receptoras do TxR e o quadro de pneumonia e encefalite de etiologia indefinida em doador proveniente de área endêmica sugerem fortemente transmissão da FMB pelo enxerto renal. O presente caso corrobora a necessidade de se evitar órgãos provenientes de doadores com encefalite de etiologia indefinida.

Palavras-chave: Febre maculosa brasileira Transplante renal Rickettsia

https://doi.org/10.1016/j.bjid.2023.103246

FATORES DE RISCO ASSOCIADOS A COLONIZAÇÃO E A INFECÇÃO POR ENTEROCOCCUS SPP. RESISTENTES À VANCOMICINA (VRE) EM PACIENTES TRANSPLANTADOS DE FÍGADO

Nathalia Neves Nunes*, Debora Terrabuio, Gabriela Takeshigue Lemos, Alice Tung Wan Song, Luiz Augusto D'Albuquerque, Edson Abdala, Maristela Pinheiro Freire

Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo (HCFMUSP), São Paulo, SP, Brasil

Introdução: Enterococcus spp. resistentes à vancomicina (VRE) são microrganismos multidroga resistentes (MDRO) comumente isolados em pacientes submetidos a transplante de fígado (TF), e estão potencialmente associados a piores desfechos clínicos. Existem poucos dados sobre os fatores de risco para a colonização e infecção por VRE nessa população. Nosso objetivo é identificar os fatores de risco associados à colonização e infecção por VRE após TF.

Métodos: Esse é um estudo de coorte retrospectivo que incluiu todos os adultos submetidos a TF entre 2010 e 2019 em um hospital de alta complexidade. O período de acompanhamento foi de 180 dias após TF. A análise estatística incluiu variáveis relacionadas às características dos pacientes, procedimentos e complicações pós transplante. Utilizamos o modelo de regressão de Cox para análises univariadas e multivariadas.

Resultados: Foram incluídos 855 pacientes, a mediana de idade foi 54 anos (IQR 41 - 61) e escore de MELD no TF de 21 (IQR 13 - 29). 107 (13%) adquiriram VRE antes do TF. A colonização após o TF ocorreu em 144 pacientes (19%), sendo que 80 (9%) desenvolveram infecção por VRE. As infecções mais comuns foram infecção do sítio cirúrgico (36-45%) e infecção da corrente sanguínea relacionada ao cateter (22-28%), o tempo médio entre o TF e a infecção por VRE foi de 15 dias. Os fatores de risco para colonização por VRE identificados na análise multivariada foram CLIF-SOFA elevado no pré-TF ($p < 0.001$), ascite refratária no pré-TF ($p = 0.03$), tempo prolongado de internação no pré-TF ($p = 0.005$) e reoperação pós-TF ($p < 0.001$). A presença de doença hepática por HCV foi identificada como fator protetor ($p = 0.03$). Para infecção por VRE, as variáveis preditoras no modelo final foram colonização por VRE pré-TF ($p < 0.001$), colonização por VRE pós-TF ($p < 0.001$), hepatite fulminante ($p = 002$), reoperação ($p < 0.001$), retransplante ($p < 0.001$), sangramento intraoperatório ($p = 0.04$) e transplante combinado ($p = 0.04$). A mortalidade em 180 dias após o TF foi de 20%, 27% e 53% para pacientes não colonizados por VRE, pacientes colonizados por VRE, mas não infectados, e pacientes infectados por VRE, respectivamente. A infecção e colonização por VRE foram associadas à mortalidade em 180 dias após o TF.

Conclusões: A colonização por VRE antes e após o TF é um dos principais fatores de risco para a ocorrência de infecção por VRE. A infecção por VRE diminui substancialmente a sobrevida dos receptores de TF.

