

AO 20

### REPERCUSSÕES CLÍNICAS DA DOENÇA DE MORMO (INFECÇÃO POR BURKHOLDERIA MALLEI) EM UMA CRIANÇA BRASILEIRA: UM RELATO DE CASO

Eusébio Lino dos Santos Júnior<sup>a</sup>,  
 Juliane de Carvalho Rocha Moura<sup>b</sup>,  
 Bruna Karoline Pinheiro França Protásio<sup>b</sup>,  
 Vanise Aragão Santos Parente<sup>c</sup>,  
 Maria Helena Neves Dorea Veiga<sup>c</sup>

<sup>a</sup> Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo (HCFMUSP), São Paulo, SP, Brasil

<sup>b</sup> Universidade Tiradentes (UNIT), Aracaju, SE, Brasil

<sup>c</sup> Hospital de Urgência de Sergipe (HUSE), Aracaju, SE, Brasil

A Doença de Mormo, causada pela *Burkholderia mallei*, é uma zoonose que afeta equídeos. *B. mallei* também causa doença ocupacional em humanos, em quem têm contato frequente e próximo com animais infectados, como veterinários ou aqueles com exposição laboratorial, como microbiologistas. É uma doença relativamente desconhecida no Brasil com poucos dados epidemiológicos. Neste relato, é descrito o primeiro caso brasileiro relatado de Doença de Mormo em humanos, em uma criança do nordeste, e discutidas as características da doença. Menino, 11 anos, morador da periferia de Aracaju (SE), cuidador de cavalos, previamente saudável, iniciou quadro de dor torácica, dispneia e febre, com evolução de uma semana. Tinha uma abrasão em seu joelho esquerdo. Na admissão, encontrava-se com sepse, provavelmente secundária à endocardite infecciosa e recebeu oxacilina e gentamicina. Mesmo com o tratamento, evoluiu com pneumonia e surgiram inúmeros abscessos e posterior choque séptico. A drenagem dos abscessos foi feita e o material enviado para cultura, na qual houve crescimento de *B. mallei*. O paciente recebeu meropenem intravenoso por 21 dias e depois sulfametoxazol-trimetoprima, e teve melhora clínica. Recebeu alta em uso do mesmo tratamento por mais 12 semanas, com cura clínica. A Doença de Mormo é rara e os relatos de casos em humanos são escassos. Esta infecção é causada pela *B. mallei*, uma bactéria gram-negativa, aeróbia, formadora de esporos, intracelular facultativa. Em humanos, costuma ser doença ocupacional, adquirida por via respiratória ou contaminação de feridas. A forma aguda tem um período de incubação de 1-14 dias e o quadro é composto por sintomas constitucionais e de pneumonia, abscessos cutâneos e viscerais. O diagnóstico geralmente é complicado, pois é difícil o isolamento bacteriano nas culturas de abscessos e sanguíneas. O tratamento é prolongado e dividido em uma fase intensiva na qual é usado carbapenêmico por pelo menos 21 dias e uma fase de manutenção com sulfametoxazol-trimetoprima, que pode variar de 12 semanas a 12 meses. Mesmo quando tratada, a mortalidade é de cerca de 50%. Doença de Mormo é provavelmente pouco reconhecida. Esse caso demonstra as dificuldades que médicos podem enfrentar na identificação da infecção por *B. mallei*. Considerando a alta taxa

de mortalidade, o contato com equídeos, em paciente séptico, com abscessos múltiplos e pneumonia deve levar à hipótese de infecção por *B. mallei*.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2021.101723>

ÁREA: INFECÇÕES EM TRANSPLANTES E EM PACIENTES IMUNOCOMPROMETIDOS (EXCETO HIV)

AO 21

### APLICAÇÃO DE PROTOCOLO GERENCIADO DE SEPSIS NA ABERTURA DA NEUTROPENIA FEBRIL EM PACIENTES SUBMETIDOS A TRANSPLANTE DE MEDULA: IMPACTO EM DESFECHOS

Tiago Ascensão Barros<sup>a</sup>,  
 Bianca de Lucena Gaio<sup>a</sup>,  
 Geraldo Soares de Azevedo Neto<sup>a</sup>,  
 Arthur Tomazelli Bastista<sup>a</sup>,  
 Marcia Rejane Valentim<sup>b</sup>,  
 Moyzes Damasceno<sup>b</sup>, Rony Schaffel<sup>a</sup>,  
 Marcia Garnica<sup>a,b</sup>

<sup>a</sup> Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ, Brasil

<sup>b</sup> Complexo Hospitalar de Niterói (CHN), DASA, Niterói, RJ, Brasil

Identificação precoce e o tempo para iniciar terapia na sepsis e na neutropenia febril (NF) são fundamentais para redução de mortalidade. Protocolos clínicos gerenciados (PC) são altamente recomendados em ambas as condições. Embora haja medidas comuns nestes PCs (estabilização clínica, coleta de culturas, início de terapia na primeira hora), há poucos dados poucos de lactato sérico na NF. Nossa instituição tem dois PC independentes: PC sepsis e PC NF. Todo paciente que desenvolve NF é manejado dentro do PC NF. O PC Sepsis prevê o acompanhamento de todo paciente com critério de alerta ou com antimicrobiano de amplo espectro. Por este último critério, paciente com NF mesmo sem sinais de alerta estão sujeitos ao PC Sepsis, incluindo coleta de lactato sérico e a mensuração de escores de gravidade. Neste estudo comparamos pacientes submetidos a TMO autólogo manejados dentro do PC Sepsis com aqueles manejados apenas dentro do PC NF. Métodos: Estudo de coorte em pacientes submetidos a TMO autólogo entre 2016 e 2021. Consideramos os seguintes desfechos: infecção de corrente sanguínea (ICS), transferência para terapia intensiva (CTI), tempo de internação, tempo de uso de antimicrobianos, troca da terapia para meropenem e mortalidade. Resultados: Foram revistos 461 pacientes submetidos a Auto TMO (mediana de idade de 56 anos), destes 423 (92%) desenvolveram NF e foram analisados. PC sepsis foi aplicado em 321 (76% dos eventos NF), e os demais 102 (22% das NF) foram manejados apenas pelo PC NF. Não houve diferença em idade, doença de base ou estratégia empírica inicial da NF entre PC sepsis e PC NF. Nos pacientes manejados no PC sepsis, a mediana do LactNF foi 12,8 mg/dL (variando de 1,7 - 57). LactNF >18 e > 20 mg/dL ocorreu em 77 (24%) e 60 (19%) dos casos. LactNF >18 e >20 foram