

FUNGEMIA POR CANDIDA INCONSPICUA EM PACIENTE PÓS TRANSPLANTE ALOGÊNICO DE CÉLULAS TRONCO HEMATOPOÉTICAS: UM CASO RARO

RS Ferrelli, ET Calvache, V Predebon, VR Siqueira, XPH Condori, CK Weber, AA Hofmann, FF Scherer, LE Daudt, AA Paz

Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), Porto Alegre, RS, Brasil

Introdução: Candida inconspicua pertence ao grupo de espécies fúngicas menos suscetíveis ao fluconazol. Desde 1980, a incidência global de candidíase invasiva por espécies não-albicans vem em ascensão, provavelmente devido à pressão seletiva pelo uso rotineiro de azóis como profilaxia em pacientes pós-transplante. **Objetivo:** Descrever um caso de paciente pós transplante alogênico de células tronco hematopoéticas (TCTH) com neutropenia febril e crescimento de Candida inconspicua em hemocultura. **Relato de caso:** Paciente masculino, de 11 anos, com leucemia linfoblástica aguda refratária à quimioterapia, foi submetido a TCTH alogênico haploidentico em 24/05/2022. A pega neutrofílica ocorreu no D+15. O paciente permanecia internado, em tratamento de encefalite por herpes vírus 6. No D+29 pós TCTH, apresentou febre. Neste dia, o paciente tinha contagem de neutrófilos > 500 e não estava em uso de corticoide. Foram coletadas hemoculturas de sangue periférico, de ambas as vias do cateter duplo lúmen cervical direito e do portocath, e foi iniciada antibioticoterapia de amplo espectro com meropenem e vancomicina (história prévia de encefalopatia por cefepime). Não havia outros sinais ou sintomas associados. Nas amostras do cateter duplo lúmen houve crescimento de células leveduriformes, em 11,76 e em 21,36 horas, sendo identificada Candida inconspicua. Tal cateter foi retirado e foi iniciado tratamento com Anfotericina B complexo lipídico. Após conhecimento do perfil de sensibilidade do fungo, o anti-fúngico foi substituído por Anidulafungina, administrada por 14 dias. As hemoculturas subsequentes, coletadas a cada 48 horas, resultaram negativas e houve resolução do quadro febril. Candida inconspicua pertence ao grupo de espécies fúngicas menos suscetíveis ao fluconazol. Estudo publicado em 2013 mostrou uma série de onze casos de fungemia por esta espécie de Candida, sendo seis destes casos em pacientes em tratamento para leucemia aguda e dois transplantados hepáticos, mas nenhum caso em paciente submetido a transplante alogênico de células tronco hematopoéticas. Em 1998, foram descritos dois casos de fungemia relacionada ao cateter por Candida inconspicua, também em pacientes com leucemia aguda como doença de base. Na nossa instituição, não houve identificação de C. inconspicua previamente em pacientes com este perfil. Este relato ilustra um caso de fungemia por Candida inconspicua em paciente pós-TCTH, o que, pelo nosso conhecimento, ainda não havia sido descrito previamente na literatura.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2022.09.541>

RELATO DE UM CASO DE PACIENTE PÓS TCTH ALOGÊNICO COM ENCEFALITE POR HHV-6

ET Calvache, RS Ferrelli, T Callai, CK Weber, AA Hofmann, CE Wiggers, F Dortzbacher, XPH Condori, LDC Rigoni, AA Paz

Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), Porto Alegre, RS, Brasil

Relato: Paciente masculino, 29 anos, antecedente de hemoglobínúria paroxística noturna associado a falência medular com recaída após imunossupressor e dependente transfusional. Realizou transplante de células-tronco hematopoiéticas (TCTH) não aparentado com match 10 × 12 e mismatch não permissivo em DPB1, condicionamento de intensidade reduzida (RIC) FluCy TBI 4Gy, profilaxia da doença do enxerto contra o hospedeiro (DECH) ATG + MTX + tacrolimus com enxertia neutrofílica D+15 e plaquetária D+20. Apresentou DECH agudo MAGIC II no D+60 com comprometimento isolado em TGI alto com necessidade de corticoide sistêmico com resposta completa, reativação de CMV no D+72 resolvido com tratamento preemptivo, ganciclovir 20 dias. No D+111 apresentou quadro febril associado a mioartralgias e cefaléia. Investigação inicial com hemoculturas negativas, dengue não detectado, TC seios da face e tórax sem alterações, PCR baixa. Realizado antibiótico empírico com amoxicilina + clavulanato e azitromicina com persistência dos sintomas associado a confusão mental e síndrome atáxica, portanto ampliou-se investigação inicial com detecção sérica de HHV-6, RNM crânio e EEG sem alterações, punção lombar (PL) com pleocitose às custas de linfócitos (94%) e proteinorraquia (190 mg/dL), sem consumo de glicose, painel viral negativo. Diante do cenário descrito e ante suspeita de encefalite viral por HHV-6 foi optado pelo início de ganciclovir 5 mg/kg de 12/12 horas com melhora inicial dos sintomas neurológicos e curva térmica porém com nova exacerbação uma semana depois do início do ganciclovir, sendo repetida PL com piora da proteinorraquia (212 mg/dL) e painel viral com isolamento de HHV-6 confirmando suspeita de encefalite viral, portanto, optou-se pelo incremento do ganciclovir 10 mg/kg de 12/12 horas e administração de IgG 1 g/kg dose única com evolução favorável, PL de controle com persistência da proteinorraquia e painel viral negativo, optado por manter ganciclovir durante 28 dias. O paciente manteve melhora progressiva até a resolução do quadro. **Discussão:** A reativação do HHV-6 normalmente é detectada 2 a 4 semanas após o TCTH (1), No entanto, a encefalite por HHV-6 associa-se com prognóstico ominoso e incidência de 35% a 46%, como apresentado em um estudo retrospectivo de 10 pacientes pós TCTH alogênico portadores de neoplasias hematológicas. A terapêutica implementada foi ganciclovir monoterapia ou terapia combinada com foscarnet, dentro dos achados identificaram-se pleocitose em 56% e proteinorraquia > 35 mg/dL em 89% dos casos, alterações descritas no nosso paciente, porém 50% foram a óbito (2). Quanto à relação com DECH, uma série italiana de 54 pacientes, identificou que 29 pacientes desenvolveram DECH aguda, após a reativação do HHV-6. A encefalite foi