

Introdução: *Pasteurella multocida* (PM) é um cocobacilo gram negativo tipicamente colonizador da cavidade oral e nasofaringe de vários animais, sobretudo gatos. Pode ser transmitida após mordedura ou contato com suas secreções nasais, sendo comumente associada a quadros de celulite. A minoria dos casos evolui com infecção de corrente sanguínea e a endocardite infecciosa (EI) é uma complicação rara. Diante dos poucos relatos de EI por PM, não há um consenso sobre qual seria o tratamento mais adequado.

Objetivo: Relatar um caso de EI por PM com boa evolução clínica, descrevendo o tratamento realizado e procurando agregar dados na literatura sobre as opções terapêuticas para esse tipo de endocardite.

Método: Relato de caso e revisão de literatura.

Resultados: Sexo feminino, 40 anos, antecedente de prótese metálica em valva mitral, foi internada com quadro de dor abdominal, diarreia, febre e calafrios iniciados 5 dias antes da admissão. Apresentava hipotensão e foi detectada a presença sopro diastólico em foco mitral. Diante da hipótese inicial de abdome agudo inflamatório foi iniciado tratamento empírico com Ceftriaxone 2g/dia e Metronidazol 500mg 8/8horas. Hemoculturas vieram positivas após cerca de 7h da admissão, com identificação posterior de *P. multocida* multi-sensível. Paciente negava histórico de contato recente com animais. Foi solicitada ecocardiografia transtorácica que evidenciou vegetação de 0,6 cm aderida à prótese mitral. Na investigação complementar apresentou múltiplos êmbolos sépticos em RNM de crânio e insuficiência renal aguda, com glomerulonefrite com C3 e C4 baixos. Recebeu tratamento com Ceftriaxone 2 g/dia e Ciprofloxacino 400 mg 2 × /dia por 6 semanas, com transição para terapia parenteral ambulatorial (Ceftriaxone) e oral (Ciprofloxacino) após 3 semanas de internação. Não houve indicação de abordagem cirúrgica pelas equipes de cirurgia cardíaca e neurocirurgia.

Conclusão: Não há consenso a respeito da terapia mais adequada para o tratamento de EI por PM. Há múltiplos relatos em literatura trazendo experiências de tratamento muito diversas, tanto em termos de uso de terapia simples ou combinada, escolha das drogas, via de administração e tempo de tratamento. Em guidelines de EI há sugestões de tratamentos de EI por bacilos gram-negativos não HACEK com terapia combinada, envolvendo aminoglicosídeos ou quinolonas associadas principalmente a betalactâmicos, sem pormenorizar a possibilidade de terapia por via oral ou parenteral ambulatorial.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2024.104345>

EP-449 - EMPIEMA POR TRICHOMONAS SPP - UM RELATO DE CASO

Paulo Pera Neto, Pamela Sarto Lopes,
Matheus Ferreira Rodrigues,
Julia Vilela Rezende,
Luciana dos Anjos Miranda,
Eduarda Schuller de Toledo,
Andre Giglio Bueno

Hospital da Pontifícia Universidade Católica de
Campinas (PUC-Campinas), Campinas, SP, Brasil

Introdução: A tricomoníase pulmonar, inicialmente considerada rara, pode ser subestimada principalmente devido ao desafio de reconhecer essa doença. Essa dificuldade surge de métodos microbianos insensíveis e da ausência de características clínicas específicas, mesmo em paciente com fatores de risco.

Objetivo: A tricomoníase pulmonar é uma condição incomum e/ou subdiagnosticada mesmo em pacientes com os fatores de risco bem estabelecidos para a doença. O caso a seguir propõe relatar no entanto a presença de empiema pleural por tricomonadídeo visualizado por microscopia direta em paciente sem esses fatores de risco.

Método: Foi levantado na literatura para este relato através da base de dados da PubMed artigos que se referem à incidência de infecções por *Trichomonas* fora do trato urogenital, suas características clínicas e os métodos de microbiologia molecular utilizados para realização diagnóstica.

