

trombocitopenia (Plaq26.000) com macroplaquetas, ausência de leucocitose e disfunção renal (Cr 11.02 e Ur 92). Além disso, a ecocardiografia transesofágica revelou estrutura pedunculada móvel medindo 3,4 × 1,3 cm, aderida à face atrial do folheto septal da tricúspide, projetando-se para o ventrículo direito durante a sístole e a TC de tórax evidenciou lesões arredondadas esparsas em ambos os pulmões algumas com cavitação central, sugerindo êmbolos sépticos. Pannel de Identificação de cultura sanguínea FilmArray (BCID; bioMerieux) apresentou amplificação para *Candida tropicalis*. Microscopia com pseudo-hifas e blastoconídios. Culturas subsequentes confirmaram a identificação de *C. tropicalis*, sensível à Flucanazol e Anfotericina B. Paciente iniciou tratamento com Flucanazol e Anfotericina B, além da indicação de necessidade de abordagem cirúrgica. A cirurgia precisou ser postergada por trombocitopenia mantida a despeito de transfusões regulares, tendo sido investigada refratariedade plaquetária e indicada cirurgia guiada por tromboelastometria. No entanto, paciente evoluiu com acidose grave refratária e assistolia no dia em que a cirurgia estava marcada, 7 dias após o diagnóstico. Segundo revisão este é o 1º relato de um paciente com EI associada à assistência de saúde por um fungo, *C. tropicalis*, que cursou com a síndrome de plaquetopenia refratária não hemofagocítica que impediu a cirurgia cardíaca de urgência. O diagnóstico precoce da EI, a identificação do fungo, assim como o manejo multidisciplinar paciente EI têm contribuído para diminuir a letalidade.

Palavras-chave: *Candida*, Endocardite, *Candida tropicalis*, Refratariedade plaquetária, Cuidados de saúde.

Conflitos de interesse: Não houve conflitos de interesse.

Ética e financiamentos: Não houve apoio financeiro.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2024.104442>

MANEJO DE ANEURISMA INFECCIOSO DE AORTA ABDOMINAL POR *S. PNEUMONIAE*

Lucas Chiarella Khalil,
Luiz Felipe Abreu Guimarães

Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Introdução: Aneurismas infecciosos são decorrentes de um processo tromboembólico, seja de etiologia bacteriana, fúngica e até mesmo viral. Os agentes etiológicos mais comuns são *S. aureus*, *S. epidermidis*; e *Salmonella* spp. Outras causas incluem *S. pneumoniae*. Os fatores de risco incluem: aneurisma pré-existente, injúria arterial prévia, histórico de patologias infecciosas, imunossupressão, aterosclerose. A fisiopatologia pode estar relacionada à inoculação direta do microrganismo; infecções contíguas; inoculação por bacteremia transitória e embolo séptico. A artéria mais acometida é a aorta por ser frequentemente acometido por aterosclerose. Por ser uma patologia rara e sintomas inespecíficos, a aortite por pneumococo é de difícil diagnóstico e a experiência de seu manejo clínico é limitado. O aneurisma infeccioso por pneumococo pode ser resultado de uma pneumonia adquirida da comunidade prévia, por meio de bacteremia e inoculação bacteriana no local. Os meios

diagnósticos incluem hemoculturas e exames de imagem como AngioTC, PET-TC, AngioRM do vaso suspeito.

Relato de caso: Paciente de 66 anos, masculino, hipertenso, com histórico de acidente vascular encefálico isquêmico em 2020 com seqüela de disartria leve, tabagista 8 cigarros ao dia vem a emergência com dor abdominal iniciada cerca de 10 dias antes, em barra, infraumbilical e associada a vômitos. Relatou constipação há cerca de 15 dias, oligúria há 8 dias e uso de antibióticos (não informado) sem melhora clínica. Negou febre, hipotensão ou alergias. - Abdome: plano, peristáltico, depressível, indolor e sem visceromegalias. Restante do exame físico sem alterações. Exames complementares: - Hemoculturas (13/05/2024): 3 amostras de 4 positivas com isolamento de *S.pneumoniae* resistente às penicilinas e sensível a ceftriaxona. O paciente recebeu tratamento com Ceftriaxona IV 2g uma vez ao dia com duração programada de seis semanas. Os aneurismas infecciosos são complicações associadas a alta mortalidade (90% com tratamento conservador) e morbidade, sendo um grande desafio terapêutico. O tratamento de eleição consiste em antibioticoterapia guiada por teste de sensibilidade associada a desbridamento cirúrgico do tecido infectado com reconstrução vascular. A abordagem cirúrgica é de crucial importância para o sucesso terapêutico. Com intervenção cirúrgica, a letalidade é de cerca de 50%. Apesar de raros, os aneurismas infecciosos devem ser lembrados como diagnóstico diferencial de vasculites de grandes vasos.

