de lesão em dorso de pé direito, em julho de 2022 após viagem para Bahia. Lesão medindo 5 mm, hipercrômica, dolorosa ao toque. Realizado diagnóstico de feohifomicose através de biópsia de lesão, com coloração de Grocott positivo, juntamente com Ácido Periódico de Schiff positivo para hifas e esporos. Surgimento de lesão semelhante em região retroauricular esquerda. Iniciado tratamento com Itraconazol, com melhora progressiva de sintomas. O exame histopatológico se torna necessário para o diagnóstico. Este seria um dos raros casos relatados sobre feohifomicose em pacientes imunocompetentes, descritos em literatura.

Palavras-chave: Feohifomicose , dermatomicose , micose , *dematiaceous*.

https://doi.org/10.1016/j.bjid.2023.103287

FATORES CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICOS E MORTALIDADE POR CANDIDEMIA EM PESSOAS QUE VIVEM COM HIV NO MAIOR INSTITUTO DE INFECTOLOGIA DA AMÉRICA LATINA

Natanael Sutikno Adiwardana[b,*],
Nilton José Fernandes Cavalcante[a]

[a] *Instituto de Infectologia Emílio Ribas (IIER), São Paulo, SP, Brasil;*
[b] *Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Coordenadoria de Controle de Doenças, São Paulo, SP, Brasil*

Introdução/Objetivo: Infecções de Corrente Sanguínea (ICS) por *Candida spp*. apresentam alta letalidade em pessoas que vivem com HIV (PVHIV), chegando a 75% em alguns estudos. Na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) do Instituto de Infectologia Emílio Ribas (IIER), a taxa de candidemia correspondeu a aproximadamente 20% das ICS em 2016, sendo o segundo agente mais frequente de ICS desde 2011. Desta forma, este estudo visa levantar dados epidemiológicos e fatores de risco para tal desfecho em tal população

Métodos: Coorte retrospectiva comparativa entre ICS bacteriana ou por *Candida spp*. em população admitida em UTI, incluindo PVHIV, de novembro de 2015 a setembro de 2019 com revisão de prontuário e de banco de dados do Serviço de Controle de Infecções Hospitalares do IIER. CEP-PB: 2775110. Foram incluídos todas as ICS de pacientes admitidos na UTI acima de 18 anos reportadas conforme critérios ANVISA no período. Análise estatística relacionada a candidemia e óbito foi realizada com testes paramétricos e não paramétricos por SPSS-IBM.

Resultados: Houve 590 admissões de PVHA em UTI no período e 132 ICS foram incluídas após triagem. Destas, 99 eram ICS bacterianas (73 em PVHIV) e 33 eram por *Candida spp*., com 14 *Candida albicans* e 9 por *Candida tropicalis*. O status sorológico para HIV não foi significativo para manifestação de candidemia (p=0,639). Não obstante, em PVHIV, a incidência de candidemia foi de 7,97/1000 admissões UTI-ano contra 5/1000 adm-UTI-ano em pessoas não PVHIV (n=26 em PVHIV). Em PVHA com candidemia, o CD4 médio era 88 (mediana [med] 42, IQR 136) e seis (23%) apresentavam candidíase oroesofágica, com SAPS3 médio de 36 (med 50, IQR 63). Pancreatite estava presente em seis (23%) e NPT em 11 (42%) dos casos. O candida escore de Leon médio foi de 1,92 (med 2, IQR 2, p=0,662). A mortalidade em PVHA com candidemia foi de 69% e 57% em pessoas não PVHA (p=0,180).

Conclusão: Candidemia em PVHA possui elevada incidência e morbimortalidade quando tal população se encontra crítica, mesmo num centro altamente especializado em terapia intensiva para tal população, apesar deste estudo não ter encontrado significância estatística numa análise restrita. Novos ensaios com amostras maiores e melhores desenhos podem contribuir para uma melhor a compreensão, diagnóstico precoce e tratamento adequado dessa complicação nesta população-chave.