Palavras-chave: VRE MDRO Colonização Transplante hepático

https://doi.org/10.1016/j.bjid.2023.103247

HANSENÍASE E LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA: RELATO DE CASO

Julia Ferreira Maria[a,*], Vitor Ciamponi Arcieri[a], Patrícia Rodrigues Bonazzi Pontes[b], Juliana Pereira[b], Edson Abdala[b]

[a] *Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo (HCFMUSP), São Paulo, SP, Brasil;*
[b] *Instituto do Câncer do Estado de São Paulo (Icesp), Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo (HCFMUSP), São Paulo, SP, Brasil*

Descrevemos um raro relato de caso de Leucemia Mieloide Aguda (LMA) e Hanseníase Virchowiana com diagnóstico concomitante. Após pesquisa utilizando esses termos em base de dados como PubMed, não encontramos nenhuma publicação semelhante. Este é, portanto, o primeiro relato de ambas condições, descrito na literatura. Paciente do sexo masculino, 78 anos, natural do Maranhão e residente de São Paulo, com antecedentes de hipertensão e diabetes, foi internado em Hospital Oncológico em São Paulo, em Fevereiro de 2023 para início de tratamento de LMA recém diagnosticada. Ao exame físico cutâneo da entrada apresentava placas eritematosas infiltradas de limites irregulares e mal delimitadas, distribuídas no tronco, glúteos e membros, além de lesões infiltrativas e coalescentes no nariz. Havia redução de sensibilidade em lesões de membros inferiores. O paciente referia tais lesões cutâneas há 6 anos e já havia recebido o diagnóstico de eczema cutâneo e neuropatia diabética. Naquele momento, o principal diagnóstico foi Leucemia Cutis. Biópsia de pele foi realizada, com dermatite linfohistiocitária perivascular, perineural e perianexial, com numerosos bacilos marcados pela coloração de Ziehl-Neelsen, fechando-se assim o diagnóstico de Hanseníase multibacilar. Após, foi iniciado o tratamento com poliquimioterapia única Clofazimina, Rifampicina e Dapsona em 15/03/2023. Seus contactantes foram encaminhados à unidade básica de saúde para rastreamento diagnóstico. Optado por não realizar quimioterapia convencional da leucemia, pelo alto risco de complicações, dadas comorbidades citadas, idade avançada e uma performance score desfavorável - ECOG 3 na entrada. Paciente evoluiu a óbito em após 45 dias de internação, por neutropenia febril, mesmo com antibioticoterapia adequada. O diagnóstico concomitante das duas condições provavelmente foi incidental. A hanseníase é uma doença tropical negligenciada e o Brasil concentra 90% dos casos das Américas, com cerca de 25 mil novos casos ao ano.

Associado a isso, a população do País está em crescente envelhecimento, tornando mais frequentes neoplasias como a LMA. Dessa forma, espera-se que a associação entre as duas condições seja cada vez mais frequente no nosso país. Por não haver relatos na literatura, desconhecemos a evolução da hanseníase no contexto do tratamento da LMA, assim como a interação das drogas com os principais quimioterápicos indicados.

Palavras-chave: Hanseníase multibacilar Leucemia Mieloide Aguda Imunossupressão Hanseníase Quimioterapia Combinada

https://doi.org/10.1016/j.bjid.2023.103248

INFECÇÃO E COLONIZAÇÃO POR BACTÉRIAS MULTIDROGA-RESISTENTES EM PACIENTES ADMITIDOS NO HOSPITAL COM NEUTROPENIA FEBRIL

Tatiane Leal[a,*], Karim Y. Ibrahim[a], Juliana de Cassia Belizario[a], Veruska M. Anastacio[a], Anna Sara Levin[b], Edson Abdala[a], Maristela P. Freire[a]

[a] *Instituto do Câncer do Estado de São Paulo (Icesp), Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo (HCFMUSP), São Paulo, SP, Brasil;*
[b] *Departamento de Moléstias Infecciosas e Parasitárias, Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP, Brasil*