Palavras-chave: Aneurisma micótico, Pneumococo, Ceftriaxona, Aorta abdominal, *Streptococcus pneumoniae*.

Conflitos de interesse: Não houve conflitos de interesse. Não há quaisquer relações financeiras e pessoais com outras pessoas ou organizações que possam influenciar indevidamente o seu trabalho.

Ética e financiamentos: Não houve conflito de interesse. Não há quaisquer relações financeiras e pessoais com outras pessoas ou organizações que possam influenciar indevidamente o seu trabalho.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2024.104443>

INFECÇÕES RELACIONADAS À IMUNOSSUPRESSÃO

EPIDEMIOLOGIA DAS INFECÇÕES FÚNGICAS INVASIVAS EM UMA COORTE CONTEMPORÂNEA DE RECEPTORES DE TRANSPLANTE HEPÁTICO

Luiz Felipe de Abreu Guimarães^a,
Larissa de Oliveira Pereira^a,
Tainara Moreira Curcio^a,
Claudia Cristina Tavares de Sousa^b,
Anderson Brito Azevedo^b,
Samanta Teixeira Basto^b,
Eduardo de Souza Martins Fernandes^b,
Guilherme Santoro Lopes^a

^a Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ, Brasil

^b Hospital Adventista Silvestre, Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Introdução: A frequência descrita de infecções fúngicas invasivas (IFI) em receptores de transplante hepático (TH) varia de 0 a 15%. Fatores que modulam o risco de IFI após TH incluem a ocorrência de complicações técnicas, necessidade de diálise, gravidade clínica dos receptores no momento do transplante, intensidade da imunossupressão, distribuição geográfica dos fungos e exposição aos mesmos. O uso de profilaxia antifúngica e os avanços nas técnicas cirúrgicas e no manejo do paciente submetido a TH levaram a redução expressiva do risco de IFI após TH: na era pré-MELD, a incidência chegava a 43%. Nas séries disponíveis, as causas mais frequentes das IFI após TH são candidíase invasiva, aspergilose invasiva e criptococose, representando, respectivamente, 68%, 11% e 6% das IFI ocorridas após TH. Dados brasileiros são escassos.

Materiais e métodos: Avaliação retrospectiva de coorte de pacientes submetidos a TH entre 2015 e 2020 quanto ao diagnóstico de IFI. Os métodos diagnósticos incluíram cultura, pesquisa de antígenos, sorologia e histopatologia. O diagnóstico de IFI foi definido conforme critérios previamente descritos pelo EORTC/MSG e atualizados em 2020. Resultados Durante o período de estudo, foram realizados 565 transplantes em 531 pacientes. A incidência de IFI foi de 4%. Entre os 21 episódios de IFI diagnosticados, houve 17 episódios comprovados (81%) e 4 prováveis (19%). As etiologias mais frequentes foram candidíase invasiva (14 casos, 67%) e criptococose (3 casos, 14%). 86% dos casos de candidíase foram causados por espécies não-albicans. Houve um caso diagnosticado de aspergilose, histoplasmose, pneumocistose e trico-sporonose. O tempo transcorrido desde o transplante até o diagnóstico foi, em mediana, de 20 dias para candidíase invasiva e de 535 dias, para criptococose. A mortalidade em 30 dias foi de 29% para candidíase invasiva e 67% para criptococose.

Conclusões: A incidência de IFI nessa coorte de receptores de TH foi de 4%, com elevada mortalidade. A etiologia mais frequente foi *Candida* spp., com predomínio de espécies não-albicans. Após o período pós transplante precoce, criptococose representou a principal etiologia.

