

MANIFESTAÇÕES CUTÂNEAS DE SEPSE FÚNGICA - RELATO DE CASO.

CUTANEOUS MANIFESTATIONS OF FUNGAL SEPSIS – CASE REPORT.

Maria Carolina Araújo dos Santos **GIFFHORN**¹, Hécio **GIFFHORN**², Lígia Antunes **BARBOSA**³.

Rev. Méd. Paraná/1594

Giffhorn MCAS, Giffhorn H, Barbosa LA. Manifestações Cutâneas de Sepse Fúngica - Relato de Caso. Rev. Méd. Paraná, Curitiba, 2021;79(1):72-74.

RESUMO - A sepse de origem fúngica representa um desafio tanto no seu diagnóstico precoce quanto ao tempo hábil para o seu tratamento. A apresentação dermatológica normalmente apresenta-se a nível cutâneo e a seguir evolui para comprometimento sistêmico. Apresentaremos um relato de caso cuja hipótese inicial foi de doença linfoproliferativa e não de sepse por fungo.

DESCRITORES - Infecções fúngicas, Infecção cutânea, Sepse, Terapia intensiva.

INTRODUÇÃO

O início da infecção fúngica invasiva e a evolução para sepse apresentam-se de modo inespecífico e sem sinais clínicos objetivos. O diagnóstico precoce é importante, mas fatores como comorbidades e o padrão ouro no diagnóstico (isolamento do organismo em hemocultura) apresentam detecção entre 50 a 67% dos casos.^{1,2}

Hifas do gênero *Candida* são os patógenos mais frequentes que ocasionam infecções fúngicas invasivas (80 % dos casos). Ocorre infecção severa entre 30 a 40% dos casos, e a mortalidade é de aproximadamente 27,6%.^{3,4}

Um diagnóstico diferencial a ser realizado é para com os linfomas cutâneos primários que também necessitam correlação clínico-patológica para a sua confirmação diagnóstica, por apresentarem manifestações variadas: cutânea, nodular, difusa, subcutânea angiocêntrica/angiodestrutiva e intravascular.⁵

RELATO DO CASO

Paciente A.A.C., 64 anos, masculino, admitido na UTI do Hospital Pilar (15.01.2017) com quadro de picos febris diários por 10 dias antes de seu in-

ternamento hospitalar. Na admissão à UTI, apresentava queixa de mal-estar e sinais de hipoperfusão tecidual, confusão mental com resposta a comandos verbais e oligúria. Em dezembro/2016 havia sido internado na cidade de origem com quadro de amigdalite sendo medicado com claritromicina. Foi naquele momento diagnosticado com doença linfoproliferativa (presença de linfonodomegalia retroperitoneal, pélvica e inguinal).

Ao exame físico: PA = 70/40mmHg, FC = 100 bpm, FR = 20 rpm, saturação de O₂ = 92% (com névoa a 5L/min), depleção extracelular de aproximadamente 15/20%. Linfonodomegalia cervical, occipital e inguinal estavam presentes. No exame cutâneo de membros inferiores, haviam a presença de lesões maculo-papulosas elevadas, tons arroxeados em dorso e lesões eritematosas e puntiformes em membros inferiores.

Exames laboratoriais: leucograma (15.01.2017) com 19450 leucócitos, 12% bastões; lactato 6.5 mmol/L; creatinina 4.0 mg/dL, PCR 23.4mg/dL e acidose metabólica (Ph 7.2; BE - 14.6 mEq/L; HCO₃ 13.50 mEq/L. Realizou-se biópsia de pele e de linfonodo cervical (18.01.2017): no exame anátomo-patológico estavam presentes as seguintes alterações: pele com inflamação crônica granulomatosa com infiltrado inflamatório acentuado até a derme profun-

Trabalho realizado no Hospital Pilar / Hospital Care.

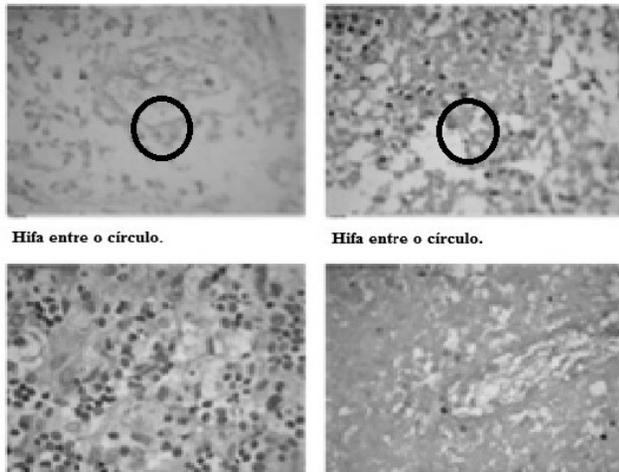
1 - Acadêmica de Medicina - Universidade Positivo.

2 - Médico do Hospital Pilar / Hospital Care - Mestrado em Clínica Cirúrgica – UFPR.

3 - patologista do Hospital Pilar / Hospital Care e da LB Patologia.

da e hipoderme; no linfonodo cervical, havia inflamação granulomatosa com extensa necrose. Na coloração de PAS, a presença de estruturas tuberiformes similares a hifas. A pesquisa de BAAR por Ziehl-Neelsen resultou negativa nas duas biópsias (em pele e linfonodo). (Figura 1)

FIGURA 1. BIÓPSIA COM PRESENÇA DE HIFAS.



Iniciou-se tratamento com antimicrobianos: piperacilina/tazobactam, aciclovir, sulfametoxazol/trimetoprim e nistatina.