Resultados: J.L.P., 35 anos, sem fatores de risco prévios, apresentou inicialmente queixa de otalgia bilateral, seguida por odinofagia intensa, febre e dispneia progressiva com insuficiência respiratória, levando à descoberta de hidropneumotórax em exame de imagem. Drenagem torácica revelou empiema com visualização de *Trichomonas* spp em microscopia direta, além de cultura positiva para *Klebsiella pneumoniae* e *Enterobacter cloacae*. Realizada drenagem de tórax com paciente mantendo alto débito do dreno durante grande parte da internação, tendo levantada suspeita de fístula quílosa associada, que foi posteriormente descartada, e após grande curso de antibioticoterapia endovenosa com cefepime (6 g/dia) e metronidazol (1,5 g/dia) por 04 semanas, com controle de foco, paciente evolui favoravelmente com critérios de alta hospitalar.

Conclusão: Na maioria das infecções do trato respiratório, o patógeno causador permanece desconhecido, havendo uma necessidade urgente de melhorar os métodos de detecção. Várias espécies de *Trichomonas* podem ser responsáveis por infecções pulmonares, sendo o mais comum o *T. tenax*, um protozoário anaeróbico de difícil cultivo, altamente prevalente em doenças periodontais. Estudos mostram resultados promissores para o uso do nested-PCR e nMGS para detecção desses patógenos em lavado bronco-alveolar. A co-infecção com bactérias anaeróbias é considerável, e em pacientes que não respondem clinicamente à terapia antimicrobiana empírica inicial a associação de nitromidazóis é recomendada, principalmente em pacientes com fatores de risco.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2024.104346>

EP-450 - O IMPACTO DA ESPOROTRICOSE EM PACIENTES QUE VIVEM COM HIV

Vanessa C. Randi Magalhães, Dirce Inês Silva,
Salene Angelini Colombo,
Maria Isabel Azevedo, Nalu Teixeira A. Peres,
Daniel Assis Santos

Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais
(FHEMIG), Belo Horizonte, MG, Brasil

Introdução: A esporotricose é uma micose subcutânea causada por um fungo dimórfico do gênero *Sporothrix* com distribuição mundial. Tradicionalmente, a infecção ocorre após a inoculação traumática de propágulos fúngicos na pele, os quais podem estar presentes na matéria orgânica, ou por meio de arranhões, mordidas, contato direto com secreções de lesões ou espirros de felinos doentes (zoonose). A esporotricose causa principalmente lesões cutâneas na forma linfocutânea, seguidas de lesões cutâneas fixas. Porém, podem ocorrer formas extracutâneas, devido à disseminação do fungo nas vísceras, ossos e sistema linfático. A esporotricose sistêmica em indivíduos imunocomprometidos está aumentando no Brasil, especialmente em pessoas que vivem com HIV.

Objetivo: Portanto, nosso objetivo foi estudar as características clínicas e microbiológicas da esporotricose em pacientes HIV positivos.

Método: Este estudo transversal retrospectivo incluiu 15 pacientes com esporotricose (consulta médica ou internação) atendidos no Hospital Eduardo de Menezes, em Minas Gerais, Brasil, de 2014 a 2023. Todos os pacientes com culturas positivas para *Sporothrix* foram incluídos na análise. Aprovação ética:(CAAE 00883118.0.0000.5149) e (CAAE 00883118.0.3001.5124). O consentimento informado foi obtido de todos os participantes individuais incluídos no estudo.

Resultados: Como resultado, verificamos que a maioria dos pacientes era do sexo masculino, representando 86,7% (13/15) dos casos. A faixa etária foi de 23 a 63 anos, com média de idade de 44 anos. A apresentação clínica mais frequente foi a esporotricose sistêmica com 86,7%. Todos os pacientes apresentaram lesões cutâneas e 68% lesões mucosas (oral e/ou nasal) associadas. Quanto ao envolvimento extracutâneo, 53,3% apresentaram envolvimento neurológico e osteoarticular, cada, 26,7% ocular e 33,3% pulmonar. Curiosamente, cerca de 53,3% tiveram o envolvimento de múltiplos órgãos. Em (13/15) pacientes, a contagem de células T CD4+ variou de 2 a 212 células/mm³ (média 89 células/mm³) e a carga viral do HIV detectada no diagnóstico de esporotricose variou de indetectável a 150.516 cópias/mL (média 25.500 cópias/mL). Quanto ao desfecho, 71,4% (10/14) dos pacientes foram a óbito. Dos isolados recuperados, (1/10) foi *S. schenckii* e (9/10) *S. brasiliensis*.