Palavras-chave: Candidemia , HIV sepse , Infecção de corrente sanguínea , Candida

https://doi.org/10.1016/j.bjid.2023.103288

FEBRE DE ORIGEM INDETERMINADA COM SINAL DO HALO INVERTIDO E SINAL DA BANDEIRA COMO POSSÍVEL APRESENTAÇÃO DE PARACOCCIDIOIDOMICOSE DISSEMINADA

Fernando Nonato de Carvalho Fagundes[a,*],
Gustavo Chaves de Souza[b],
Marina Bueno de Castilho Silva[b],
Anna Felícia de Matos Teixeira[a],
Fernanda da Silva Bezerra[a]

[a] *Hospital Regional Público do Araguaia, Redenção, PA, Brasil;*
[b] *Universidade José do Rosário Vellano (UNIFENAS BH), Belo Horizonte, MG, Brasil*

Introdução: O Sinal do Halo Invertido (SHI) é um indício tomográfico pulmonar definido por uma área focal circular de opacidade em vidro fosco, circundada por um anel de consolidação e pode ser visto em um amplo espectro de doenças pulmonares. Já o sinal da bandeira se caracteriza por áreas de despigmentação de fâneros, como cabelos e sobrancelhas, e tem como causa a baixa ingestão proteica.

Descrição do caso: J.V.A.A, sexo masculino, 18 anos, residente em Ourilândia-PA, sem contato com a zona rural e sem animais domésticos, iniciou em maio/2022 quadro de clareamento de pelos das sobrancelhas e cabelos na fronte, seguido por mal-estar, perda de 12 kg, febre vespertina havia 20 dias de até 40°C com sudorese noturna, linfonodomegalias inguinais, diarreia, episódios de vômitos, mialgias e artralgias. Negou contactantes tuberculosos. Consulta prévia com dermatologista, que solicitou revisão laboratorial extensa sem alterações (sorologias – inclusive teste rápido de leishmaniose visceral – provas reumatológicas, hemograma, bioquímica completa - incluindo dosagem de albumina sérica), radiografia de tórax e ultrassom de abdome também sem achados de importância clínica. Encaminhado para a Infectologia em outubro/2022, realizou Tomografia Computadorizada (TC) do tórax, que evidenciou "imagem nodular com opacidade com halo invertido localizada no lobo lingular esquerdo medindo cerca de 1,3 cm; imagem nodular de contornos regulares e limites bem definidos localizada no segmento posterior do lobo médio direito medindo cerca de 0,8 cm, sugestiva de

processo inflamatório infeccioso agudo". TC do abdome inespecífica, prova tuberculínica não reatora e anatomopatológico de linfonodo inguinal com "hiperplasia folicular reacional". Optado pelo início terapia de prova com Itraconazol 200 mg/dia devido alta prevalência de paracoccidioidomicose na região. Paciente iniciou curva de melhora clínica nos meses seguintes (ganho ponderal, achatamento de curva térmica, redução das náuseas, desaparecimento de linfonodomegalias inguinais, retorno da coloração habitual de pelos e cabelos). Em fevereiro/2023 (3° mês de terapia), nova TC de tórax mostrou melhora em relação ao 1° exame com apenas um "nódulo arredondado, medindo cerca de 0,6 cm no seu maior eixo".

Conclusão: Trata-se de um caso de febre de origem indeterminada com SHI como possível achado tomográfico da Paracoccidioidomicose associado a sinal de bandeira, a despeito de albumina sérica normal.

Palavras-chave: Diagnóstico diferencial , Paracoccidioidomicose , Febre de Origem , Desconhecida , Desnutrição , Proteico-Calórica

https://doi.org/10.1016/j.bjid.2023.103289

FEOHIFOMICOSE SUBCUTÂNEA POR EXOPHIALA SP. EM PACIENTE TRANSPLANTADO HEPÁTICO, UM RELATO DE CASO

Amanda Stinghen Correia[*],
Denise Semchechen Hnatiuk, Alexandre Dornbusch,
Núbia Leilane Barth Schierling, Gabriele da Silva

