para anfoterecina B lipossomal 5 mg/kg/dia e retirada de cateter. Paciente em estado crítico solicitado nova hemoculturas de controles e estipulado tratamento de 14 dias após hemoculturas negativas. Porém devido a gravidade do quadro e toxicidade do tratamento, paciente apresenta novo quadro febril, foi escalonado para meropenem 1g 8 em 8 horas e linezolida 600 mg 12 em 12 horas. No momento aguardando mielograma e imunofenotipagem para mudança do tratamento.

Comentários: *K. ohmeri* é fungo oportunista e descrito como causador de fungemias, sendo muitas associadas a cateter venoso central. Patógeno difícil de identificar por vários métodos microbiológicos, muitas vezes confundido com outras candidas, devido ao aumento de métodos automatizados tem se mostrado mais presente. Infecções invasivas causadas por este organismo foram relatadas com mortalidade significativa de até 50%. Maioria dos estudos mostra que a anfotericina B (sem ponto de corte para antifungigrama) é o tratamento de escolha associado a remoção de dispositivos invasivos.

Palavras-chave: *Kodamaea ohmeri* , Fungemia , TMO

https://doi.org/10.1016/j.bjid.2023.103293

FUNGEMIA POR KODAMAEA OHMERI EM PACIENTE COM COVID19 GRAVE – RELATO DE CASO

Renata Bezerra de Miranda[d,*], Marco Aurélio Vianello[c], Guilherme Marx de Oliveira[b], Nilton Lincopan[c], Igor Thiago Queiroz[a]

[a] *Hospital Giselda Trigueiro, Natal, RN, Brasil;*
[b] *Hospital de Guarnição de Natal, Natal, RN, Brasil;*
[c] *Instituto de Ciências Biomédicas da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil;*
[d] *Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, RN, Brasil*

Introdução: As fungemias são complicações comuns em pacientes gravemente enfermos e imunocomprometidos, cujos relatos mostram mais de 50% de mortalidade associada. Relatamos um caso de fungemia atípica em paciente grave, objetivando mostrar que a associação com uso de antimicrobianos de largo espectro e passagem por cirurgia abdominal é bastante frequente e deve ser levada em consideração para uma suspeita clínica de infecções fúngicas.

Relato de Caso: Paciente do sexo feminino, 85 anos, internada por hérnia abdominal encarcerada, obstrução intestinal e peritonite, realizando laparotomia exploratória, enterectomia e ileostomia oportunamente. Devido a insuficiência respiratória, foi reintubada dois dias após o procedimento cirúrgico, apresentando teste rápido para SARS-CoV-2 positivo na mesma data. Apresentava estado geral grave, sedada, em ventilação mecânica, em uso de droga vasoativa, mal perfundida, anasarcada e oligúrica. Durante o internamento, fez uso de antimicrobianos de amplo espectro (imipenem 15 dias, metronidazol 5 dias, vancomicina 8 dias) por suspeita de abscesso intra-abdominal, que fora resolvido. Evoluiu com pneumonia associada à ventilação mecânica, tratada inicialmente com meropenem e vancomicina. Exame de imagem evidenciou trombose em v. jugular interna D, v. femoral comum E e v. femoral superficial E, inicialmente sem possibilidade de anticoagulação devido a plaquetopenia grave. Por episódios de febre, aumento na quantidade de secreção traqueal e cultura de aspirado positiva para *Acinetobacter spp*. resistente a meropenem e aminoglicosídeos, iniciou uso de Polimixina B + Ampicilina/sulbactam. Novas hemoculturas revelaram crescimento de *Kodamaea ohmeri*, sendo iniciado anfotericina B empiricamente. Hemocultura de controle após 72h de início do antifúngico permaneceu positiva para o fungo, apresentando parada cardiorrespiratória, revertida após um ciclo de RCP, posteriormente com piora clínica progressiva e óbito.

Conclusão: Mostramos um caso de fungemia atípica em paciente grave com fatores de risco para infecção fúngica disseminada, enfatizando a necessidade de padronização na terapêutica dispensada, assim como dos métodos corretos de identificação da espécie e antifungigrama disponibilizados.

Palavras-chave: Fungemia , *Kodamaea ohmeri* , COVID-19 , Métodos diagnósticos , Antifúngicos

https://doi.org/10.1016/j.bjid.2023.103294

FUNGEMIA POR LEVEDURAS INCOMUNS EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL E AVALIAÇÃO DA SUSCEPTIBILIDADE ANTIFÚNGICA IN VITRO DOS AGENTES ETIOLÓGICOS

Carolina Maria da Silva[d,*], Victor Loureiro da Silva[d], Ana Maria Rabelo de Carvalho[a], Moacir Batista Jucá[b], Clara Sophia de Souza Barboza[d], Pauliana Valéria Machado Galvão[d], Reginaldo Gonçalves de Lima Neto[c], Rejane Pereira Neves[c]

[a] *Faculdade Frassinetti do Recife, Recife, PE, Brasil;*
[b] *Hospital Agamenon Magalhães, Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, Recife, PE, Brasil;*
[c] *Universidade Federal de Pernambuco, Departamento de Micologia, Recife, PE, Brasil;*
[d] *Universidade de Pernambuco, Curso de Medicina, Serra Talhada, PE, Brasil*

Introdução/Objetivo: A Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), compõem um ambiente de risco para fungemia devido a maior presença de fatores de risco como prematuridade e uso de dispositivos invasivos. Neste contexto, candidemia é reconhecida como a terceira causa de sepse tardia em neonatos, adicionalmente, infecções hematogênicas por leveduras incomuns têm sido relatadas e maior resistência aos antifúngicos tem sido verificada em algumas espécies. Desta forma, o objetivo do estudo foi detectar a ocorrência de fungemia por leveduras raras em UTINs de Recife-PE e determinar a susceptibilidade antifúngica in vitro dos agentes etiológicos.

Métodos: Amostras de hemoculturas de neonatos com suspeita de sepse fúngica hospitalizados em UTIN de hospitais da rede pública de saúde de Recife-PE foram encaminhadas para realização do diagnóstico micológico. Os agentes etiológicos isolados foram identificados pela taxonomia clássica e pelo sistema automatizado VITEK 2. As espécies

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