



08 A 11 DE  
NOVEMBRO

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



## Trabalhos Científicos

**Título:** Tratamento Prolongado Bem-Sucedido De Bola Fúngica Renal Bilateral Em Bebê Prematuro: Relato De Caso

**Autores:** AÉCIO RIBEIRO DE OLIVEIRA E SILVA (HOSPITAL PÚBLICO MUNICIPAL DR. FERNANDO PEREIRA DA SILVA HPM), MANUELA DE OLIVEIRA E SOUZA (HOSPITAL PÚBLICO MUNICIPAL DR. FERNANDO PEREIRA DA SILVA HPM), RACHEL LOUREIRO DE MARINS (HOSPITAL PÚBLICO MUNICIPAL DR. FERNANDO PEREIRA DA SILVA HPM), VANESSA VASCONCELOS MENEZES (HOSPITAL PÚBLICO MUNICIPAL DR. FERNANDO PEREIRA DA SILVA HPM), STEFANY THEOPHANE DIMITRIOU (HOSPITAL PÚBLICO MUNICIPAL DR. FERNANDO PEREIRA DA SILVA HPM), ALINE REIS BERETA (HOSPITAL PÚBLICO MUNICIPAL DR. FERNANDO PEREIRA DA SILVA HPM), LUCIANA CABRAL MATULEVIC (HOSPITAL PÚBLICO MUNICIPAL DR. FERNANDO PEREIRA DA SILVA HPM), RACHEL SEIXAS BARBOSA ABREU AGUIAR (HOSPITAL PÚBLICO MUNICIPAL DR. FERNANDO PEREIRA DA SILVA HPM)

**Resumo:** A infecção fúngica invasiva é uma importante causa de morbimortalidade em Unidades de Terapia Intensiva (UTI), principalmente em bebês prematuros de muito baixo peso ao nascer, sendo umas das maiores causas de sepse tardia em neonatos. O diagnóstico é dificultado pelos sinais clínicos que são inespecíficos. O tratamento na maioria dos casos tem boa resposta com antifúngico sistêmico precoce. Aqui relatamos um caso raro de infecção invasiva associado a bola fúngica renal persistente que necessitou de terapia combinada por período maior ao habitual. Paciente prematuro de 31 semanas e 1 dia, peso de 1.330 gramas (CIUR), sexo masculino. Evoluiu com desconforto respiratório precoce, foi encaminhado a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, onde foi iniciado protocolo de sepse precoce. Em UTIN recebeu múltiplos antibióticos e ficou com cateter venoso central por longo período. Com um mês de vida, durante nova investigação de sepse, foi notado plaquetopenia grave, aumento de Proteína C Reativa, presença de grumos piocitários e leveduras (+) em urina. Constatado ainda por ultrassonografia, presença de vegetação cardíaca e renal sugestivas de infecção fúngica, sem malformações congênitas associadas. Foi iniciada terapia empírica com Anfotericina B e após 2 semanas sem resposta foi adicionado Micafungina. Culturas de sangue e urina negativas. Teve único episódio de anúria por 30 horas com aumento de escórias nitrogenadas. Aos 3 meses, foi transferido para hospital externo, realizou cirurgia cardíaca de exérese de vegetação em valva tricúspide. Retornou ao nosso serviço, clinicamente bem e com diminuição das imagens renais, optado pela alta hospitalar com prescrição de Fluconazol e USG semanal de controle. Após 3 semanas, percebido falha de tratamento ambulatorial, por surgimento de novas imagens renais bilateralmente. Reinternado, recebeu mais 91 dias de Micafungina, com Anfotericina B em terapia dupla por mais 36 dias. Aos 7 meses de vida, novas imagens demonstraram rins sem presença de bola fúngica. Recebeu alta e, no acompanhamento ambulatorial, com 90 meses de vida, notado apenas atraso global do desenvolvimento, sem sequelas renais e cardíacas em ultrassonografias. A infecção fúngica invasiva é fator relevante de gravidade em neonatos internados em unidades de terapia intensiva. Seu diagnóstico deve ser sempre lembrado nas crianças de maior risco, mesmo com culturas negativas, e um exame de ultrassonografia é apropriado para auxiliar tanto na investigação quanto no acompanhamento dos casos com vegetação intracavitária, como os complicados por bola fúngica renal. O tratamento com antifúngicos deve ser iniciado de maneira precoce, e quando apropriado, pode-se utilizar de terapia medicamentosa dupla como em nosso caso, mesmo que por períodos prolongados, com boa eficácia e baixos índices de efeitos colaterais.