

disseminada ainda é um desafio. Tanto a escolha da droga (anfotericina  $\times$  itraconazol), como duração do tratamento varia conforme resposta clínica e tolerabilidade à droga, com desfechos variados em cada estudo, porém com tendência a um tratamento prolongado, independente da droga escolhida.

**Palavras-chave:** Esporotricose disseminada, HIV/AIDS, úlceras cutâneas

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2023.103269>

#### ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL ISQUÊMICO CAUSADO POR RHIZOPUS SPP: UM RELATO DE CASO

Julia Ferreira Mari\*, Patrick Leon de Godoy Macedo, Jorge Júnior Amorim de Freitas, Yeh-Li Ho, Marcello Mihailenko Chaves Magri

Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), São Paulo, SP, Brasil

A mucormicose, causada por fungos da ordem Mucorales, pode ser angioinvasiva e se manifestar como eventos vasculares isquêmicos. Relata-se aqui um AVEi hemisférico por *Rhizopus spp.*, em paciente com primodiagnóstico de diabetes mellitus. Paciente feminina, 45 anos, hipertensa, internada no HCFMUSP em 02/09/2023, por cefaleia progressiva, dor retro-orbitária à direita, baixa acuidade visual e lacrimejamento há um mês. Exame físico admissional no pronto-socorro apresentava ptose palpebral à direita, sem outros déficits focais. Negava trauma ou cefaleia semelhante prévia. Exames laboratoriais constataram cetoacidose diabética – negava DM prévio e foram iniciadas medidas para compensação. Em TC-seios da face havia preenchimento de células etmoidais e dos seios maxilar e frontal direitos. No dia 03/09, TC-crânio evidenciou área redonda hipoatenuante medial do polo temporal direito, adjacente ao seio cavernoso e ápice orbitário deste lado, com cerca de 2 cm, não observada no exame anterior. Foi feita hipótese de rinossinusite fúngica invasiva, iniciando Anfotericina B Lipossomal (L-Amb) 04/09, com dose de até 500 mg/dia (10 ampolas). Dois dias após foi feita rinoscopia em que foram vistas hifas brancas em fossa nasal, áreas pálidas e cartilagem de septo nasal exposta, com rinorreia esbranquiçada. Submetida à sinusotomia anteroposterior, antrostomia maxilar, turbinectomia inferior e média à direita em 06/09. Anátomo-patológico mostrou estruturas fúngicas largas e septadas e cultura positiva para *Rhizopus spp.* No pós-operatório foi encaminhada à UTI de Infectologia, em ventilação mecânica e sedoanalgesia, sem drogas vasoativas, sem correção plena da cetoacidose. Nova rinoscopia em 08/09, com visualização de hifas esbranquiçadas, a despeito das medidas clínicas e cirúrgicas instituídas. Dessa forma, foi associado Posaconazol 200 mg 6/6h em 08/09. Seguiu com retirada progressiva da sedação, porém a paciente não despertou como esperado. Nova TC-crânio em 09/09 com imagem hipodensa extensa em hemisfério cerebral direito (território de artérias cerebral anterior e média), sugestiva de isquemia secundária à embolização fúngica com edema cerebral importante. No dia 10/09 foi submetida à craniectomia descompressiva pela neurocirurgia. Apesar da cirurgia, medidas de neuroproteção e antifúngicos, o quadro neurológico

continuou a evoluir desfavoravelmente, indo a óbito em 12/09. A mucormicose é uma infecção rara, mas de alta mortalidade mesmo com tratamento adequado.

**Palavras-chave:** Mucormicose, Cetoacidose Diabética, Anfotericina B, *Rhizopus*, Diabetes Mellitus

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2023.103270>

#### ADIASPIROMICOSE HUMANA: RELATO DE CASO ATENDIDO NO HC - UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA – MG

Matheus Pains Soares Santana\*, Gabrielle Everton Sousa, Larissa Dimas Barbosa Arthuzo, Aécio Sebastião Borges, Marcelo Simão Ferreira

Universidade Federal de Uberlândia (UFU), Uberlândia, MG, Brasil

Adiaspiromicose humana é uma doença rara causada pelo fungo *Chrysosporium parvum*, comum em áreas tropicais e subtropicais. A infecção geralmente é pulmonar e pode variar de autolimitada a grave, dependendo da quantidade de adiacônídios presentes. Caso: Homem, 38 anos, pardo, Vigilante, procedente de Uberlândia-MG, referindo cefaleia, náuseas, vômitos, tosse seca e obstipação intestinal há 15 dias. Negou comorbidades, etilismo e tabagismo. Vigilante em depósito de ração bovina, referia contato com poeira, pombos e ratos. O exame físico geral e segmentar era normal. Exames laboratoriais revelaram elevação de enzimas canaliculares: FA 122 U/L e GGT 140 U/L. ALT e AST normais. PCR de 94 mg/dL. Demais sem alterações. TC de abdome sem anormalidades e TC Tórax com micronódulos com contornos regulares de até 4 mm, bilaterais, predominantes em regiões subpleurais e campos inferiores, alguns com padrão de arvore em brotamento. A pesquisa e cultura de BAAR e fungos no escarro e Teste Rápido Molecular para Tuberculose foram negativos. Anti-HIV negativo. Evoluiu com melhora clínica espontânea. TC de tórax controle realizadas até o 9º mês após resolução clínica evidenciaram as mesmas alterações. Foi então realizada fibrobroncoscopia com Lavado e Aspirado Bronco Alveolar com propedêutica para fungos e BAAR negativa. A biópsia transbrônquica evidenciou congestão difusa e vários granulomas de células epitelioides, células gigantes e linfócitos, alguns com necrose e outros agregados de neutrófilos, consistente com a infecção por *Chrysosporium parvum*. Nova TC de tórax 1 ano após início do quadro evidenciou pequeno nódulo calcificado e estria fibroatelectásica em pulmão esquerdo de aspecto residual. A *Chrysosporium parvum* é um fungo comum em roedores e é eliminado nas fezes, contaminando o solo, podendo ser inalado por humanos, causando a adiaspiromicose. O diagnóstico da infecção é um desafio pois os métodos de pesquisa de fungos e culturas têm sido pouco úteis. O estudo histopatológico é útil para confirmar a invasão tecidual pelo fungo. A micose deve ser considerada como um diagnóstico diferencial em casos com imagem pulmonar em padrão miliar/micronodular, especialmente em pacientes com exposição favorável. O quadro clínico depende da quantidade de conídios inalados, características antigênicas do fungo e resposta imunológica do hospedeiro. O tratamento