

diagnóstico. A transmissão acontece por exposição ao solo contaminado, predominantemente por via inalatória.

Objetivo: Relatar caso de rodococose, correlacionar achados e conduta clínica com dados da literatura.

Metodologia: Homem, 24 anos, tabagista, adestrador de cavalos em fazenda, com quadro de perda ponderal, febre vespertina e tosse mucopurulenta em dezembro de 2017, quando procurou serviço de saúde e foi diagnosticado com pneumonia bacteriana comunitária. Após alta hospitalar, manteve os sintomas e somou-se ao caso sudorese noturna, tosse com hemoptóicos e hiporexia. Procurou unidade básica de saúde, onde foi diagnosticada infecção pelo HIV, foi encaminhado ao ambulatório do Hospital Universitário em março de 2018 para acompanhamento. Raios X de tórax evidenciou imagem com lesão cavitada, no entanto com pesquisa de BAAR negativa. Mesmo com o início do esquema para tuberculose (RHZE), paciente manteve o quadro. Após novos exames, a tomografia de tórax mostrou consolidação extensa, com micronódulos e cavidades de permeio. Mielograma e broncoscopia foram feitos, evidenciaram a presença de *Rhodococcus spp* tanto no lavado broncoalveolar como na medula óssea e sangue periférico, iniciou-se, portanto, tratamento com ciprofloxacino e azitromicina.

Discussão/conclusão: Para o diagnóstico, é necessário evidenciar o patógeno, que é mais comumente isolado no sangue periférico. Ele se apresenta sob a forma de cocobacilos, gram-positivos e fracamente acidorresistentes. Por sua vez, o paciente descrito apresentou cultura positiva para *R. equi* em três sítios: sangue periférico, lavado broncoalveolar e medula óssea. Disfunções do sistema imune, como infecção por HIV, destacam-se como fator predisponente para rodococose e o *R. equi* tem sido cada vez mais isolado como patógeno oportunista. Além da infecção por HIV, a profissão do paciente em questão é outro fator de risco, pois a exposição ao solo contaminado com estrume herbívoro é provavelmente a principal via de entrada para o fungo, tanto em animais como em humanos. Assim, deve-se suspeitar de diagnóstico de infecção por *R. equi* em pacientes imunocomprometidos com doença pulmonar cavitária e fatores de risco epidemiológico para doença.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2018.10.209>

Área: ANTIMICROBIANOS/INFECTOLOGIA CLÍNICA

Sessão: CASOS CLÍNICOS

EP-148

PNEUMONIA POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS RESISTENTE À METICILINA COMUNITÁRIO (CA-MRSA): RELATO DE CASO



Matheus Cordeiro Marchiotti, Guilherme Almeida Costa, Ricardo Beneti, Alexandre Martins Portelinha

Hospital Regional de Presidente Prudente, Presidente Prudente, SP, Brasil

Data: 19/10/2018 - Sala: TV 10 - Horário: 10:37-10:42 - Forma de Apresentação: E-pôster (pôster eletrônico)

Introdução: O *Staphylococcus aureus* (*S. aureus*) resistente à metilina (MRSA) é um grave problema de saúde pública. De

acordo com o *Center for Control and Disease Prevention*, para se classificar uma infecção por *S. aureus* resistente à metilina comunitário (CA-MRSA) é necessário preencher os seguintes critérios: cultura positiva para MRSA colhida no máximo em 48 horas de admissão hospitalar; paciente sem dispositivos hospitalares de longa permanência; não pode haver história prévia de infecção por MRSA; sem passado de hospitalização recente ou residente em casas de saúde.

Objetivo: O presente relato demonstra um caso de pneumonia por *S. aureus* resistente à metilina comunitário.

Metodologia: Paciente do sexo masculino, privado de liberdade. Deu entrada com queixa de tosse havia três semanas, acompanhada de febre, perda de peso e hemoptise. Na admissão se encontrava taquipneico, febril, com estertores em base pulmonar bilateral e lesões pustulosas em membro superior esquerdo. Devido à presença de opacidades pulmonares heterogêneas no raios X e leucocitose com desvio à esquerda, foram solicitadas tomografia de tórax, hemocultura e bacterioscopia de escarro e foi introduzido tazocin. A tomografia demonstrou nódulos de dimensões variadas, a maioria com escavação, levantou a hipótese de embolia séptica e foi necessária a sua investigação, foi associada vancomicina. O resultado de três amostras de hemocultura apresentou *S. aureus* resistente à oxacilina e sensível a outros antibióticos, confirmou o caso como pneumonia por *S. aureus* resistente à metilina comunitário. Três dias após a internação foi feito ecocardiograma transtorácico que descartou presença de vegetação, conferiu o foco primário da infecção à presença de furúnculos no braço esquerdo. Após 21 dias de vancomicina e melhora do quadro clínico e radiológico, recebeu alta hospitalar.

Discussão/conclusão: A infecção por *S. aureus* resistente à metilina comunitária é uma entidade rara. O agente etiológico tem característica de ser resistente aos beta-lactâmicos e sensível às múltiplas classes de antibióticos. Por conta da citocina produzida pela espécie, Panton-Valentine Leukocidin, que desencadeia destruição leucocitária e necrose tecidual, essas infecções tendem a ter um pior prognóstico. A pneumonia por CA-MRSA é uma patologia incomum em nosso meio, contudo devemos levar em consideração esse agente etiológico. Este caso revela a importância da identificação do agente etiológico da pneumonia e seus diagnósticos diferenciais.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2018.10.210>