

Sepse por tricosporonose: relato de caso

Introdução: A tricosporonose é uma infecção fúngica causada por uma levedura do gênero *Trichosporon*, que comumente habita o solo. Em humanos apresentam-se como colonizador de trato gastrointestinal, respiratório e pele. Causa quadros clínicos de infecção superficial da pele conhecidos como " Piedra Branca". Raramente, pode ser causador de infecção fúngica disseminada, em sua grande maioria em pacientes com alguma doença imunossupressora. Os quadros de sepsis causados por esse gênero de levedura são pouco relatados na literatura médica. Nestes casos, a grande maioria evolui de forma desfavorável, podendo ocorrer óbito em 50 - 80% dos casos. Objetivo: Relatar caso clínico de sepsis, com infecção de corrente sanguínea por *Trichosporon* e evolução favorável. Métodos: revisão bibliográfica e descrição de caso clínico. Caso clínico: Masculino, 43 anos, natural de Pernambuco e procedente de Campinas-SP. Quando jovem trabalhava na agricultura. Atualmente como servente de pedreiro, em situação de fragilidade social, morador de rua há 2 anos. Etilista e usuário substância psicoativa há 20 anos. Previamente sem histórico de comorbidades e internações prévias. Trazido ao hospital pelo SAMU devido crise convulsiva. Apresentava confusão mental, febre e dor abdominal difusa. Ao exame: descorado, desnutrido (IMC 17 kg/m²), desidratado, pressão arterial: 130/70 mmHg, frequência cardíaca: 120 bpm. Inicialmente coletado culturas (hemo e uro), exames laboratoriais, lactato 5 mmol/l (VR 0,53-1,39) e iniciado hidratação endovenosa e ceftriaxona 2g/dia. Evoluiu em 48h com choque séptico com necessidade de ventilação mecânica e droga vasoativa. Nas culturas houve crescimento de *Trichosporon inkin* e *Staphylococcus haemolyticus* sendo tratado com anfotericina B e vancomicina. Realizados hemoculturas seriadas a cada 3 dias, com hemocultura negativa após 6 dias da cultura inicial, sendo tratado por mais 14 dias. Realizados sorologias para HIV, Hepatites virais, CMV e HTLV: negativas. Líquor sem evidência de meningite. Ecocardiograma transesofágico sem vegetação em fundo de olho sem descartado coriorretinite. Alta hospitalar após 30 dias de internação, com recuperação completa de funcionalidade. Conclusão: Inicialmente tratado apenas como infecção bacteriana, com melhora clínica e laboratorial após evidência de fungemia e tratamento específico. A condição social, desnutrição e abuso de substâncias psicoativa contribuíram com a gravidade do paciente.