Hospital Nossa Senhora das Graças (HNSG), Curitiba, PR, Brasil

Feohifomicose é uma doença causada por dematiáceos (fungos pigmentados) e tem maior incidência em pacientes imunossuprimidos, principalmente aqueles em uso de corticoide, transplantados de órgãos sólidos, portadores de neoplasia e diabéticos. Paciente masculino, transplantado hepático em 2021 por cirrose alcoólica e hepatocarcinoma, em uso de tacrolimus, admitido no serviço de emergência por lesões nodulares e eritematosas em membro inferior esquerdo. Cultura de biópsia de pele com crescimento de *Exophiala spp*. Iniciado tratamento com itraconazol. Após 30 dias sem melhora das lesões, optou-se por trocar para vorizonacol intravenoso em regime domiciliar. Após 4 meses desta terapia, ainda sem melhora as lesões e com aparecimento de novos focos, realizado nova biópsia de pele, com detecção de fungo ainda viável na amostra. Administrado então anfotericina B lipossomal por 12 dias, suspensa por disfunção renal. Realizada internação para ressecção cirúrgica das lesões, seguido de posaconazol via oral por 30 dias, com melhora clínica. Após alta seguiu com itraconazol por mais 6 meses, com resolução das lesões e suspensão do antifúngico em seguida. Dematiáceos são microrganismos saprófitos que podem causar infecção no ser humano por inoculação traumática. O termo feohifomicose foi introduzido em 1974 e atualmente é utilizado para definir infecções por fungos pigmentados, abrangendo desde lesões superficiais até doença sistêmica. Não existe um consenso bem estabelecido sobre o tratamento desta patologia, entretanto, o itraconazol via oral tem sido citado por muitos especialistas como droga de escolha, com boa resposta na prática clínica. Voriconazol e posaconazol também demonstraram boa atividade in vitro contra este grupo de fungos. Ainda, a anfotericina B lipossomal tem sido vista como uma boa terapia alternativa em alguns casos. Recomenda-se associação de dois antifúngicos em casos mais complexos, como abscesso cerebral, infecção disseminada ou hospedeiro imunossuprimido. Não há tempo de tratamento padrão, sendo esta decisão geralmente baseada na resposta clínica, podendo durar de várias semanas a vários meses. Faz-se importante ressaltar, ainda, que um dos principais pilares para cura do paciente com feohifomicose subcutânea é a excisão cirúrgica das lesões. Por fim, vale lembrar que no Brasil as micoses não são doenças de notificação compulsória, o que gera uma lacuna nos dados sobre sua incidência e dificulta o controle epidemiológico destes casos.

Palavras-chave: Microse , Fungos , Feohifomicose , Exophiala

https://doi.org/10.1016/j.bjid.2023.103290

FITAS DE GRADIENTE DE CONCENTRAÇÃO E MICRODILUIÇÃO EM CALDO: COMPARAÇÃO DE MÉTODOS PARA DETERMINAÇÃO DO PERFIL DE SUSCETIBILIDADE DE CANDIDA SPP.

Regiane Nogueira Spalanzani[b,*],
Adriele Celine Siqueira[b], Damaris Krul[b],
Thaís Muniz Vasconcelos[b],
Érika Medeiros dos Santos[a], Luiza Souza Rodrigues[b],
Libera Maria Dalla Costa[b]

[a] *Hospital Pequeno Príncipe, Curitiba, PR, Brasil;*
[b] *Instituto de Pesquisa Pelé Pequeno Príncipe, Curitiba, PR, Brasil*

Introdução/Objetivo: Candidíase invasiva é a principal doença fúngica associada à assistência à saúde, com alta morbimortalidade. O tratamento imediato e preciso é essencial para a sobrevida do paciente, idealmente guiado pela identificação da espécie e pelo resultado do antifungigrama. A validação de pontos de corte interpretativo para técnicas menos laboriosas e acessíveis, como por exemplo, fitas de gradiente de concentração e disco-difusão, poderiam aumentar a adesão dos laboratórios clínicos na realização do antifungigrama. O objetivo deste estudo foi comparar o uso de fitas de gradiente de concentração ao padrão-ouro (microdiluição em caldo), na determinação do perfil de suscetibilidade antifúngica de isolados clínicos de *Candida spp*.

Métodos: Um total de 75 isolados clínicos de *Candida albicans* e *Candida parapsilosis* de processos infecciosos comprovados de pacientes pediátricos atendidos em hospital terciário entre 2016 e 2021 e, previamente identificados por MALDI-TOF-MS (*Matrix Assisted Laser Desorption/Ionization Time Of Flight – Mass Spectrometry*), foram avaliados quanto ao perfil de suscetibilidade ao Fluconazol (FLU) e anfotericina B (ANFB) pela técnica de microdiluição em caldo, de acordo com o documento E.DEF. 7.3.2 de 2020 do BrCAST (*Brazilian Committee of Antimicrobial Susceptibility Testing*) e, por tiras de gradiente E-test® (BIOMERIEUX), de acordo com as instruções do