paciente apresentou recorrência das lesões, optada pela associação de terbinafina, com evolução satisfatória após. Na alta, a paciente permaneceu com terapia combinada de isavuconazol e terbinafina, com melhora clínica e sem toxicidade nos 6 meses posteriores. No contexto de pacientes imunodeprimidos, a esporotricose é uma condição rara associada a formas mais graves de apresentação e desafios diagnósticos e terapêuticos. Relatamos o caso de uma esporotricose cutânea disseminada em receptor de transplante hepático tardio, com resposta insatisfatória à monoterapia com itraconazol.

Palavras-chave: Esporotricose Transplante de fígado Sporothrix brasiliensis Forma cutânea disseminada

https://doi.org/10.1016/j.bjid.2023.103245

FEBRE MACULOSA BRASILEIRA TRANSMITIDA PELO TRANSPLANTE RENAL? RELATO DE CASO

Gabriel Berg de Almeida*, Ricardo de Souza Cavalcante, Flávio Pasa Brandt, Matheus Soares Baracho Ramos, Ricardo Augusto Monteiro de Barros Almeida

Faculdade de Medicina de Botucatu (FMB), Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho" (UNESP), Botucatu, SP, Brasil

A febre maculosa brasileira (FMB) é uma riquetsiose de elevada mortalidade. Não foram identificados relatos de sua transmissão via transplante de órgãos. Mulher de 25 anos, lúpica, foi submetida ao transplante renal (TxR) em setembro de 2021. Apresentava-se assintomática e negava exposição epidemiológica recente à FMB. O doador era procedente de Salto-SP e evoluiu para óbito devido a pneumonia e meningoencefalite, sem etiologia confirmada. Sete dias após o TxR, em uso de tacrolimo, micofenolato e prednisona, a paciente evoluiu com cefaleia, febre e exantema maculopapular. Não havendo melhora com meropenem e vancomicina, foram acrescentadas doxiciclina e ampicilina. A paciente completou 14 dias de tratamento e recebeu alta completamente assintomática. Três semanas após, compareceu ao nosso ambulatório referindo recidiva da sintomatologia inicial. O exantema maculopapular acometia palmas das mãos e plantas dos pés. Devido à hipótese de transmissão de FMB pelo enxerto, foi reiniciada doxiciclina, 100 mg de 12/12h, notando-se completa melhora após 48 h. A paciente concluiu 28 dias de retratamento, sem recorrência dos sintomas. O diagnóstico de FMB foi confirmado por sorologia (IFI) e PCR para Rickettsia sp em biópsia de pele. A receptora do outro rim evoluiu simultaneamente de forma similar, recebendo os mesmos tratamentos para o quadro inicial e para a recidiva dos sintomas. Contudo, não foi possível comprovação diagnóstica de FMB. As apresentações clínicas similares entre as