Conclusão: A esporotricose causada por *S. brasiliensis* é uma doença prevalente no Brasil e indivíduos que vivem com HIV podem apresentar manifestações graves com risco de morte.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2024.104347>

ÁREA: RESISTÊNCIA MICROBIANA NA PRÁTICA CLÍNICA

EP-451 - ATIVIDADE "IN VITRO" DE DELAFLOXACINO FRENTE AOS ISOLADOS DE STAPHYLOCOCCUS AUREUS EM UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA EM INFECTOLOGIA DE SÃO PAULO.

Raquel Keiko De Luca Ito,
Caroline Thomaz Panico,
Regia Damous Fontinele Feijo, Yu Ching Lian,

Aline Santos Ibanes, Sayonara Scota,
Aline Aparecida Carneiro de Souza,
Ana Lúcia Innaco de Carvalho,
Simone Aparecida de Souza,
Nilton José Fernandes Cavalcante

Instituto de Infectologia Emílio Ribas, São Paulo, SP,
Brasil

Introdução: Delafloxacino é uma fluoroquinolona aprovada no Brasil para o tratamento de infecções de pele e partes moles (IPPM) e pneumonia adquirida na comunidade. Entretanto, existem poucos estudos sobre a atividade "in vitro" desta droga no país.

Objetivo: Avaliar o perfil de sensibilidade ao delafloxacino de isolados de *S. aureus* dos pacientes de um hospital de referência em infectologia da cidade de São Paulo.

Método: As cepas de *S. aureus* foram identificadas através de método automatizado (BD Phoenix) e o perfil de sensibilidade aos antimicrobianos foi determinado conforme rotina do laboratório de microbiologia. O teste de fita de gradiente de concentração na faixa de 0,002-32 mg/L foi validado pelo laboratório em abril de 2023 para a determinação da concentração inibitória mínima (MIC) de delafloxacino. A interpretação dos testes de sensibilidade foi realizada de acordo com o EUCAST/BrCAST.

Resultados: Foram avaliados 17 isolados de *S. aureus* de 13 pacientes (6 IPPM, 3 pneumonias, 1 osteomielite, 1 infecção de corrente sanguínea, 1 endocardite com infecção pulmonar e 1 espondilodiscite com empiema). Todas as 6 amostras de partes moles apresentaram sensibilidade ao delafloxacino e à clindamicina. Destas, 5 eram resistentes à oxacilina e 2 eram resistentes ao ciprofloxacino/levofloxacino. Dois isolados dos 3 pacientes com pneumonia eram sensíveis ao delafloxacino, levofloxacino e ciprofloxacino (2 casos eram resistentes à oxacilina). Não foram identificadas cepas resistentes à daptomicina, linezolida, sulfametoxazol-trimetoprim e vancomicina. Em relação aos isolados de pacientes com infecções de corrente sanguínea e osteoarticulares, a maior MIC encontrada foi de 0,047 mg/L (0,003-0,047 mg/L). Como o delafloxacino não foi licenciado para o tratamento de infecções nestas topografias, não foram definidos pontos de corte clínicos para avaliar a sensibilidade das cepas de *S. aureus*, mas considerando os pontos de corte epidemiológicos, apenas um caso apresentou MIC \leq 0,016 mg/L, que indicaria a presença de mecanismos de resistência a esta droga.

Conclusão: O delafloxacino pode ser considerado uma alternativa à vancomicina, linezolida e daptomicina para o tratamento de IPPM e pneumonia por *S. aureus* resistentes à oxacilina. Embora não existam pontos de corte clínicos disponíveis para infecções em outros sítios, a avaliação da atividade "in vitro" mostra que a emergência de resistência a este antimicrobiano entre as cepas de *S. aureus* ainda é rara.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2024.104348>