uso da anfotericina B lipossomal foi suspenso após três semanas de administração, devido a nefrotoxicidade com necessidade de terapia de substituição renal. Nessa ocasião, substituída a medicação por Isavuconazol. Paciente apresentou melhora clínica e recebeu alta no 42° dia de internação hospitalar com melhora clínico-radiológica além de recuperação da função renal. Após 18 meses de seguimento ambulatorial com Isavuconazol oral não foram observadas recidivas ou toxicidade o que evidencia a droga como uma alternativa eficaz e com pouca toxicidade para o tratamento de longo prazo da Mucormicose.

Palavras-chave: Mucormicose , rino-órbito-cerebral , isavuconazol

https://doi.org/10.1016/j.bjid.2023.103267

ACOMETIMENTO DO APÊNDICE CECAL NA PARACOCCIDIOMICOSE: RELATO DE CASO

Isadora de Lima Xavier Andrade[a,*], Marcel Arakaki Asato[b], Maina de Oliveira Nunes[a], Eliana da Costa Alvarenga de Brito[a], Claudia Elizabeth Volpe Chaves[a]

[a] *Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian (HUMAP), Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), Campo Grande, MS, Brasil;*
[b] *Faculdade de Medicina Famed, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), Campo Grande, MS, Brasil*

Introdução: A Paracoccidiomicose (PCM) é uma micose sistêmica endêmica do Brasil. Na Forma Aguda/subaguda (FA) os órgãos do sistema fagocítico-monocitário são afetados, principalmente os linfonodos, medula óssea, fígado e baço. O acometimento do apêndice cecal, que é um órgão linfoide, tem sido pouco descrito na literatura e o seu diagnóstico representa um desafio.

Objetivo: Relatar um caso de FA da PCM em paciente jovem que apresentou acometimento do apêndice cecal por Paracoccidioides.

Relato de caso: Homem, 20 anos, natural e procedente de Campo Grande/MS. Apresentava à admissão linfonodomegalia generalizada há 3 meses, associada a perda ponderal de nove quilos em três meses. Uma semana antes apresentou picos febris de 38° em média, associados a fadiga, odinofagia e hiporexia. Negava comorbidades. Ao exame físico apresentava-se com 51 Kg, palidez cutâneo-mucosa e com linfonodomegalia em cadeias linfonodais pré-auricular bilateral, retroauricular bilaterais, occipital direito, cervical superficial e profundo bilateral, tonsilar bilateral, subclavicular bilateral, submentoniano, axilar bilateral e inguinal bilateral, em sua maioria de tamanhos de aproximadamente 1 a 2 cm dolorosos e imóveis. Leveduras com características de Paracoccidioides sp foram visualizadas no exame micológico direto e no histopatológico do fragmento de linfonodo biopsiado. A pesquisa de anticorpos anti-Paracoccidioides por imunodifusão dupla foi reagente, com titulação 1:64. Foi iniciado tratamento com sulfametoxazol + trimetoprima (CMX) 800+160 mg de 8/8h e o paciente teve alta hospitalar. Um mês depois, após um período de melhora clínica, voltou a piorar e apresentar dor abdominal importante, foi indicada anfotericina B formulação lipídica (AnfoB_L) na dose de 150 mg/dia. Evoluiu com piora da dor abdominal, localizando em região inguinal direita. A ultrassonografia sugeriu apendicite aguda. Foi feita apendicectomia e lavagem da cavidade abdominal sem intercorrências. O exame histopatológico foi conclusivo de apendicite aguda granulomatosa por Paracoccidioides spp., visualizados pela coloração de metenamina de prata de Grocott-Gomori. Após completar 1,5g de AnfoB_L, foi prescrito CMX e evoluiu com muita melhora clínica.

Conclusão: O caso ilustra a importância de se considerar a PCM no diagnóstico diferencial de abdome agudo em áreas endêmicas da doença.

Palavras-chave: Paracoccidioides endemic mycosis mycology

https://doi.org/10.1016/j.bjid.2023.103268

ABERTURA DE AIDS COM ESPOROTRICOSE DISSEMINADA EM HOMEM ADULTO: RELATO DE CASO

Laísa Caldas Fernandes*, Nathalie Soares Sanches

Hospital Universitário Professor Edgard Santos (HUPES), Universidade Federal da Bahia (UFBA), Salvador, BA, Brasil

Trata-se de paciente do sexo masculino, 31 anos, previamente hígido que procura unidade hospitalar por lesões úlcero-crostosas dolorosas disseminadas pelo corpo há cerca de 6 meses da admissão. Quadro iniciou com prurido, sem lesões elementares, evoluindo com abertura de pequenas úlceras que foram progredindo de tamanho e disseminando pelo corpo de forma ascendente, inclusive com comprometimento de mucosa ocular. À admissão havia sinais de infecção bacteriana secundária associada às lesões e o paciente apresentava-se febril, tratado com antibióticos. Tinha vida sexual ativa sem uso de preservativos, com tratamento recente para sífilis latente. Além disso fazia uso de drogas ilícitas e tinha contato com múltiplos gatos em domicílio. Durante investigação, apresentou sorologia positiva para HIV, com CD4 37 e CV 68.170. Procura por acometimento de sítios extra-cutâneos sem achados. Biópsia cutânea mostrando epiderme ulcerada com múltiplos histiócitos espumosos, nos quais foram visualizadas inúmeras leveduras agrupadas, pequenas e ovais de contornos bem delimitados. PAS e Grocott positivos. Cultura para fungo com crescimento de Sporothrix sp. Iniciado tratamento com anfotericina B deoxicolato por 14 dias, seguido de terapia de manutenção com itraconazol, porém paciente evoluiu com persistência e em seguida piora do aspecto das lesões. Optado por repetir novo ciclo de anfotericina por mais 42 dias, com melhora importante das lesões, mas mantendo doença ativa de difícil tratamento durante fase de manutenção com azólico de escolha. Esporotricose é uma doença fúngica crônica, endêmica no Brasil e América do Sul de acometimento principalmente linfo-cutâneo, sendo sua apresentação extra-cutânea extremamente rara, bem como a forma cutânea disseminada, correspondendo a cerca 8% dos casos. Essas formas estão geralmente associadas a algum grau de imunossupressão, seja diabetes, alcoolismo, neoplasias, uso crônico de corticoide ou HIV/AIDS, como no caso do paciente em questão. O tratamento da esporotricose