Palavras-chave: Profilaxia antimicrobiana Gentamicina oral Transplante de células-tronco Infecção de corrente sanguínea Enterobactérias resistentes

https://doi.org/10.1016/j.bjid.2023.103263

REAÇÃO CRUZADA DO TESTE DE ANTÍGENO GALACTOMANANA DO HISTOPLASMA EM PACIENTE IMUNOSSUPRIMIDO TRANSPLANTADO RENAL COM PARACOCCIDIOIDOMICOSE

Pedro Henrique Nascimento Theodoro*, Matheus Oliveira Bastos, Marcela de Faria Ferreira, Rodrigo de Almeida Paes, Andrea Gina Varon

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

Introdução: Paracoccidioidomicose (PCM) e histoplasmose são micoses endêmicas na América do Sul. Ambas podem apresentar semelhanças, como adenopatias, lesões pulmonares escavadas e lesões cutâneas. O isolamento fúngico e a histopatologia ainda são os métodos padrão-ouro, porém podem causar atraso no diagnóstico, contribuindo para a morbi-mortalidade, especialmente em pacientes imunodeprimidos. Um grande avanço na investigação da histoplasmose é a detecção de antígeno urinário de Histoplasma, que permite o rápido diagnóstico com alta sensibilidade e especificidade nos casos de infecção disseminada. Reportamos aqui um paciente imunossuprimido cuja investigação inicial com antígeno urinário de Histoplasma sugeriu diagnóstico de histoplasmose disseminada, porém o diagnóstico definitivo foi PCM.

Relato de caso: Um homem de 42 anos, transplantado renal em 2016 em uso de tacrolimus, micofenolato de sódio e prednisona, abriu um quadro em 2021 de lesões de pele ulceradas e evoluiu com perda ponderal, febre, linfadenopatia generalizada e rouquidão. Internado em setembro de 2022 com anemia, alteração da função renal, infiltrado pulmonar bilateral, cavitação em lobo superior esquerdo e linfonodomegalia disseminada. Nos quatro primeiros dias foram coletadas hemoculturas para fungos e micobactérias, escarro para fungos e micobactérias, biópsias de pele e linfonodo, antígeno criptocócico sérico e antígeno de Histoplasma urinário. Os primeiros resultados, disponíveis em 3 dias, foram o antígeno criptocócico sérico negativo e o antígeno de Histoplasma urinário positivo, sendo prontamente iniciado anfotericina B complexo lipídico. Após 7 dias os histopatológicos de pele e linfonodo revelaram Paracoccidioides sp., e após 42 dias as culturas de pele, linfonodo e escarro foram positivas para P brasiliensis. Houve melhora do quadro clínico e paciente recebeu alta em uso de itraconazol para acompanhamento ambulatorial.

Comentários: Reação cruzada do antígeno urinário para Histoplasma com outros fungos é pouco reportada, limitada a estudos de validação do método e alguns estudos transversais. Apesar do resultado falso-positivo, o antígeno urinário para Histoplasma não deixou de ser uma importante ferramenta no caso acima reportado, pois permitiu o início rápido de anfotericina B, que trata a grande maioria dos fungos. Dessa forma, esse exame tem grande valia para pacientes com suspeita de infecção fúngica e merece ser estudado em outras micoses endêmicas.

Palavras-chave: Antígeno urinário Histoplasma Paracoccidioidomicose Imunossupressão Reação cruzada

https://doi.org/10.1016/j.bjid.2023.103264

RELATO DE CASO DE ASPERGILOSE DISSEMINADA EM PACIENTE TRANSPLANTADA RIM-PÂNCREAS

Franciny Marques Gastaldi[a,*], Francielly Marques Gastaldi[b]

[a] *Hospital Santa Genoveva Rede Materdei, São Paulo, SP, Brasil;*
[b] *Hospital de Clínicas de Uberlândia (HCU), Uberlândia, MG, Brasil*

Introdução: A Aspergilose é uma infecção fúngica oportunista, ainda prevalente em pacientes oncológicos ou transplantados. Os seus esporos são inalados e facilmente adentram as vias aéreas inferiores, facilitando o desenvolvimento de quadros pulmonares. Entretanto, devido a imunossupressão, a infecção pode acometer outros órgãos, ocasionando manifestações atípicas e potencialmente graves, o que pode influenciar na morbimortalidade, mesmo com o tratamento adequado.

Descrição do caso: Paciente do sexo feminino, 36 anos, peso inicial de 40 kilos, transplantada rim-pâncreas, em uso apenas de corticoterapia (por toxicidade dos imunossupressores), apresentava história de cefaleia holocraniana, descarga nasal, perda de acuidade visual sobretudo à esquerda, astenia e febre, com caráter crônico, mas progressivo. Submetida à investigação, sendo identificado lesão encefálica, com efeito de massa, associado a sinusite bilateral, com necessidade de abordagem cirúrgica. Em biópsia e posteriormente em cultura do material coletado, foi identificado Aspergillus fumigatus. Optaram por tratamento com Isavuconazol, por dois meses, com posterior substituição por Voriconazol endovenoso. Paciente apresentou retorno dos sintomas visuais, e posterior início de tosse seca e dispneia, procurando atendimento médico. Submetida novamente à investigação radiológica, sendo evidenciado neuropatia óptica bilateral, e opacidades em vidro fosco compatíveis com comprometido pulmonar. Devido ao diagnóstico de recaída da Aspergilose, mesmo durante ao uso do triazólico, optou-se por tratamento com Anfotericina lipossomal, com indução intrahospitalar de 2 gramas, com posterior manutenção de 150 mg semanal (3 mg/kg semanal), completando 5 gramas. Paciente apresentou resolução de todos os sintomas (exceto, pela recuperação parcial da visão), sendo mantido acompanhamento ambulatorial rigoroso. Submetida novamente a controle imaginológico, sem evidências de doença ativa. Comentário: O caso descrito acima demonstra a considerável morbidade relacionada com a infecção fúngica, mesmo com o diagnóstico e tratamento realizados adequadamente. A imunossupressão associada à patologia deve ser considerada e manejada durante o processo infeccioso, a fim de evitar demais complicações. O comprometimento difuso, incluindo sítios