A neutropenia febril (NF) é a principal complicação do tratamento oncológico. A infecção por micro-organismo multirresistente (MDRO) durante o período de neutropenia está associada à alta taxa de mortalidade. O objetivo desse estudo foi descrever o perfil microbiológico dos episódios de NF identificados no pronto-socorro (PS) de um hospital oncológico e os fatores de risco associados a colonização por MDRO. Foram incluídos todos os pacientes atendidos no PS com NF de janeiro de 2020 a junho de 2022. Os pacientes foram identificados prospectivamente devido a um protocolo institucional. Todos os pacientes com NF tiveram hemoculturas coletadas, outras amostras de culturas foram indicadas pela equipe assistencial. Culturas de vigilância (CS) para Enterococcus resistentes à vancomicina (VRE), Enterobacterales resistentes a carbapenemico (CRE) e Acinetobacter resistente a carbapenemico (CRAB) foram coletadas na admissão hospitalar e semanalmente na enfermaria de oncologia-hematologia e unidade de terapia intensiva (UTI). Foi considerado paciente colonizado aquele que apresentou alguma cultura positiva para CRE, VRE e CRAB até 3 meses antes do episódio de NF. Foram excluídos os pacientes que não coletaram CS ou hemocultura no episódio de NF. Utilizamos para análise estatística qui-quadrado, teste de Fisher ou teste de Mann-Whitney quando indicado. Identificamos 715 pacientes, 250 foram excluídos por não coletar CS e 5 por não terem hemocultura do episódio de NF. 460 pacientes foram analisados. A mediana de idade foi de 54 anos (17-86), 41% tinham pontuação MASCC de alto risco e 73% (336) tinham nadir de neutrófilos ≤ 100. 141 (31%) tiveram cultura positiva, 93 (20%) pacientes tiveram bacteremia. O microrganismo mais comumente identificado no sangue foi E. coli, em 38 (41%), seguido por P. aeruginosa 20 (22%) e K. pneumoniae 14 (15%). A colonização por CRE, VRE e CRAB foi identificada, respectivamente, em 59 (13%), 46 (10%) e 6 (1%) episódios de NF. Seis (13%) dos pacientes colonizados por CRE desenvolveram infecção por CRE. 13 episódios de FN tiveram agentes MDRO e, exceto para P. aeruginosa resistente a carbapenemico, todos os pacientes foram colonizados pelos respectivos MDRO. Entre esses pacientes, 69% morreram em 30 dias ($p < 0,001$)

Conclusão: a colonização de MDRO em pacientes admitidos com NF é significativa, e uma proporção considerável desses desenvolverá uma infecção com alta mortalidade associada,

Palavras-chave: Neutropenia febril Enterobacteria resistente a carbapenemic E. coli risco MASCC

https://doi.org/10.1016/j.bjid.2023.103249

INFECÇÃO POR MICOBACTÉRIAS NÃO-TUBERCULOSAS (MNT) EM PACIENTES COM DOENÇAS REUMATOLÓGICAS: EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO TERCIÁRIO EM 9 ANOS

Adriana Coracini Tonacio de Proença[a,*], Silvia Figueiredo Costa[b], Hermes Ryoiti Higashino[a]

[a] *Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo (HCFMUSP), São Paulo, SP, Brasil;*
[b] *Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), São Paulo, SP, Brasil*

Introdução: A prevalência mundial de doença por MNT vem aumentando nos últimos anos, com significativa morbimortalidade. A infecção por MNT é mais frequente em pacientes com alteração pulmonar estrutural (fibrose cística) e infecção pelo HIV, mas outras condições imunossupressoras também são fatores de risco para doença por MNT, em especial doença extrapulmonar. Em 2005 criou-se o Grupo de Infecção em Imunodeprimidos ligado à Divisão de Moléstias Infecciosas e Parasitárias do HCFMUSP para atendimento de infecção em pacientes imunossuprimidos. O objetivo deste estudo foi descrever as características de casos de infecção por MNT acompanhados nesse ambulatório.

Métodos: Foi realizada análise retrospectiva de casos de infecção por MNT em pacientes com doença reumatológica encaminhados no período de agosto/2015 a julho/2023. O diagnóstico de doença por MNT foi considerado conforme os critérios da ATS no caso de doença pulmonar ou na presença de quadro clínico compatível e isolamento em cultura de sítio estéril ou material de punção/drenagem cirúrgica.

Resultados: Foram identificados 16 episódios de infecção por MNT em 14 pacientes no total de 740 indivíduos atendidos, 57% do sexo feminino, mediana de idade de 47 anos. O principal diagnóstico reumatológico dos pacientes foi Artrite reumatoide (7/14), seguido por Lupus Eritematoso Sistêmico (3/14). O principal imunossupressor em uso foi prednisona (7), seguido por metotrexato (3), micofenolato (1) e leflunomida (1). Três pacientes estavam em uso de biológico: etanercept (2) e rituximab (1). Infecção em sítio extra-pulmonar ocorreu em 50% dos episódios, sendo 5 infecções de pele/partes moles e 3 articulares. As espécies de MNT nesses pacientes foram diversas: MAC (2), M. kansasii (2), M. fortuitum (2), M.