

Objetivo: Relatar caso de paciente oncológico com desenvolvimento de infecção urinária por *Salmonella* sp produtora de carbapenemase tipo KPC.

Metodologia: Homem, 70 anos, diagnosticado com câncer de próstata em 2017, Gleason 3+3, atualmente realizando radioterapia. Encaminhado para hospital de referência em razão de febre, queda do estado geral e insuficiência respiratória. Apresentava internação recente em serviço secundário com sepsis de foco urinário. Após cultura de swab retal de vigilância, também a urocultura isolou *Salmonella* sp resistente a todos os antibióticos beta-lactâmicos e quinolonas. Testes fenotípicos e a avaliação molecular, por meio de PCR in house, evidenciaram a presença de carbapenemase tipo KPC. Durante investigação clínica, foi identificada fístula vesico-retal relacionada à longa radioterapia. Tratado com colistina, o paciente apresentou boa resposta e esterilização da urina.

Discussão/Conclusão: *Salmonella* spp. apresenta duas espécies: *S. enterica* e *S. bongori*, sendo que as subespécies patogênicas aos humanos pertencem todas ao primeiro grupo. As infecções por *Salmonella enterica* sorovar não Typhi vão de cistites simples até quadros graves, como bacteremia e sepsis. Surto por estes microrganismos estão relacionados a alimentos e animais. Bem como outras Enterobacterales, *Salmonella* spp. podem apresentar diversos mecanismos de resistência, passando por beta-lactamases de espectro-estendido e até carbapenemases. Há relatos de casos de colonização animal (especialmente em aves) apresentando carbapenemases tipo NMD, KPC, IMP e OXA. Mas, infecções por *Salmonella* extremamente resistentes em humanos são mais raras, porém associadas a quadros graves e refratários. A salmonelose permanece como uma infecção grave, especialmente em paciente imunossuprimidos, e a resistência aos antimicrobianos colabora muito para sua morbidade e letalidade. Métodos que promovam a rápida identificação e adequada avaliação da suscetibilidade aos antimicrobianos do agente devem ser priorizados na tentativa de minimizar as falhas terapêuticas, bem como a disseminação do microrganismo patogênico e multirresistente em unidades hospitalares.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2020.101335>

EP-258

FEBRE Q EM PACIENTE HIV

Narendra B. Valobdás, Esmailyn Castillo
Santana, Cristiane da Cruz Lamas, Claudio
Esteban Bautista Branagan, Thaisa V.L. Lole,
Fabião A. Meque

Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas
(INI), Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Rio de
Janeiro, RJ, Brasil

Introdução: A Febre Q é uma zoonose produzida pela bactéria *Coxiella burnetii*, importante causadora de endocardite com hemoculturas negativas. Apresenta-se na forma aguda ou crônica, associada ou não a imunodepressão.

Objetivo: Relatar caso que evidencia os desafios existentes quanto ao diagnóstico e manejo da Febre Q nos pacientes com HIV/Aids.

Metodologia: Paciente masculino, 53 anos, HIV positivo, CV indetectável e CD4 37 células (5,29%). Em 13/06/19 interna por quadro de febre persistente, síndrome consumptiva, linfadenomegalia e pancitopenia. Na admissão: hemoglobina 6,9 g/dL, 1600 leucócitos, 487 neutrófilos, 84.000 plaquetas, ureia 132 mg/dL, creatinina 5,6 mg/dL. Iniciado cefepime e hemodiálise, posteriormente foram introduzidos rifampicina, isonizida, pirazinamida e etambutol (RIPE) apesar de BAAR/GeneXpert no escarro negativo. Apresentou melhora do estado geral nas primeiras duas semanas de tratamento com RIPE, porém manteve febre de até 40° C diariamente, disfunção renal aguda e pancitopenia. Aspirado/biópsia de medula óssea e hemoculturas para germes comuns, micobactérias e fungos todas negativas. Excluiu-se tuberculose disseminada, linfoma, histoplasmose, criptococose e leishmaniose visceral, contudo, manteve-se o tratamento para tuberculose. O ecocardiograma transesofágico não mostrou sinais de vegetação ou regurgitação. Na pesquisa de outras causas de febre de origem obscura foi positiva a sorologia para *Coxiella burnetii*: 1ª amostra: >8000/2ª amostra: >8000. Em 30/07/19 iniciou tratamento com doxiciclina e hidroxicroquina, uma semana depois recebeu alta hospitalar afebril e com células sanguíneas em aumento. Em 30/08/19, completado um mês de tratamento, a sorologia para *Coxiella burnetii* diminuiu para 2,560. Reinternou em 25/09/2019 por piora do estado geral, picos febris, disfunção renal aguda e com relato de abandono da TARV e do tratamento da Febre Q. Em 10/10/19, após 16 dias de internação, evoluiu a óbito como consequência de sepsis hospitalar sem foco definido com hipotensão refratária, disfunção hepática/renal aguda e encefalopatia séptica.

Discussão/Conclusão: Este caso revela a importância de considerar todos os diagnósticos diferenciais possíveis de febre de origem obscura nos pacientes imunossuprimidos, além das causas mais comuns. Por outro lado, apesar do impacto positivo do tratamento para tuberculose nas duas semanas iniciais, o observado foi que nem sempre o sucesso inicial na prova terapêutica está relacionado ao diagnóstico final do paciente.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2020.101336>

