

abordada, é necessário manter uma boa imunidade através de hábitos de vida saudáveis como praticar atividade física regularmente, atenuar estresse e usar preservativo nas relações sexuais para diminuir a contaminação pelos agentes etiológicos descritos.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2021.101898>

EP 163

#### PIOMIOSITE E ENDOFTALMITE: QUANDO UMA BACTÉRIA EXPLICA TUDO

Matheus Oliveira Bastos,  
Ana Beatriz Pacheco da Silva,  
André Luiz Land Curi, Cristiane da Cruz Lamas

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

*Staphylococcus aureus* é causa comum de infecções em Pessoas Vivendo com HIV/AIDS (PVHIV), apesar de não ser um agente oportunista. É descrita maior frequência de *S. aureus* resistente nesse grupo. As infecções estafilocócicas mais graves cursam com bacteremia e metástases, que podem aumentar o tempo de tratamento e a mortalidade. Relatamos o caso de um homem cisgênero de 54 anos, PVHIV em uso irregular de Terapia Antirretroviral (Carga Viral 13.909 cópias/mL Linfócitos TCD4 239/mm<sup>3</sup> recentes) e Diabetes Mellitus tipo 2 mal controlado (HB1Ac 9,8%), que procurou atendimento devido a turvação visual direita 24 horas antes. Ao exame, acuidade visual diminuída à direita, presença de hipópio e biomicroscopia com células 4+/4+ e flare 2+/4+, sendo prescrito dexametasona colírio com a hipótese inicial de Uveíte Anterior associada a Espondiloartropatia Soronegativa, tendo em vista uma queixa de dor lombar crônica sem diagnóstico. Retorna após 48 horas com celulite em braço esquerdo e coxa direita, leucocitose (23.950/mm<sup>3</sup>), Proteína C Reativa 34 mg/dL (ref < 0,5) e lesão renal aguda (CKD-EPI 37,4 mL/min/1,73 m<sup>2</sup>). Iniciada Clindamicina endovenosa. Em 48 horas, resultado de hemocultura com *S. aureus* Resistente a Oxacilina, Sensível a Clindamicina, sulfametoxazol-trimetoprima (SXT) e Daptomicina. Clindamicina trocada por Daptomicina. Ultrassonografia de partes moles mostrou coleção entre os músculos reto femoral e sartório direitos, medindo 3,6x1,6 cm. Tomografia de coluna vertebral e bacia sem sinais de osteomielite ou sacroileíte. Ecocardiograma transtorácico sem evidência de endocardite. Realizado diagnóstico de Piomiosite e Endoftalmite por *S. aureus* resistente de comunidade (CA-MRSA). Paciente obteve melhora clínica após 10 dias de antibióticos venosos, recebendo alta com SXT oral por 14 dias. Após 24 dias do seguimento, apresentava melhora visual, normalização da função renal e de parâmetros inflamatórios. Bacteremia por *S. aureus* cursa com metástases em cerca de 20-30% dos casos. Acometimento ocular ocorre em aproximadamente 9% dos casos. Embora classicamente associada a crianças em países subdesenvolvidos, a piomiosite nos

dias atuais afeta com maior frequência pacientes imunossuprimidos e diabéticos, podendo cursar com bacteremia em 10 a 35% dos casos. Essas manifestações metastáticas são complicações importantes que implicam em maior tempo de tratamento. CA-MRSA tem sido frequente em infecções estafilocócicas em PVHIV, limitando escolhas terapêuticas.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2021.101899>

EP 164

#### SEPSE DE FOCO ABDOMINAL POR YOKENELLA REGENSBURGEI: RELATO DE CASO

Nathália Ramos Bento<sup>a</sup>,  
Magali Meirelles e Silva<sup>a</sup>,  
Fabiola Fernandes dos Santos Castro<sup>b</sup>,  
Paulo Sérgio Gonçalves de Oliveira Batista<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Hospital de Base do Distrito Federal (HB), Brasília, DF, Brasil

<sup>b</sup> Hospital do Coração do Brasil (HCB), Brasília, DF, Brasil

**Introdução:** *Yokenella regensburgei* é uma bactéria bastonete gram-negativa, pertencente à família Enterobacteriaceae, que raramente causa infecções em humanos. Existem poucos relatos da identificação desse patógeno em processos infecciosos em todo o mundo, sobretudo no trato gastrointestinal.

**Relato caso:** Paciente M.J.F.S., sexo feminino, 76 anos, com quadro de astenia, hiporexia, náuseas e vômitos à mudança de decúbito com cerca de 2 semanas de evolução, além de episódios diarreicos de grande volume. Paciente permaneceu afebril durante toda evolução clínica. Apresentava múltiplas comorbidades prévias - HAS, asma, doença arterial coronariana com stent há 10 anos e insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida de 28%. Durante investigação clínica, realizada tomografia de abdome com contraste que evidenciou moderada distensão hidroáerea do cólon ascendente e transversal, sem evidências de fatores obstrutivos. Evoluiu com quadro de sepse e necessitou de cuidados em Unidade de Terapia Intensiva. Coletado 4 pares de hemoculturas com detecção de *Klebsiella oxytoca* e *Yokenella regensburgei* em todas as amostras. Iniciado antibioticoterapia guiado com base em teste de sensibilidade aos antimicrobianos. Paciente evoluiu com melhora clínica após tratamento.

**Considerações:** Infecções em humanos causadas por *Yokenella regensburgei* são raramente identificadas ao redor do mundo. Tal patógeno pode causar infecções graves, levando o paciente à quadros sépticos, e sua rápida identificação e tratamento direcionado são fundamentais para o sucesso terapêutico, assim como em qualquer microorganismo que comumente causam doenças em humanos.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2021.101900>