

Tromboflebite por *Candida* spp.

Aos Editores:

Paciente feminina, branca, 27 anos, primeira gestação, foi hospitalizada com diagnóstico de pré-eclâmpsia. Permaneceu com veia cateterizada (equipo simples), por 24 horas, fazendo uso de albumina humana, furosemide, analgésico e antibiótico de largo espectro. Foi submetida a cesariana. Durante a hospitalização permaneceu sob antibioticoterapia e recebeu alta quatro dias após a cirurgia. Na semana seguinte surgiram nódulos dolorosos, quentes, equimóticos, no braço direito, próximo ao cotovelo, ao longo dos trajetos venosos. um destes nódulos foi biopsiado e o aspecto histopatológico foi de flebite granulomatosa (Fig. 1-A). A coloração pela prata de Grocott evidenciou, à microscopia, blastoconídios e fragmentos de hifas de *Candida* spp (Fig. 1-B e C). A paciente passou a receber antifúngico (cetoconazole 200 Çmg ao dia), com o que regressaram os nódulos.

A infusão venosa, considerada indispensável na terapia médica moderna, traz, ao lado de seus benefícios, o risco permanente da infecção, principalmente septicemia. A frequência desta infecção varia com o centro médico, técnica utilizada e solução infundida (5). Ao romper a barreira anatômica, seringas e cateteres introduzem nas veias bactérias e fungos, que poderão ocasionar flebitis nos sítios de infusão (1), que podem atuar como focos infecciosos, culminando com bacteremia e fungemia, principalmente se o hospedeiro estiver imunodeprimido (2, 3). No uso de hiperalimentação parenteral a *C. albicans* é o principal agente infeccioso (2, 5). Quando a hiperalimentação é suplementada por lipídio, a *Malassezia furfur* deve ser considerada (3). O fungo pode estar na solução a ser perfundida, podendo ocasionar surto de infecção, como o ocasionado pela *C. parapsilosis* (7). Como é de se esperar, as tromboflebitis são mais frequentes nas veias periféricas, porém podem ocorrer na veia umbilical (6) e

grandes vasos centrais (8). Pode haver dificuldade no reconhecimento clínico desta infecção, principalmente por se manifestar somente após a retirada do cateter (4).

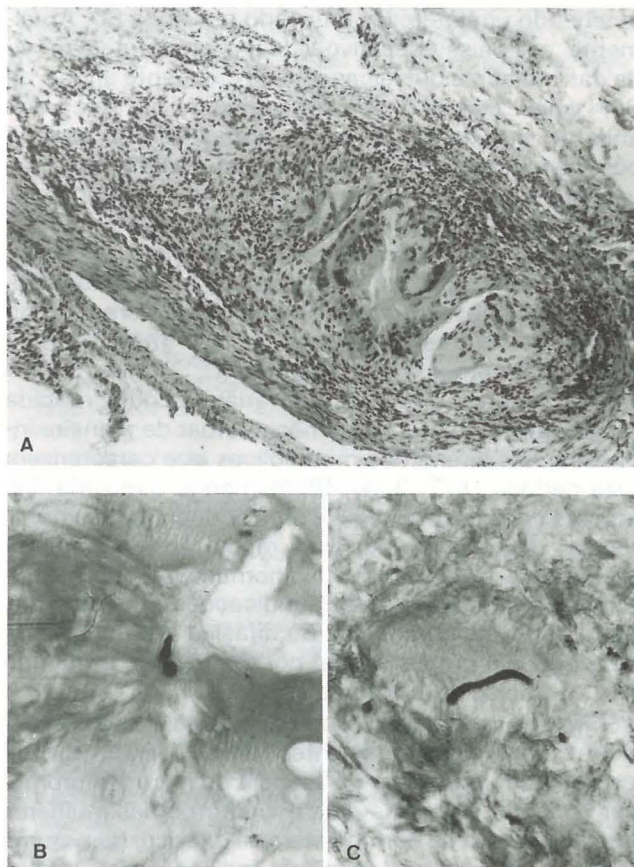


Fig. 1: A: Tromboflebite granulomatosa, célula gigante de Langhans, H-E.
B e C: Blastoconídios e fragmento de hifa de *Candida* spp., Grocott.

BIBLIOGRAFIA

- Durlach R A, Doyle A S, Hulskamp P, Freuler C B. Flebitis superficial supurada por *Candida albicans*. Rev Arg Micol. 1986; 9: 23-24.
- Feigin R D, Scheerer W T. Opportunistic infection in children. 1. In the compromised host. J Pediatrics. 1975; 87: 507-514.
- Garcia C R, Johnston B L, Corvi G, Walker L J, George W L. Intravenous catheter-associated *Malassezia furfur* fungemia. Am J Med. 1987; 83: 790-792.
- Maki D G, Weise C E, Sarafin H W. A semiquantitative culture method for identifying intravenous-catheter-related infection. N Engl J Med. 1977; 296: 1305-1309.
- Maki D G, Goldmann D A. Infection control in intravenous therapy. Ann Intern Med. 1973; 79: 867-887.
- Melo I S, Helo C R. Trombose portal colonizada por *Candida* sp. em recém-nascido com cateterização da veia umbilical. Rev. AMRIGS. 1980; 24: 232-234.
- Plouffe J F, Brown D G, Silva Jr J, Eck T, Stricof R L, Fekety Jr, Fr. Nosocomial outbreak of *Candida parapsilosis* fungemia related to intravenous infusions. Arch Intern Med. 1977; 137: 1686-1689.
- Strinden W D, Helgeson R B, Maki D G. *Candida* septic thrombosis of the great central veins associated with central catheters. Clinical features and management. 1985; Ann Surg 202: 653-658.

Luiz Carlos Severo
Porto Alegre, RS

Endereço para separatas: Rua Saicã, 131
90.610 - Porto Alegre - RS

Recebido em: 15/06/88
Aceito para publicação em: 08/08/88