diabetes mellitus. Em dois pacientes não foram identificadas causas de imunossupressão. Óbito foi o desfecho de 11 (23%) pacientes. Dois pacientes que foram a óbito apresentavam outras infecções oportunistas como histoplasmose disseminada e meningite tuberculosa. Em 15 pacientes foi realizada a titulação do Antígeno Criptocócico (CrAg) no líquor. Os títulos variaram entre 1:80 a 1:163840. Onze pacientes obtiveram títulos de CrAg ≥1:1280. A identificação de 38 isolados fúngicos foi realizada pela técnica de MALDI-TOF, onde 92,1% (35/38) eram *C. neoformans* e 7,9% (3/38) eram *C. gattii*. Quanto à tipagem molecular, observou-se que 97,1% (34/35) das leveduras de *C. neoformans* eram da linhagem VNI; os isolados de *C. gattii* foram identificados como VGII.

Conclusão: Nesta casuística evidenciou-se que a criptococose acomete gravemente pessoas com imunossupressão avançada. Altos títulos de antígeno criptocócico podem ter influenciado nos óbitos. Observa-se ainda o isolamento de *C. gattii* VGII altamente virulento. Ratifica-se a importância de políticas de saúde específicas para estes grupos, visando diagnóstico precoce e diminuição dos óbitos e sequelas.

Palavras-chave: Criptococose , *Cryptococcus* , Neurocriptococose

https://doi.org/10.1016/j.bjid.2023.103279

DIAGNÓSTICO LABORATORIAL DE ESPOROTRICOSE LINFOCUTÂNEA HUMANA CAUSADA POR SPOROTHRIX SCHENCKII: UMA INFECÇÃO CONSIDERADA RARA NO CEARÁ

Zayra Hellen de Abreu Alexandre[a,*], Jacó Ricarte Lima Mesquita[a], Ângela Maria Veras Stolp[b], Naiara Lima Fontenele[a], Lisandra Serra Damasceno[a]

[a] *Hospital São José de Doenças Infecciosas, Fortaleza, CE, Brasil;*
[b] *Laboratório Central de Saúde Pública (Lacen), Brasil*

Introdução: A esporotricose é uma doença subaguda ou crônica causada por um fungo dimórfico do gênero *Sporothrix spp*. O contágio acontece por atividades ocupacionais envolvendo manipulação de solo/vegetais contaminados, ou pela arranhadura/mordedura de animais infectados. As formas clínicas mais frequentes são a linfocutânea e a cutânea fixa. O diagnóstico definitivo da doença é feito a partir do isolamento do fungo em cultura.

Descrição do caso: Paciente do sexo masculino, de 17 anos, procedente de Fortaleza-CE, sem comorbidades prévias, buscou atendimento, em abril de 2023, no serviço de infectologia de um hospital público de Fortaleza, com histórico de arranhadura no punho esquerdo por um gato doméstico há 30 dias. O animal apresentava feridas no corpo há cerca de 2 meses. Foi prescrito inicialmente, amoxicilina/clavulanato por 10 dias e soro antirrábico humano. Em maio de 23, o paciente procurou novo atendimento, por não haver melhora da lesão, sendo realizado biópsia da lesão e cultura de fragmento de pele. Após 10 dias da biópsia de pele, o paciente foi avaliado no ambulatório de micoses sendo observado uma placa hiperemiada com crosta no punho e cadeia linfonodal no antebraço esquerdo. A biópsia de pele revelou dermatite crônica em moderada atividade, perivascular, focalmente espongiótica. Pesquisa negativa para BAAR, fungos e Leishmania. Após 35 dias de cultivo em Ágar Sabouraud Dextrose 2% e ágar Mycosel foi identificado crescimento de colônias enrugadas e acastanhadas/enegrecidas nas bordas, sugestivas de *Sporothrix spp*. A visualização microscópica com lactofenol azul de algodão mostrou hifas hialinas, septadas, ramificadas com conídios dispostos em cachos terminais semelhantes a uma margarida. A identificação da espécie foi realizada por espectrometria de massa de tempo de voo de dessorção/ionização a laser (MALDI-TOF VITEK-MS®), com valor de confiança de 99,9%, onde foi identificado Sporothrix schenckii. Foi iniciado o tratamento com itraconazol 200 mg/dia, e o paciente segue em acompanhamento no ambulatório de micoses.

