bacteriana, sem resposta terapêutica. Evoluiu com piora clínica sendo submetida à intubação orotraqueal e iniciada anfotericina B por suspeita de mucormicose. Foi encaminhada para o Hospital de Base do Distrito Federal onde foi internada em unidade de unidade intensiva com posterior extubação e ressecção de lesão irregular em região de arco zigomático e maxilectomia à direita. O histopatológico evidenciou fungos em forma de hifas largas, onduladas, paucisseptadas sugestivos de mucormicose e presença de angioinvasão. Na cultura de fragmento de tecido, cresceu *Aspergillus spp*. e na de fragmento ósseo, A. baumannii. Diante disso, a paciente manteve estabilidade clínica com uso de anfotericina B lipossomal, voriconazol e antibioticoterapia guiada para A. baumanni. Segue internada em enfermaria de Infectologia.

Comentários: A mucormicose associada à aspergilose revela um caráter atípico, visto que o diagnóstico histológico se baseia no achado de hifas não septadas ou poucos septadas ao contrário do Aspergillus. Ademais, o quadro agudo e deformante característico da murcomicose foi associado à manifestação indolente da aspergilose descrita nos antecedentes, corroborado pelo seu crescimento em cultura. Dessa forma, deve-se considerar infecções fúngicas concomitantes com miscelânia clínica em pacientes diabéticos.

Palavras-chave: Mucormicose , Aspergilose invasiva , Diabetes *mellitus* , Infecção fúngica

https://doi.org/10.1016/j.bjid.2023.103305

NEUROCRIPTOCOCOSE EM PACIENTE IMUNOCOMPETENTE E SÍNDROME DA RESPOSTA INFLAMATÓRIA PÓS-INFECCIOSA – RELATO DE CASO

Júlia Domingues Gatti*, Alexandre Motta Mecê, Acsa Caroline Mesquita da Silva, Júlia Lustosa Martinelli, Andressa Caroline Paranhos

Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Campinas, SP, Brasil

Em pacientes imunocompetentes, o tratamento de meningoencefalite por *Cryptococcus spp*. é desafiador, tendo a variante gatti como principal agente. A hipertensão intracraniana e sequelas neurológicas são frequentes. A despeito da terapia antifúngica apropriada, outra complicação incomum e grave é a síndrome de reconstituição imune inflamatória. Poucos são os relatos desta resposta imune paradoxal, o que muitas vezes atrasa a hipótese diagnóstica e tratamento adequado, podendo resultar em sequelas importantes. Destacamos o caso clínico de uma paciente de 24 anos, imunocompetente, com história de cefaleia refratária há 4 meses, que evoluiu com diplopia binocular horizontal. Na investigação complementar, foi identificado antígeno para *Cryptococcus* reagente e crescimento de *C. gattii* em cultura, com necessidade de derivação lombar para controle de hipertensão intracraniana refratária. Tratada com Anfotericina e Fluconazol em fase de indução por 30 dias, com negativação de culturas, recebeu alta em tratamento de consolidação com Fluconazol, assintomática. Após um mês, retorna com perda ponderal, náuseas, vômitos e cefaleia. Optado por reintroduzir esquema de indução com Anfotericina B e Flucitosina. Culturas de fungo do líquor, entretanto, resultaram negativas. Durante nova internação, paciente apresentou amaurose súbita e indolor em olho esquerdo, com exame oftalmológico e RM crânio sugestivos de evento vasculítico, levando ao diagnóstico provável de vasculite de pequenos vasos induzida por *Cryptococcus*. Introduzido corticoterapia com dexametasona. Então, apresentou melhora progressiva da cefaleia, ganho de peso e recuperação gradual da visão. Após 3 meses recebeu alta assintomática com esquema de consolidação com Fluconazol e corticoterapia em redução progressiva. A síndrome de reconstituição imune inflamatória é incomum em pacientes imunocompetentes, podendo se desenvolver de 4 semanas a 12 meses após início do tratamento antifúngico. O envolvimento cerebral e o sexo feminino são fatores de risco, e o tratamento é baseado em uso de corticoterapia, apesar de estudos sobre o tema serem escassos. O caso evidenciou piora clínica, radiológica e oftalmológica da paciente em vigência do tratamento com antifúngicos, já com culturas negativas, apresentando melhora após a introdução de corticoterapia, ressaltando a importância de se considerar a hipótese da resposta inflamatória pós-infecciosa entre os diagnósticos diferenciais no seguimento desses pacientes.

