consideradas incomuns tiveram sua taxonomia confirmada pela espectrometria de massa e sequenciamento das regiões ITS1 e ITS4 do RNAr. Os testes de susceptibilidade antifúngica in vitro foram realizados pelo método de microdiluição em caldo padronizado pelo *Clinical and Laboratory Standards Institute*.

Resultados: Foram diagnosticados 44 casos de fungemia neonatal por leveduras, destes nove foram por espécies consideradas raras. Após a taxonomia polifásica as espécies incomuns foram identificadas como *C. pelliculosa* (nome atual *Wickerhamomyces anomalus*) em cinco casos de fungemia associados a um surto que ocorreu em uma UTIN; *C. haemulonii* em dois casos; *C. famata* (nome atual *Debaromyces hansenii*) em um caso; e *Lodderomyces elongisporus* em um caso. Em relação a susceptibilidade antifúngica in vitro as leveduras incomuns testadas foram susceptíveis à anfotericina B e ao fluconazol, exceto os dois isolados de *C. haemulonii* que apresentaram elevada CIM frente à anfotericina B (CIM ≥8 μg/mL) e ao fluconazol (CIM ≥32 μg/mL). Todas as leveduras apresentaram baixo CIM frente às equinocandinas.

Conclusão: Fungemia por espécies raras ocorrem em UTIN de Pernambuco, sendo indispensável a instituição do diagnóstico preciso e precoce, além da realização de testes de susceptibilidade antifúngica in vitro para detecção de espécies resistentes, possibilitando desta forma, o melhor planejamento de estratégias de controle, bem como o direcionamento para melhor terapêutica.

Palavras-chave: Candidemia , Neonatos , Infecção , Fúngica

https://doi.org/10.1016/j.bjid.2023.103295

HISTOPLASMOSE PULMONAR EM PACIENTE PEDIÁTRICO: UM RELATO DE CASO

Fernanda Prohmann Villas Boas[b,*], Sarah Souza Santos[a], Renata Peixoto Machado[a], Ramon Reis Silva[b], Raquel Mascarenhas Freitas[c]

[a] *Centro Universitário de Excelência – Feira de Santana, Feira de Santana, BA, Brasil;*
[b] *Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), Feira de Santana, BA, Brasil;*
[c] *Universidade Federal do Recôncavo Baiano, Feira de Santana, BA, Brasil*

Introdução: A histoplasmose é uma doença fúngica, sistêmica, mais prevalente nos trópicos e nas américas. Pouco se sabe sobre sua distribuição no Brasil, por não ser objeto de vigilância epidemiológica de rotina, nem notificação compulsória, sendo muito subnotificada. A histoplasmose tende a ter um curso benigno, majoritariamente assintomático.

Relato de Caso: Sexo masculino, 3 anos, previamente hígido, é internado com febre há 7 dias, tosse, dor abdominal, edema de membros inferiores, diurese concentrada e dejeções ausentes há 3 dias. Exames laboratoriais revelaram hemoglobina 9,0 g/dL, leucócitos 20.500 mm^3, Aspartato Aminotransferase (AST) 70 U/L, Alanina Aminotransferase (ALT) 44 U/L, gama-glutamiltransferase 287 U/L, fosfatase alcalina 313 U/L e proteína c-reativa 149,1 U/L. Ao Raio X de tórax, infiltrados nodulares difusos bilaterais e áreas de condensação. É tratado com Azitromicina + Ceftriaxona por suspeita de pneumonia bilateral, sem sinais de melhora e persistência da febre. São solicitadas sorologias para citomegalovírus, vírus da imunodeficiência humana, leishmaniose e baciloscopia para tuberculose, que resultam negativos, e sorologia para Epstein-barr vírus, IgG e IgM positivos. Para seguimento diagnóstico, é realizada Tomografia Computadorizada (TC) de tórax com múltiplos focos de consolidação randômicos e bilaterais, linfonodopatias mediastinais e hilares bilaterais, sugestivo de processo inflamatório/infeccioso, possivelmente doença granulomatosa fúngica. Hepatoesplenomegalia discreta é evidenciada por TC de abdome. Realiza biópsia pulmonar guiada, por suspeita de infecção fúngica, cuja análise anatomopatológica evidenciou pneumonia, numerosas estruturas fúngicas (Grocott+) compatíveis com histoplasmose pulmonar. Diante disso, é iniciada terapia com anfotericina B desoxicolato 1 mg/kg/dia, porém paciente apresenta reação à droga, com febre, tremores e vômitos. É iniciada anfotericina B complexo lipídico, 5 mg/kg/dia por 14 dias, com melhor aceitação. Paciente recebe alta em bom estado geral com droga para manutenção do tratamento, Itraconazol, 1 cápsula, via oral de 12/12h por 10 semanas.

Comentários: A histoplasmose é comumente assintomática ou se manifesta como uma síndrome gripal, mas pode ser mais grave em pacientes imunocomprometidos ou lactentes, que estão mais suscetíveis à forma disseminada. Relata-se um caso de histoplasmose pulmonar sintomática, com manifestações de gravidade em criança previamente hígida.

Palavras-chave: Histoplasmose , Pediatria , Pneumopatias fúngicas

https://doi.org/10.1016/j.bjid.2023.103296

HISTOPLASMOSE CUTÂNEA EXTENSA ASSOCIADA À PÊNFIGO VULGAR EM PACIENTE IMUNOCOMPETENTE

Roberta Lestch da Silveira*, Jerusa Marquardt Corazza, Fernanda Caldeira Veloso dos Santos, Thami Ellen Busanello Spanevello, Adriane Schio Pagliarini

Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, RS, Brasil

A histoplasmose, causada pelo fungo *Histoplasma capsulatum*, é uma micose endêmica que eventualmente pode resultar em doença grave. A maioria dos pacientes que desenvolve histoplasmose severa é imunodeprimida ou está em extremos de idade. Pode apresentar-se clinicamente com sintomas constitucionais, linfadenopatia, hepatoesplenomegalia, lesões de pele e mucosas. O diagnóstico é feito através de suspeita clínica associada à visualização direta/cultura do fungo em tecidos e/ou exame histopatológico. Anticorpos anti Histoplasma e antígeno urinário podem auxiliar na investigação. Paciente masculino, 55 anos, agricultor, encaminhado da atenção primária por perda de peso e placa eritematosa e dolorosa em bordo de língua iniciados há 5 meses. Realizada biópsia da lesão, sem identificação de microrganismos em exames diretos e culturas. Após 4 meses evoluiu com disfonia e lesões de pele bolhosas, frágeis, pruriginosas, com