

Senhor Editor:

Consideramos conveniente comunicar verificação que efetuamos em paciente acometido de AIDS. Trata-se do encontro de fungo do gênero *Trichoderma* em coleção subdural, correspondendo isso a acontecimento não usual e, ainda mais, envolvendo microrganismo em geral tido como não patogênico.

O diagnóstico de AIDS, em doente com 50 anos de idade, foi estabelecido 65 meses antes, quando ocorreu pneumocistose. Essa infecção pulmonar constituiu o componente que suscitou o citado diagnóstico, tendo sido o início da assistência médica específica. Depois apareceu candidíase e outros distúrbios foram: artrite, controlada por meio de remédios antiinflamatórios; depressão; gastrite erosiva; herpes *simplex* recorrente; lipodistrofia; molusco contagioso; neurite fazendo parte da síndrome de Sjögren-Larsson; síndrome de Steven-Johnson. Diarréia persistente não teve sua natureza esclarecida, a despeito das medidas adotadas. Paulatinamente houve surgimento de intenso emagrecimento.

Como terapêutica básica, permanentemente teve lugar uso de medicamentos anti-HIV. Também mereceram atenção processos oportunistas ou não e procedeu-se à quimioprofilaxia referente à pneumocistose.

Apesar dos cuidados utilizados a evolução não deixou, sistematicamente, de preocupar e quando notamos o distúrbio agora relatado o número de linfócitos CD4 no sangue era de 8/mm³.

Em determinado momento sucederam cefaléia, febre e vômitos. À investigação, o exame do líquido cefalorraquiano não revelou anormalidades, mas a avaliação por ressonância nuclear magnética detectou duas coleções subdurais. A análise do conteúdo de uma delas não indicou a presença de bactérias e demonstrou a existência de fungo, identificado como *Trichoderma* sp, inclusive mediante confirmação no Laboratório de Micologia do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo (Chefe: Professor Carlos da Silva Lacaz).

É preciso mencionar que espécies desse fungo já foram responsabilizadas por infecções, tais como peritonite relacionada com diálise peritoneal e verificadas ocasionalmente na vigência de imunodepressão, sobretudo quando efetuados transplantes de fígado, medula óssea ou rim. Alguns desses distúrbios infecciosos evoluíram para óbitos (Journal of Clinical Microbiology 37: 3751-3755, 1999).

Não é possível afastar a hipótese de ter havido contaminação. Contudo, é lícito valorizar a participação desse fungo, como de outros microorganismos habitualmente considerados não patogênicos, em enfermo com imunodepressão. Além disso, as drenagens das coleções e o emprego terapêutico de anfotericina B lipossomal debelaram a complicação.

Esta notícia é divulgada com o intuito de registrar ocorrência incomum, se bem que viável, cremos, em situação na qual existe déficit imunitário.

*Juliane Gomes de Paula Amato¹, Valdir Sabbaga Amato¹,
Vicente Amato Neto¹ e Elisabeth Maria Heins-Vaccari²*

1. Instituto Paulista de Doenças Infecciosas e Parasitárias, São Paulo, SP. 2. Instituto de Medicina Tropical de São Paulo, São Paulo, SP.
Endereço para correspondência: Dra. Juliane Gomes de Paula Amato. Instituto Paulista de Doenças Infecciosas e Parasitárias. Al. Gabriel Monteiro da Silva 429, 01441-000 São Paulo, SP
e-mail: valdirsa@netpoint.com.br
Recebido para publicação em 24/8/2001.