Comentários: No Ceará os casos de esporotricose são considerados raros. A inexistência de uma rede de atenção às micoses no Estado dificulta a identificação dos casos, reforçando a necessidade de implementação de políticas que visem a capacitação dos profissionais de saúde para a suspeição e diagnóstico precoce desta micose no Ceará.

Palavras-chave: *Sporothrix schenki* , Esporotricose , Linfocutânea , Ceará

https://doi.org/10.1016/j.bjid.2023.103280

ENDOCARDITE DE VALVA NATIVA POR CANDIDA ORTHOPSILOSIS DE DIFÍCIL TRATAMENTO – UM RELATO DE CASO

Pedro Antônio Passos Amorim[b,*], Adriana Oliveira Guilarde[c], Lisia Gomes Martins de Moura Tomich[c], Luiz Felipe Silveira Sales[a], Duanny Lorena Bueno Machado[b]

[a] *Hospital Estadual de Doenças Tropicais Dr. Anuar Auad, Goiânia, GO, Brasil;*
[b] *Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás (UFG), Goiânia, GO, Brasil;*
[c] *Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública (IPTSP), Universidade Federal de Goiás (UFG), Goiânia, GO, Brasil*

Introdução: A endocardite fúngica por espécies do complexo *Candida parapsilosis* representa cerca de 1% de todos os casos de Endocardite Infecciosa (EI). A EI fúngica em valva nativa é incomum, mas pode ocorrer na presença de fatores de risco como imunossupressão e portadores de dispositivos intravasculares. Apresentamos um caso grave de EI por *Candida orthopsilosis*, uma espécie pouco descrita neste cenário.

Relato: Uma paciente do sexo feminino, 18 anos, com história de doença renal crônica, estava há 1 ano em hemodiálise através de cateter tipo Shilley. Foi admitida em UTI com relato de que, há 3 semanas, apresentava calafrios e febre durante sessões de diálise e sinais de instabilidade hemodinâmica. O exame físico revelou sopro cardíaco, hepatoesplenomegalia e hiperemia em sítio do cateter. Paciente com trombose em outros possíveis sítios para punção venosa. O dispositivo foi removido e iniciada antibioticoterapia de amplo espectro. Nas primeiras 48h de internação laboratório identificou *Candida orthopsilosis* em amostras de

hemoculturas, sendo então suspenso antibióticos e iniciada micafungina 150 mg ao dia guiado por teste de sensibilidade. Durante manejo inicial, ecocardiograma transtorácico evidenciou imagem ecodensa e móvel, em valva tricúspide, medindo 14 × 8 mm, sugestiva de vegetação. Além disso, havia sinais de embolização séptica em tomografias computadorizadas de tórax e abdome. Não apresentou endoftalmite. Permaneceu com quadro febril e hemoculturas persistentemente positivas após 1 semana de tratamento. Paciente foi submetida a troca da valva cardíaca, tratamento foi modificado para anfotericina e fluconazol. Mantido azótico por mais 6 semanas até negativação da hemocultura, finalizando 12 semanas de tratamento. A mesma cepa de *Candida orthopsilosis* foi isolada do material intraoperatório da valva afetada.

Conclusão: A EI fúngica por Candida, apesar de pouco relatada, tem tido um aumento na incidência dos casos. A *Candida orthopsilosis* apresenta sensibilidade aos azólicos, poliênicos e equinocandinas, mas em nosso caso foi necessário a terapia combinada por aumento da concentração inibitória mínima para micanfungina no decorrer do tratamento. Considerando a alta morbimortalidade destas infecções fúngicas, o diagnóstico precoce tem modificado positivamente o desfecho clínico. Acredita-se que o tratamento prolongado e o controle do foco infeccioso sejam a base para o manejo de sucesso da EI complicada como apresentado em nosso relato.

