



NECROSE EM HALUX ESQUERDO POR FUSARIUM: RELATO DE CASO

Velho T.C.R.¹; Terres D.M.²; Zoppas B.C.D.A.³; Gluszcak, S.⁴; Gauer P.P.⁵;

1. Faculdade da Serra Gaúcha; 2. Universidade de Caxias do Sul; 3. Universidade de Caxias do Sul;
4. Faculdade da Serra Gaúcha; 5. Faculdade da Serra Gaúcha

Introdução/Fundamentos

A fusariose é uma infecção complexa causada por espécies de fungos refratárias ao tratamento; sua lesão cutânea típica apresenta uma área de hiperemia com necrose central.

Pode manifestar-se de forma superficial, localmente invasiva ou disseminada; sendo que em imunossuprimidos, pode haver uma infecção disseminada grave com alta taxa de mortalidade.

Objetivos

Identificar de forma precoce a doença;
Investigar fusariose em úlceras refratárias a tratamento.

Descrição do Caso

L.L.R., 54 anos, feminino, branca, portadora de artrite reumatóide. Paciente iniciou quadro de dor progressiva em hálux esquerdo pelo período aproximado de um ano, associado à eritema, edema e posterior abertura com drenagem de secreção purulenta. Além disso, apresentava diferença de temperatura no pé esquerdo, aproximadamente 2°C a menos em comparação com o membro contralateral. A lesão progrediu para placa de necrose. A área foi submetida à cultura, a qual resultou negativa.

Realizado o primeiro debridamento (FIGURA 01) e cultura do ferimento, o qual foi positivo para *Candida albicans*; porém sem resposta ao tratamento clínico. Apesar da possibilidade de amputação, realizou-se um segundo debridamento, cujo material foi encaminhado para exame bacteriológico (FIGURA 02). Obtendo-se o isolamento e crescimento de fungo filamentosso identificado como *Fusarium* spp.

Realizado tratamento com voriconazol por um mês. Apresentou boa evolução clínica, com cicatrização completa da lesão em 2 meses (FIGURA 03).

Resultados e Discussões

Infecções fúngicas oportunistas, como a fusariose, são cada vez mais comuns na clínica médica. Esta micose é, depois da aspergilose, a segunda infecção por fungos filamentosos contaminantes, mais comum em humanos. *Fusarium solani* é responsável por aproximadamente 50% das infecções, seguido por *F. oxysporum* (20%), *F. verticilloides* (10%). As infecções superficiais são mais comumente causadas pelo *F. solani* (46%) enquanto as profundas estão associadas com *F. verticilloides* (57%).

As espécies de *Fusarium* são relativamente resistentes à maioria dos agentes antifúngicos sistêmicos, as mais efetivas são: voriconazol, anfotericina B e posaconazol.

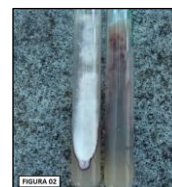


Figura 01. Primeiro debridamento.

Figura 02. Exame bacteriológico do segundo debridamento.

Figura 03. Evolução clínica pós 2 meses de tratamento.

Conclusões

Embora incomum, a identificação e diagnóstico precisos da fusariose proporcionam ao médico assistente melhor tratamento de lesões necróticas, podendo salvar extremidades, outrora levadas à amputação.

A abordagem terapêutica exposta vai ao encontro da publicada nos *guidelines* a respeito do assunto, assim como a evolução clínica pós-tratamento.

Referências Bibliográficas e Agradecimentos

- A. M. Tortorano, European Confederation of Medical Mycology (ECMM) epidemiological survey on invasive infections due to *Fusarium* species in Europe, *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* (2014) 33:1623–1630.
J. Guarro, Fusariosis, a complex infection caused by a high diversity of fungal species refractory to treatment, *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* (2013) 32:1491–1500.
NucciM, Anaissie E (2007) *Fusarium* infections in immunocompromised patients. *Clin Microbiol Rev* 20:695–704. doi:10.1128/CMR.00014-07
Tortorano AM, Prigntano A, Dho G, EspostoMC, Gianni C, Grancini A et al (2008) Species distribution and in vitro antifungal susceptibility patterns of 75 clinical isolates of *Fusarium* spp. from northern Italy. *Antimicrob Agents Chemother* 52:2683–2685. doi:10.1128/AAC.00272-08