infeccioso. Após 4 dias do fim do tratamento, teve novo choque séptico e as hemoculturas indicaram o mesmo agente. Logo, foi reiniciado o tratamento com polimixina B e aztreonam, e a nova investigação não identificou foco. Desta vez, foi tratado por 21 dias e teve alta bem clinicamente. Infecções após o CAR-T-cell são mais frequentes no primeiro mês pós-infusão, quando predominam as bacterianas. Alguns fatores de risco descritos são o TCTH prévio e a SLC. Bacteremias por P. aeruginosa resistente a carbapenêmicos implicam maior chance de erro no tratamento empírico e taxas de mortalidade de até 50%. As opções terapêuticas são escassas, mas a polimixina parece eficaz. No Brasil, predomina a enzima SPM, e no caso identificamos a VIM. As amostras de P. aeruginosa serão sequenciadas para análise da linhagem, genes de resistência e virulência. Faltam estudos robustos que explorem o desfecho da terapia combinada neste cenário de MBL. Este relato alerta para o diagnóstico de infecções bacterianas graves em pacientes submetidos a CAR-T-cell e descreve o sucesso da terapia combinada num paciente grave.

Palavras-chave: CAR-T-cell Pseudomonas aeruginosa VIM

https://doi.org/10.1016/j.bjid.2023.103242

CASO RARO DE INFECÇÃO POR TRICHOSPORON ASAHI EM IMUNOSSUPRIMIDO

Flávia Dias Alcântara de Oliveira*,
Gabriel Berg de Almeida,
Ricardo Augusto Monteiro de Barros Almeida,
Ricardo de Souza Cavalcante

Faculdade de Medicina de Botucatu (FMB), Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho" (UNESP), Botucatu, SP, Brasil

Introdução: Espécies de Trichosporon são fungos relacionados e são causas raras de infecção invasiva em humanos, sendo doença invasiva ocorre quase exclusivamente em imunossuprimidos e geralmente com alta mortalidade.

Caso clínico: Paciente sexo masculino, 63 anos, submetido previamente a transplante hepático em 2019 devido cirrose hepática complicada com ascite e varizes de esôfago. Internado por dor em região abdominal em cicatriz operatória, diarreia aquosa sem produtos patológicos com piora nos últimos 15 dias. Durante a internação, presença de coleção heterogênea superficial em tecido celular subcutâneo com trajeto fistuloso para superfície cutânea, iniciado antibioticoterapia. Entretanto, manteve quadro diarreico e manutenção de drenagem da ferida operatória de aspecto sero-hemático. Após 12 dias de tratamento antimicrobiano, repetido US abdominal com sinais de esplenomegalia homogênea, ascite moderada e edema difuso do tecido celular subcutâneo, com sinais flogísticos no local, sem drenagem espontânea. Realizado de punção de coleção de aspecto acastanhado e cultura de líquido de abscesso: Trichosporon asahi sensível à Fluconazol. Iniciado tratamento com Fluconazol 400 mg/dia intravenoso por 03 dias, evoluindo com melhora da diarreia e melhora da infecção de ferida operatória. Transicionado para Voriconazol 400 mg/dia via oral por 14 dias na alta hospitalar. Em retorno ambulatorial, após 07 dias, paciente com quadro de resolução da diarreia e melhora do aspecto da infecção local, apresentou aumento de transaminases e canaliculares, suspenso Voriconazol. Durante o período, paciente evoluiu com embaçamento, hiperemia ocular, dor e baixa acuidade visual. Avaliado pela oftalmologia, provável endoftalmite endógena secundária a infecção fúngica, realizado tratamento com Anfotericina B intravítrea e aspiração de material para cultura. Durante internação, trocado para Voriconazol intravenoso dada a possibilidade de infecção por Trichosporon asahi. Nos dias seguintes da internação, apresentou tofo gotoso em membro inferior direito e edema articular em punho direito com punção articular de líquido citrino com padrão infeccioso e enviado material para cultura com presença de Trichosporon asahi. Paciente realizou tratamento com voriconazol por 6 meses com melhora do quadro clínico.

Comentários: Relatamos caso inédito de paciente imunocomprometido com quadro disseminado por Trichosporon asahi, apresentando cultura positiva e realizado tratamento direcionado.

Palavras-chave: Trichosporon asahi imunossupressão infecção disseminada

https://doi.org/10.1016/j.bjid.2023.103243

CRIPTOSPORIDIOSE DISSEMINADA EM CRIANÇA SUBMETIDA A TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA PARA DEFICIÊNCIA DE CD40 LIGANTE - RELATO DE CASO

Rafael Zonin Rosendo[a,*], Ana Júlia Bianchini[b],
Rodolfo Corrêa de Barros[a], Giovanni Luis Breda[a],
Gisele Loth[a]

[a] *Hospital de Clínicas, Universidade Federal do Paraná (UFPR), Curitiba, PR, Brasil;*
[b] *Universidade Federal do Paraná (UFPR), Curitiba, PR, Brasil*

A repercussão da infecção pelo Cryptosporidium sp. em imunossuprimidos pode desencadear quadros crônicos e atípicos. Neste relato, exibimos um caso de criptosporidiose de acometimento gastrointestinal e pulmonar em criança submetida à transplante de medula óssea(TMO) por deficiência de CD40 ligante, também denominada síndrome de Hiper-IgM. Paciente do sexo masculino, atualmente com 12 anos de idade. Apresentou infecções respiratórias de repetição desde os primeiros 6 meses de vida, com necessidade de múltiplos internamentos. Recebeu diagnóstico de deficiência funcional de ligante de CD40 aos 9 anos. Ao diagnóstico apresentava-se emagrecido e com hepatomegalia discreta, além de ecografia abdominal sugerindo colangite esclerosante e biópsia hepática demonstrando aspectos morfológicos compatíveis com colangite biliar secundária. Seu primeiro contato com o serviço de TMO ocorreu aos seus 11 anos, momento em que apresentava quadro de tosse iniciada há uma semana, com nódulos de distribuição centrolobular multifocais e áreas de atenuação em vidro fosco identificados em tomografia de tórax (TC). Foi então iniciado voriconazol de maneira empírica. Paciente interna aos 12 anos de idade para TMO. Em nova TC de tórax apresentou resolução significativa dos nódulos anteriormente presentes. O procedimento foi