

## Trabalhos Científicos

**Título:** Aspergilose Cutânea Em Paciente Pediátrico Imunocompetente: Um Relato De Caso

**Autores:** BEATRIZ CORRÊA PAMPLONA (HOSPITAL INFANTIL DR JESER AMARANTE FARIA), ALINE PLUCINSKI (HOSPITAL INFANTIL DR JESER AMARANTE FARIA), JULIANA CECCONELLO (HOSPITAL INFANTIL DR JESER AMARANTE FARIA), DANILO DAYVID RODRIGUES LEITE (HOSPITAL INFANTIL DR JESER AMARANTE FARIA), ANA CAROLINA FARIAS BACH (HOSPITAL INFANTIL DR JESER AMARANTE FARIA), GABRIELA NUERNBERG DOS SANTOS (HOSPITAL INFANTIL DR JESER AMARANTE FARIA), SIMONE MULLER (HOSPITAL INFANTIL DR JESER AMARANTE FARIA)

**Resumo:** Denomina-se como Aspergilose a infecção causada por fungos *Aspergillus* sp, sendo os mais comuns *Aspergillus fumigatus*, *Aspergillus niger* e *Aspergillus flavus*. Geralmente ocorre como infecção oportunista em pacientes imunocomprometidos, sendo menos comum em pacientes imunocompetentes<sup>1</sup>. Clinicamente pode apresentar-se como pápulas, nódulos, úlceras, pústulas ou placas, sendo a infecção geralmente secundária a ruptura da barreira cutânea. Pode ser primária, quando envolve apenas lesão cutânea local, onde o esporo foi inoculado, ou secundária, quando há disseminação hematogênica ou por contiguidade de estruturas adjacentes comprometidas<sup>3</sup>. Paciente masculino de 9 anos, haitiano, buscou atendimento hospitalar devido a lesão ulcerada em face com início há 03 semanas, de início súbito, evoluindo com progressão de tamanho e nodulação em região submentoniana. Sem demais sintomas associados ao quadro. Havia feito uso de antibioticoterapia oral e tópica com pouca melhora. Sem histórico de infecções recorrentes, contato com animais ou quadros domiciliares semelhantes. Apresentava úlcera com bordos elevados e bem delimitados, fundo granuloso, com aproximadamente 3cm x 1cm em bochecha esquerda, sem drenagem de secreção. Associado ao quadro, apresentava linfonodomegalias submentoniana e em cadeias cervicais anteriores e posteriores. Apresentou sorologias negativas para as principais doenças infecto-contagiosas. O exame anatomopatológico evidenciou dermatite granulomatosa e a cultura tecidual veio positiva para *Aspergillus nidulans*. O paciente realizou tratamento com Itraconazol via oral por 3 meses, apresentando regressão completa da lesão. Realizou investigação com imunologista pediátrico, sem evidência de imunodeficiência. Seguiu acompanhamento com pediatra após resolução do caso. Devido sua incidência rara, na literatura atual existem poucos estudos randomizados avaliando critérios clínicos e histopatológicos para o diagnóstico da Aspergilose em pacientes imunocompetentes, sendo a grande maioria apresentada como nodulações cutâneas, demandando investigação clínica adicional, já que podem apresentar lesões por longo período. O diagnóstico requer biópsia de pele para histologia e cultura tecidual para fungos. Confirmado o diagnóstico, deve ser realizada a investigação quanto ao estado imunológico do paciente e a disseminação secundária fúngica<sup>2</sup>. O tratamento deve ser individualizado, sendo indicado medicações antifúngicas, como Voriconazol, Itraconazol e Anfotericina B. Em casos graves, quando extensos, o debridamento e excisão cirúrgica devem ser considerados. O acompanhamento deve ser realizado até a negativação das culturas<sup>1</sup>. Embora os casos de Aspergilose Cutânea sejam raros, devem ser considerado como diagnóstico diferencial de lesões ulceradas ou nódulos com má resposta ao tratamento inicial, tanto em pacientes imunocompetentes quanto imunocomprometidos. O diagnóstico preciso e o tratamento adequado levam a melhor prognóstico<sup>1</sup> e a erradicação da doença.