

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 42º 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 PARACOCIDIOMICOSE: 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-croscosas 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

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 sinusectomia 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