Palavras-chave: *Cryptococcus gattii* , Meningoencefalite fúngica , Imunocompetente , Síndrome de reconstituição imune , Síndrome da resposta inflamatória

https://doi.org/10.1016/j.bjid.2023.103306

O ESTADO ATUAL DA MICOLOGIA LABORATORIAL NA ÁSIA/PACÍFICO: UMA PESQUISA DA CONFEDERAÇÃO EUROPEIA DE MICOLOGIA MÉDICA (ECMM) E DA SOCIEDADE INTERNACIONAL DE MICOLOGIA HUMANA E ANIMAL (ISHAM)

Jon Salmanton-Garcia[c,*], Au Wing-Yan[b], Arunaloke Chakrabarti[a], Oliver A. Cornely[b]

[a] *Department of Medical Microbiology, Postgraduate Institute of Medical Education and Research, Chandigarh;*
[b] *Blood-Med Clinic, Central, Hong Kong;*
[c] *University Hospital Cologne, Germany*

Introdução: As Infecções Fúngicas Invasivas (IFIs) na região da Ásia e do Pacífico são uma ameaça para pacientes com doenças malignas, diabetes *mellitus* não controlada ou infecção pelo vírus da imunodeficiência humana não diagnosticada/não tratada e Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (HIV/AIDS). O acesso adequado e precoce a ferramentas de diagnóstico e antifúngicos é essencial para o manejo clínico das IFIs e a sobrevivência desses pacientes.

Métodos: A pesquisa sobre a capacidade de diagnóstico de IFIs foi realizada online e pode ser acessada em www.clinicalsurveys.net/uc/IFI_management_capacity/. O objetivo da pesquisa foi coletar os seguintes dados: perfil da instituição, percepções sobre a IFIs na respectiva instituição, dados de diagnóstico microbiológico – exame micológico direto, cultura e identificação de fungos, de agentes etiológicos, dados de diagnóstico não-microbiológicos – sorologia, detecção de

antígenos e disponibilidade de testes moleculares e a disponibilidade local de drogas antifúngicas.

Resultados: Um total de 235 centros de 40 países/territórios da Ásia/Pacífico respondeu ao questionário. Mais da metade deles pertencia a seis países: Índia (25%), China (17%), Tailândia (5%), Indonésia, Irã e Japão (4%). *Candida spp*. (93%) e *Aspergillus spp*. (75%) foram considerados os patógenos mais relevantes relacionados às IFIs. A maioria das instituições tinha acesso a microscopia (98%) ou ao diagnóstico por cultura (97%). Além disso, 79% delas tinham acesso à detecção de antígenos, 66% testes moleculares e 63% a testes de anticorpos. O acesso a antifúngicos variou entre os países/territórios. Pelo menos um triazólico estava disponível em 93% dos locais estudados, sendo voriconazol, o triazólico mais frequentemente utilizado (89%), enquanto 80% tinham pelo menos uma formulação de anfotericina B disponível e 72% pelo menos uma equinocandina.

Conclusões: Atualmente, com base nas respostas fornecidas, os recursos disponíveis para o diagnóstico e o tratamento da IFI variam nos países/territórios da Ásia/Pacífico. Fatores econômicos ou geográficos podem desempenhar um papel fundamental na incidência e no tratamento clínico das IFIs em países da região Ásia/Pacífico. A cooperação regional pode ser uma boa estratégia para superar as deficiências.

Palavras-chave: Asia/Pacífico , Antifungico , Diagnóstico infección fúngica , Tratamiento

https://doi.org/10.1016/j.bjid.2023.103307

PARACOCCIDIOIDOMICOSE COM COMPROMETIMENTO NEUROLÓGICO EM PACIENTE IMUNOCOMPETENTE

Rosilene Silva Araujo[a,*], Clovis Ribeiro Antunes Filho[a], Darcy Fiorot Coradini[a], Daniely das Graças Roberto[b]

[a] *Faculdade Dinâmica do Vale do Piranga (FADIP), Ponte Nova, MG, Brasil;*
[b] *Hospital Arnaldo Gavazza Filho, Ponte Nova, MG, Brasil*

