

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, pauciseptadas 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. baumannii*. 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 poucas septadas ao contrário do *Aspergillus*. Ademais, o quadro agudo e deformante característico da mucormicose 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 miscelânea clínica em pacientes diabéticos.

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

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

NEUROCRÍPTOCOCOSE 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 meningocéfalite 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 negatificação 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 líquido, 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, Arunaloake 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