

^b Universidade Federal de Rondônia (UNIR), Porto Velho, RO, Brasil

^c Centro Medicina Tropical de Rondônia, Porto Velho, RO, Brasil

Leuconostoc lactis é uma bactéria gram-positiva, anaeróbia facultativo, cocos ou cocobacilos, catalase e oxidase negativos. Sendo intrinsecamente resistente à vancomicina e apresentando resistência cruzada a teicoplanina. No passado, *L. lactis* não era considerada patogênica para humanos, mas casos ocasionais de ventriculite, osteomielite e infecção da corrente sanguínea têm sido reportados. Trata-se de um relato de infecção de corrente sanguínea por *Leuconostoc lactis* isolado em hemocultura. M.E.B.F., sexo feminino, 73 anos, natural de Rio Branco, residente do distrito de Triunfo - interior de Rondônia, antecedentes de hipertensão arterial sistêmica e diabetes Mellitus tipo 2, sem história de internação recente. Admitida no Centro de Medicina Tropical de Rondônia, em Porto Velho, transferida de Unidade de Pronto Atendimento no dia 01/05/2021, com diagnóstico de COVID-19, porém já no 14º dia do início dos sintomas. Admitida com história de mialgia, astenia, febre não aferida, evoluindo com dispneia e queda da saturação de oxigênio, com necessidade de internação hospitalar e oxigênio suplementar. Em 08/05, 8º dia de internação, apenas com acesso venoso periférico, sem outros dispositivos invasivos, a paciente evoluiu com aumento dos leucócitos de 11.680 para 17.440, além de três episódios de hipoglicemia (45, 45 e 49 mg/dL), dois episódios de hipotermia (34,1°C - 34,5°C), episódio de calafrio, e queda da relação PaO₂/FiO₂, necessidade de aumento da FiO₂ de 50% para 70% de oxigênio, para manter saturação >92%. Na ocasião foi iniciado Imipenem e coletadas culturas, sendo a urocultura negativa e a hemocultura com crescimento de *Leuconostoc lactis*. Paciente evoluiu com piora progressiva, sendo encaminhada para Unidade de Terapia Intensiva em outro hospital antes mesmo dos resultados das culturas e evoluindo posteriormente a óbito. Com o uso indiscriminado de antimicrobianos, no caso, nomeadamente a Vancomicina, vem aumentando casos de bacteremia com novos agentes resistentes à Vancomicina. Não há uma recomendação específica para a escolha do antimicrobiano. A paciente avaliada não tinha fatores de risco importantes para infecção por *L. lactis* ou bactérias multirresistentes. Mais estudos devem ser feitos para avaliar a real prevalência desses agentes incomuns.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2021.101948>

EP 213

INFECÇÃO OSTEOARTICULAR POR ACINETOBACTER SPP MULTIRRESISTENTE TRATADA COM TIGECICLINA E DOXICICLINA: RELATO DE CASOS

Luiz Alves da Silva Neto ^a,
Ariana Rocha Romão Godoi ^b,
Moara Alves Santa Bárbara Borges ^c,

Luiz Felipe Silveira Sales ^d,
Adriana Oliveira Guilarde ^c

^a Hospital das Clínicas, Universidade Federal de Goiás (UFG), Goiânia, GO, Brasil

^b Centro Estadual de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo (CRER), Goiânia, GO, Brasil

^c Universidade Federal de Goiás (UFG), Goiânia, GO, Brasil

^d Hospital Estadual de Doenças Tropicais Dr. Anuar Auad (HDT), Goiânia, GO, Brasil

Introdução: Pacientes com infecções osteoarticulares comumente requerem tempo de tratamento antimicrobiano por tempo prolongado. A multiresistência por vezes exige terapia antimicrobiana parenteral ambulatorial (Outpatient Parenteral Antimicrobial Therapy- OPAT) não amplamente disponível no Brasil.

Descrição do caso: Paciente A: sexo feminino, 79 anos, hipertensa, diabética, renal crônica não dialítica, submetida à fixação de fratura de fêmur após queda da própria altura. Atendida em hospital terciário de ensino. Paciente B: homem, 37 anos, obeso, com fratura de acetábulo à esquerda após trauma; submetido à osteossíntese em hospital de referência em cirurgia ortopédica. Evoluíram com infecção de sítio cirúrgico aguda. Ambos apresentavam febre, dor e secreção em ferida operatória. Paciente A foi submetida a revisão de artroplastia após 24 dias da primeira abordagem, com retirada de implantes. O paciente B foi reabordado após 8 dias da cirurgia primária, com retenção dos materiais de síntese. Apresentaram evolução desfavorável, com necessidade de várias reabordagens. Culturas colhidas no intra-operatório evidenciaram crescimento de *Acinetobacter* spp multirresistente nos dois casos- paciente A: MIC > 8 e B: MIC >16 para Meropenem. Paciente A foi tratada com Polimixina B e Meropenem. Evoluiu com quadro confusional e piora da creatinina; a polimixina B foi suspensa. Prescrito tigeciclina em monoterapia por 21 dias. Teve alta com doxiciclina, mantendo melhora progressiva até 6 meses de seguimento. O paciente B foi tratado com polimixina B e tigeciclina. Teve sintomas neuropsiquiátricos importantes, com liquor e ressonância de crânio normais. Optado por suspensão da polimixina B, com normalização do status mental. Seguiu terapia com tigeciclina e ciprofloxacina, devido cultura com *P. mirabilis*. Na alta foi prescrita ciprofloxacina e doxiciclina. Totalizou 3 meses e meio de tratamento, com resolução completa do quadro infeccioso, sem recidiva até 5 meses após a alta.

Comentários: Diante da multirresistência, alternativas terapêuticas são essenciais para continuidade da terapia ambulatorial. Apesar da indisponibilidade de teste de suscetibilidade para doxiciclina em nosso meio, houve resposta clínica e laboratorial satisfatória nos dois casos, que não tinham acesso à OPAT. É necessária disponibilização de testes de suscetibilidade do *Acinetobacter* spp à doxiciclina, a fim de subsidiar alternativa terapêutica para infecções osteoarticulares por este agente.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2021.101949>