Palavras-chave: Endocardite , fungos , *Candida spp*.

https://doi.org/10.1016/j.bjid.2023.103281

ESPOROTRICOSE DISSEMINADA COM COMPROMETIMENTO OCULAR EM PACIENTE SEM IMUNODEFICIÊNCIA CONHECIDA

Jefersson Matheus Maia de Oliveira*,
Bruna Carolina Sawa, Eveline Pipolo Milan,
Fernanda Gurgel de Oliveira, Mirella Alves Cunha

Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Natal, RN, Brasil

A esporotricose é uma micose causada por fungos da espécie Sporothrix, sendo predominante em regiões tropicais e subtropicais. Em 80% dos casos, os pacientes apresentam a forma linfocutânea. O comprometimento sistêmico é raro, estando associado, geralmente, à imunodepressão. O objetivo deste trabalho é relatar um caso de esporotricose disseminada com comprometimento ocular em paciente imunocompetente. Paciente do sexo masculino, 41 anos, auxiliar de pedreiro, apresentou lesão ulcerada em dorso da mão esquerda, após acidente perfurocortante com espinho. Após dois meses, ocorreu o surgimento de novas lesões em membro superior direito, com posterior disseminação para tórax, abdome e membros inferiores, de aspecto papulonodular com conteúdo purulento que rompiam e tornavam-se ulceradas e crostosas. Referia também febre e perda de peso no período. Além disso, relatava sensação de ardência e redução da acuidade visual do olho direito, com presença de drenagem de conteúdo com aspecto purulento e exposição do conteúdo uveal. Etilista de grande monta e tabagista. Sorologia para HIV 1 e 2 não reagente. Cultura de fragmentos de pele e de secreção ocular com crescimento de *Sporothrix spp*. Foi realizada evisceração ocular e tratamento sistêmico com anfotericina B, evoluindo melhora clínica completa das lesões, com alta hospitalar e seguimento ambulatorial em uso de itraconazol. A esporotricose ocular é uma apresentação rara da doença, predominando o comprometimento conjuntival e mais raramente uveíte, iridociclite e coroidite. No caso em questão, o paciente apresentava extenso comprometimento local, com completa desorganização das estruturas oculares e necessidade de evisceração ocular, condição rara descrita. Não havia descrição de trauma ocular, o que, associado ao comprometimento cutâneo, sugere acometimento ocular por disseminação sistêmica. O tratamento envolve o uso de antifúngico sistêmico e controle da condição imunossupressora, caso exista. Para o caso, pela gravidade, foi optado por fazer anfotericina B, com boa resposta clínica. Possivelmente, a baixa suspeição diagnóstica no início do quadro influenciou na gravidade apresentada. Consideramos que o diagnóstico de esporotricose deve ser aventado em pacientes com comprometimento ocular sugestivo de processo infeccioso, especialmente em regiões hiperendêmicas para esta infecção fúngica.

Palavras-chave: Esporotricose , disseminada , ocular , Anfotericina B

https://doi.org/10.1016/j.bjid.2023.103282

ESPOROTRICOSE DISSEMINADA EM PACIENTE IMUNOCOMPETENTE

Isac Ribeiro Moulaz[b,*], Juliana Duarte Geller[b],
Yan Alves Gramacho[b], David Ferreira Ferrari[a],
Aloísio Falqueto[b]

[a] *Incor – Instituto do Coração USP; São Paulo, SP, Brasil;*
[b] *Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), Vitória, ES, Brasil*

Introdução: A esporotricose disseminada, rara em hospedeiros imunocompetentes, possui apresentações clínicas mais graves, maior carga fúngica e necessidade de terapia antifúngica sistêmica mais longa. Este trabalho objetiva apresentar um caso raro de esporotricose óssea disseminada em paciente imunocompetente.

Descrição do caso: Paciente masculino, 33 anos, usuário de crack, maconha, alta carga tabágica e alcoólica, morador de zona metropolitana. Iniciou febre persistente (40°C) um dia após acampar em floresta, sem sintomas associados. Após 20 dias, sofreu trauma laboral em hálux esquerdo que evoluiu com infecção secundária profunda. Concomitantemente, surgiram lesões papulares, hiperemiadas, diminutas, esparsas em pele que evoluíram em aproximadamente 4 dias para lesões maiores (4 a 7 cm), dolorosas, não pruriginosas, com halo eritematoso, aspecto descamativo, seco, centro necrótico e ulcerado, com drenagem purulenta. Não apresentou lesões genitais, corrimento uretral e linfonodomegalia. Fez uso tópico de neomicina e diversas antibioticoterapias, sem sucesso. Foi adimitido em nosso serviço dois meses após o início dos sintomas. RNM do pé esquerdo confirmou osteomielite no sítio da lesão de hálux, com múltiplos pequenos focos nodulares ≥1 cm esparsos pela medular óssea dos segmentos examinados, com hipersinal periférico, sinal