Evoluiu com insuficiência respiratória aguda na UTI (19.01.2017) e procedeu-se à ventilação mecânica. Iniciou um quadro de choque a seguir, estando este refratário (21.01.2017) e parada cardíaca sem sucesso na reanimação. O escore de candida apresentava 02 pontos (sinais clínicos de sepse).⁶

DISCUSSÃO

O diagnóstico de sepse por fungos baseia-se principalmente em três fatores:

1. risco e fator de risco do hospedeiro;
2. sinais clínicos e radiológicos associado a sintomas indicativos da doença ;
3. teste laboratorial que prove a existência do fungo.

Neste caso, a apresentação inicial durante a fase pré-hospitalar foi de febre e em sua admissão, sepse seguida de choque séptico. O paciente trabalhava na criação de gado e não havia outros fatores de risco presentes. Não foi relatado pela família zoonoses entre os animais de sua fazenda.

As sorologias realizadas para anti-HIV, hepatite, toxoplasmose e herpes vírus foram normais. Houve ele-

vações das frações IgG da sorologia para Epstein-Barr (reagente) e citomegalovírus (95.70 AU/mL) mas não da IgM. FAN e fator reumatoide estavam normais. O resultado da biópsia saiu no mesmo dia em que o choque iniciou-se de modo irreversível. A administração de anfotericina B lipossomal iniciada (19.01.2017) foi inicialmente empírica, porque o resultado da biópsia somente foi disponibilizada 24 horas após. O escore de candida proposto por Leon (2006) abrange pacientes já sob cuidados hospitalares.³ Neste caso, somente os sinais clínicos de sepse se apresentavam para pontuação.

A manifestação cutânea de sepse fúngica pode ser de etiologia primária ou secundária. Neste caso, a manifestação foi primária (ou seja, sem fator de risco nosocomial, ou comprovada diminuição de imunidade). Bassetti e col. (2019) descreveram que o desenvolvimento de uma fungemia (por *Candida*) ocorre antes por colonização extensa da pele ou através dos tratos urinário ou gastrointestinal.³

Um diagnóstico diferencial a ser realizado é com as doenças linfoproliferativas cutâneas. Esta diferenciação é complexa, necessitando parâmetros multiparamétricos com a interação da análise clínica, patológica e estudos de fenotipagem. Uma evolução clínica pouco expressiva deve ser feita com outras doenças. (Quadro 1)

QUADRO 1. LINFOMAS CUTÂNEOS COM APRESENTAÇÃO CLÍNICA SEGUNDO A SUA EVOLUÇÃO CLÍNICA INSIDIOSA.⁷

Quadro insidioso e os linfomas - diagnóstico diferencial:

- micose fungoide
- micose fungoide folicotrófica
- reticulose pagetoide
- granulomatose indolente cutânea
- linfoma primário cutânea anaplásica de grandes células
- papulose linfomatoide
- linfoma subcutâneo células -T paniculare-like
- linfoma de células -T cutâneo primário CD4+ pleiomórfica de tamanho pequeno/médio

CONCLUSÕES

A evolução insidiosa da doença, a presença de linfonodomegalia e a admissão em estado de choque séptico foram determinantes para a evolução fatal do caso. O diagnóstico foi confirmado pela biópsia, um dia antes do óbito; mas já havia sido instituído uma terapia fúngica 24 horas antes.

A evolução da doença não pôde ser interrompida a tempo. O fato da evolução desta sepse fosse a partir da comunidade e não hospitalar, fez com que o quadro clínico inicial a ser investigado fosse o de doença linfoproliferativa.

Giffhorn MCAS, Giffhorn H, Barbosa LA. Cutaneous Manifestations of Fungal Sepsis – Case Report. Rev. Méd. Paraná, Curitiba, 2021;79(1):72-74.

ABSTRACT - Fungal sepsis represents a challenge for the early diagnosis and for a acceptable time for the diagnosis. The dermatological manifestation usually presents at the cutaneous level and then evolves to systemic impairment. We will present a case report that the first clinical suspicion was lymphoproliferative disease and not fungal sepsis.

KEYWORDS - Fungal infections, Cutaneous infection, Sepsis, Intensive care unit.

REFERÊNCIAS

1. Matthaiou DK, Christodouloupoulou T, Dimopoulos G. How to treat fungal infections in ICU patients. *BMC Infectious Diseases* 2015;1:205.
 2. Lepak A, Andes D. Fungal Sepsis: Optimizing Antifungal Therapy in the Critical Care Setting. *Crit Care Clin* 2011;123-147.
 3. Bassetti M, Montero JG, Calandra T, Kullberg B, Dimopoulos G, Azoulay E, Chakrabarti A et al. Intensive care medicine research agenda on invasive fungal infection in critically ill patients. *Intensive care Med* 2019;62:310-319
 4. Toal ML, Wagener J, Einsele H, Cornely OA, Kurzai O. Invasive Fungal Infection. *Deutsch Arztebl Int* 2019;116:271-78.
 5. Kempf W, Mitteldorf C. Pathologic Diagnosis of Cutaneous Lymphomas. *Dermatol Clin* 2015;655-681.
 6. Leon C, Santana SR, Saavedra P, Almirante B, Salas JN, Lerma FA et al. A bedside scoring system ("Candida score ") for early anti fungal treatment in nonneutropenic critically ill patients with Candida colonization. *Crit Care Med* 2006;34(3):730-7.
 7. Sanches Jr. JA, Moricz CZM, Neto CF. Lymphoproliferative processes of the skin. Part 2 - Cutaneous T-cell and NK-cell lymphomas. *An Bras Dermatol* 2006;81:7-25.
-