Palavras-chave: Transplante hepático, Infecções fúngicas invasivas, Candidíase invasiva, Criptococose, Epidemiologia.

Conflitos de interesse: Não houve conflitos de interesse relacionados a esse trabalho.

Ética e financiamentos: Não houve conflitos de interesse relacionados a esse trabalho.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2024.104444>

MISCELÂNEA

CONHECIMENTOS SOBRE A AÇÃO DOS MOSQUITOS GENETICAMENTE MODIFICADOS NO CONTROLO DA DENGUE E OUTRAS ARBOVIROSES, NA REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA, PORTUGAL

Bernardo Jorge Rodrigues Marques,
Carla Alexandra Gama Carrilho da Costa Sousa,

Luzia Augusta Pires Gonçalves,
Rosa Maria Figueiredo Teodósio

Instituto de Higiene e Medicina Tropical (IHMT),
Lisboa, Portugal

Introdução: Em 2005 foram detetados, pela primeira vez, mosquitos da espécie *Aedes aegypti* em Portugal, na Região Autónoma da Madeira. Em 2012 a região sofreu um surto de dengue, sendo registados 1084 casos. É consensual a necessidade do envolvimento das comunidades nas intervenções de controlo vetorial.

Objetivos do estudo: Caracterizar conhecimentos da população da Madeira sobre a utilização de mosquitos geneticamente modificados (MGM) como estratégia de controlo vetorial. **Materiais e métodos:** Foi aplicado um questionário a adultos residentes nas freguesias do município do Funchal com cota abaixo dos 200 metros (São Martinho, Santa Maria Maior, Sé, São Pedro, Santa Luzia, Imaculado Coração de Maria) em março-abril 2019. Selecionaram-se aleatoriamente as residências para aplicação do questionário; em cada residência foi selecionado aleatoriamente um indivíduo; utilizou-se uma amostragem estratificada por sexo.

Resultados: Participaram no estudo 1270 indivíduos, idade média 53,5 anos, 44,6% do género masculino, 29% com 12º ano de escolaridade, 23,4% com licenciatura/mestrado. No subgrupo (11,9%, IC a 95% [10,2; 13,8] 151/1270) que ouviu falar/leu sobre MGM, 42% conhecem as técnicas de supressão e 36% as de substituição; Fontes de informação: TV 57,6%, internet 51%, jornais 40,4%.

Respostas: “Os MGM não são compatíveis com uso de estratégias tradicionais” Desconheço (D) 15,2%, verdade (V) 16,5%, falso (F) 56,3%, possível (P) 6,6%; “Libertar MGM pode não ser suficiente para controlar o número de mosquitos e de doentes” D 5,3%, V 61,5%, F 3,3%, P 25,2%; “Utilizar MGM diminui o número de mosquitos e doentes apenas em situações/lugares específicos” D 13,9%, V 43%, F 11,3%, P 25,8%; “Com o tempo os MGM perdem eficácia” D 35,7%, V 15,2%, F 23,2%, P 17,2%; “Os custos de libertação de MGM são superiores aos das estratégias tradicionais” D 32%, V 43%, F 16%. Quem tem maior nível de escolaridade ouviu falar/leu sobre MGM ($p < 0,001$) e responde mais vezes adequadamente às questões colocadas ($p < 0,005$). **Conclusões:** A grande maioria da população da Madeira nunca ouviu falar/leu sobre MGM. Verifica-se elevado nível de desconhecimento do possível controlo de vetores com utilização de MGM e compatibilidade com as estratégias tradicionais. Torna-se essencial aumentar a informação da população para garantir os pressupostos de transparência, entendimento mútuo e envolvimento ativo da comunidade se no futuro se desejar utilizar esta abordagem de controlo de vetores no território.

Palavras-chave: Dengue, Ilha da Madeira, Controlo Vetorial, Conhecimentos.

Conflito de interesse: Sem qualquer conflito de interesses para nenhum dos autores.

Ética e financiamentos: Sem qualquer conflito de interesses para nenhum dos autores.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2024.104445>