



08 A 11 DE  
NOVEMBRO

Viasoft Experience  
Rua Professor Pedro Viriato Parigot de Souza,  
5300 - Cidade Industrial de Curitiba, Curitiba - PR



## Trabalhos Científicos

**Título:** Abscessos Hepáticos Por Rhodotorula Mucilaginosa Em Paciente Oncológica Em Tratamento Para Infecção De Corrente Sanguínea Relacionada A Cateter Por Bactéria Multirresistente

**Autores:** ISABELA SOLERA NEVES (HOSPITAL DA CRIANÇA - REDE D'OR), VINICIUS RODRIGUES FERNANDES (HOSPITAL DA CRIANÇA - REDE D'OR), ILLANNE MAYARA DE OLIVEIRA (HOSPITAL DA CRIANÇA - REDE D'OR), VICTOR CABELHO PASSARELLI (HOSPITAL DA CRIANÇA - REDE D'OR), MAIRA DE SOUZA MIYAHARA KLINKERS (HOSPITAL DA CRIANÇA - REDE D'OR), YARA ANDREA PIRES AFONSO REINA (HOSPITAL DA CRIANÇA - REDE D'OR), LUIS HENRIQUE TOSHIHIRO SAKAMOTO (HOSPITAL DA CRIANÇA - REDE D'OR), ARIANE EMY SATO RODRIGUES ALVES (HOSPITAL DA CRIANÇA - REDE D'OR), VIVIANE SONAGLIO (HOSPITAL DA CRIANÇA - REDE D'OR), MAYSA BONFLEUR ALVES (HOSPITAL DA CRIANÇA - REDE D'OR)

**Resumo:** A *Rhodotorula mucilaginosa* é um fungo leveduriforme ubíquo e um patógeno oportunista em pacientes imunossuprimidos. Classicamente identificado em dispositivos como broncoscópios ou cateteres venosos centrais, são menos virulentos que espécies de *Candida* e microbiologicamente apresentam-se como colônias de cor salmão. Descrevemos um caso de infecção invasiva por *Rhodotorula*, não relacionada a dispositivo, em paciente com infecção de corrente sanguínea por bactéria multirresistente. Paciente do sexo feminino, com 11 anos, em tratamento para LLA B, interna por neutropenia febril em maio/2023. Inicialmente recebeu cefepime conforme protocolo institucional de neutropenia febril e mantidas profilaxias habituais com sulfametozaxol/trimetropin e fluconazol. Com 72h de internação houve identificação em hemoculturas central (12h) e periférica (18h) de *Klebsiella pneumoniae* produtora de carbapenemases e escalonada terapia para ceftazidima/avibactam e amicacina, além da retirada do dispositivo central. Paciente evoluiu afebril e com queda de provas inflamatórias no primeiro momento, mas no quarto dia da nova terapia apresentou dor abdominal com realização de ressonância para avaliação de complicações locais, com achado de micronódulos esparsos pelo parênquima hepático, então associada cobertura para gram positivos com linezolida (colonização prévia por enterococo resistente a vancomicina), metronidazol e micafungina. Paciente evoluiu estável clinicamente, com melhora da dor, sem novas hemoculturas positivas, porém iniciou febre, em 2 a 3 picos ao dia, com provas inflamatórias baixas. Repetida ressonância no 10º dia de micafungina e 15º dia da terapia anti-bacteriana com piora dos nódulos em número e tamanho, pelo menos 10 nódulos entre 2,5 e 3cm e centro necrótico e escalonado antifúngico para anfotericina B lipossomal. No dia seguinte realizado procedimento de radiointervenção para avaliação etiológica. Com 5 dias de anfotericina paciente evoluiu afebril e com 10 dias identificada *Rhodotorula mucilaginosa* em cultura obtida no procedimento intervencionista. Então, suspensa terapia antibacteriana e realizamos 4 semanas de anfotericina com novas imagens na 2ª e 4ª semana e redução progressiva das lesões, após 2 semanas do término com resolução das lesões. Diferentemente do que é relatado na literatura esse caso não teve relação direta com dispositivos invasivos como porta de entrada, no entanto, em imunossuprimidos com uso prévio de quimioterapia e em uso de antibioticoterapia podemos considerar a hipótese de translocação intestinal com fungemia precedendo os abscessos. A administração de anfotericina foi essencial para o sucesso terapêutico, não existem padrões de concentração inibitória mínima o que impede a realização de um antifungograma, no entanto, em estudos de microdiluição nota-se MICs baixos apenas para anfotericina. Nosso caso ressalta a importância do diferencial de infecções fúngicas por patógenos incomuns causando quadros invasivos.