A Paracoccidioidomicose (PCM) é uma doença causada por fungo do gênero *Paracoccidioides spp*., com prevalência patogênica no Brasil de duas espécies, a *Paracoccidioides brasiliensis* e a *Paracoccidioides lutzii*, encontradas, principalmente, em áreas agrícolas. A transmissão está correlacionada ao manejo de solo contaminado e a via inalatória é o meio de contaminação mais comum. Trata-se de um paciente de 58 anos, residente em Ponte Nova - MG, previamente hígido, a filha procurou atendimento médico hospitalar pois encontrou o pai caído em casa. À admissão, o paciente apresentava ataxia de tronco cerebelar, dismetria, disdiadococinesia, marcha ebriosa, perda de propriocepção, incoerente com as informações e lesão ulcerosa em lábio superior esquerdo e cavidade oral (palato e língua). Filha relata que pai é etilista e tabagista de longa data. Trabalhador rural em áreas de plantações de café, exposto a paióis e aves. Foi submetido a Tomografia Computadorizada (TC) de Crânio que evidenciou múltiplas lesões disseminadas supra e infratentoriais com edema associado. Iniciado corticoide. Realizada punção liquórica onde não evidenciou alterações significativas. A TC de Tórax evidenciou infiltrado pulmonar e vidro fosco difuso com broncogramas aéreos associados. Foi descartado a possibilidade de COVID-19 e iniciado propedêutica. A TC de Fase demonstrou fratura de mandíbula esquerda, fixada cirurgicamente e neste interim foi realizado a biopsia de mucosa oral. Evoluiu com crises convulsivas com boa resposta a fenitoína. A biópsia teve como resultado imagens sugestivas de Paracoccidioides brasilienses. Com o diagnóstico de paracoccidioidomicose sistêmica (neural, pulmonar e mucosa) em paciente imunocompetente foi iniciado deoxicolato de anfotericina B 50 mg/dia. O paciente evoluiu com piora das escórias nitrogenadas e assim modificado para anfotericina B lipossomal 6,4 ampolas/dia por 13 dias. Houve melhora da função renal e clínica. Recebeu alta, em uso de sulfametoxazol/trimetropina. Avaliado pelo infectologista em ambulatório e feito troca para Itraconazol. Paciente cursou com melhora leve das lesões orais e cutâneas e dos sintomas neurológicos, mantendo discreta ataxia, déficit cognitivo. A PCM é uma doença que deve ser pensada como diagnóstico diferencial em locais onde são prevalentes, tendo um diagnóstico precoce e terapêutica adequada evolui com desfecho favorável.

Palavras-chave: Paracococidioidomicose , Sistema nervoso central , neuroinfecção

https://doi.org/10.1016/j.bjid.2023.103308

PARACOCCIDIOIDOMICOSE DUODENAL COM EVOLUÇÃO GRAVE EM PACIENTE COM TUBERCULOSE PULMONAR

Gabriela de Queiroz Fontes*,
Luana Vasconcelos Freitas, Mariana Lanna Magalhães, José Celso Ardengh

Instituto de Infectologia Emílio Ribas (IIER), São Paulo, SP, Brasil

A Paracoccidioidomicose (PCM) é uma doença fúngica relacionada às espécies *Paracoccidioides brasiliensis* e *P. lutzii*, endêmica no Brasil e outros países da América Latina. Apresenta-se de forma aguda com acometimento do sistema reticuloendotelial e é mais comum em jovens; ou crônica, em que se observa lesão pulmonar típica com aspecto em "asa de morcego", muitas vezes diagnosticada e tratada erroneamente como Tuberculose (TB). Apesar disso, a coinfecção PCM-TB é frequente, chegando a 20% dos casos. Já a PCM intestinal é rara, representa menos de 1% dos casos e mimetiza doenças como carcinomas, tuberculose e doença inflamatória intestinal. Este relato de caso traz apresentação atípica com acometimento duodenal e coinfecção com TB disseminada e evolução para síndrome colestática. É um homem de 43 anos que iniciou febre diária com quadro respiratório prolongado e perda de 20 quilos em poucos meses. Veio com histórico de trabalho em agricultura até os 18 anos no sertão nordestino e depois em Ribeirão Preto – zona urbana com alta prevalência para PCM no interior de São Paulo. A tomografia de tórax exibia padrão micronodular difuso em ambos hemitóraces, e o lavado broncoalveolar confirmou diagnóstico de tuberculose através de baciloscopia e teste molecular positivo para Mycobacterium tuberculosis. O teste de HIV era negativo. Associado a esses sintomas, o paciente começou a apresentar colestase extra-hepática com dor abdominal, prurido, colúria