



CASE REPORT

Infeção por *staphylococcus aureus* metilicina-resistente da comunidade em Portugal

R. Nazareth^{a,*}, J. Gonçalves-Pereira^{a,d}, A. Tavares^c, M. Miragaia^c, H. de Lencastre^{c,e}, J. Silvestre^{a,d}, P. Freitas^a, E. Gonçalves^b, F. Martins^b, V. Mendes^a, C. Tapadinhas^{a,d} e P. Póvoa^{a,d}

^a Unidade Polivalente de Cuidados Intensivos, Hospital São Francisco Xavier, CHLO, Lisboa, Portugal

^b Laboratório de Microbiologia, Hospital São Francisco Xavier, CHLO, Lisboa, Portugal

^c Laboratório de Genética Molecular, Instituto de Tecnologia Química e Biológica (ITQB), Oeiras, Portugal

^d CEDOC, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, Portugal

^e Laboratory of Microbiology, The Rockefeller University, New York, NY, USA

Recebido a 14 de fevereiro de 2011; aceite a 2 de maio de 2011

Disponível na Internet a 29 julho 2011

PALAVRAS-CHAVE

comunidade associada;
MRSA;
Staphylococcus aureus;
pneumonia necrosante;
empiema

KEYWORDS

Community-associated;
MRSA;
Staphylococcus aureus;
Necrotizing pneumonia;
Empyema

Resumo Recentemente assistiu-se à emergência de infeções na comunidade por *Staphylococcus aureus* metilicina-resistente (MRSA) em indivíduos sem fatores de risco. O MRSA associado à comunidade (CA-MRSA) parece ser mais virulento, causando desde infeções superficiais da pele e tecidos moles até fascíte necrosante e, raramente, pneumonia.

O CA-MRSA foi inicialmente identificado na Austrália no início da década de 80 e, após cerca de duas décadas, surgiu nos EUA e em vários países da Europa, Ásia e América do Sul. Não existe informação disponível acerca da prevalência em Portugal.

Os autores reportam o primeiro caso de infeção por CA-MRSA em Portugal, num adulto jovem com pneumonia necrotizante grave complicada por empiema bilateral e insuficiência respiratória.

© 2011 Sociedade Portuguesa de Pneumologia. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos os direitos reservados.

Community-associated methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* infection in Portugal

Abstract Methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA) has recently emerged as a cause of community-acquired infections among individuals without risk factors. Community-associated MRSA (CA-MRSA) appears to be more virulent, causing superficial mild skin and soft tissue infections to severe necrotizing fasciitis, and in rare cases, pneumonia.

* Autor para correspondência.

Endereço eletrónico: raquelnazareth@gmail.com (R. Nazareth).

Community-associated MRSA was first reported in Australia in the early 80s, after almost two decades in the USA, and then in several countries in Europe, Asia and South America. No data exists in Portugal.

We report the first case of CA-MRSA infection in Portugal, in a young adult with severe necrotizing pneumonia, complicated with bilateral empyema and respiratory failure.

© 2011 Sociedade Portuguesa de Pneumologia. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introdução

O *Staphylococcus aureus* é responsável por diferentes tipos de infeções, a maioria infeções ligeiras da pele e tecidos moles, mas também é agente etiológico de formas graves de pneumonia e sépsis, associando-se a elevada morbidade e mortalidade.¹

O *S. aureus* metilina-resistente (MRSA) foi inicialmente descrito no Reino Unido em 1961,² sendo atualmente um dos principais agentes resistentes aos antibióticos a nível mundial causadores de infeções associadas aos cuidados de saúde.³ Em 2008, Portugal foi o único país Europeu cuja prevalência de MRSA foi superior a 50%.⁴

Durante a última década assistiu-se à emergência a nível mundial de infeções causadas por *Community-associated MRSA* (CA-MRSA) em indivíduos saudáveis, sem fatores de risco para *Hospital-acquired MRSA* (HA-MRSA), em particular em crianças e adultos jovens.^{5,6} Estas duas bactérias são distintas do ponto de vista epidemiológico, genotípico e fenotípico.⁷ O CA-MRSA foi inicialmente descrito na Austrália no início da década de 80.⁸ Cerca de uma década depois foi identificado nos EUA⁵ e, posteriormente, na Europa, Ásia e América do Sul.⁹

A sua prevalência exata é desconhecida. Têm sido descritos surtos na comunidade, em diferentes contextos.¹⁰ Foi detetada uma elevada prevalência deste agente em doentes com infeções da pele e tecidos moles,¹¹ nomeadamente, entre utilizadores de drogas por via endovenosa na América do Norte,^{12,13} assim como no Reino Unido.¹⁴ Inicialmente, a maioria dos isolamentos de CA-MRSA isolados eram apenas resistentes aos antibióticos β -lactâmicos, o que estava associado à presença dos *staphylococcal cassette chromosome mec* (SCCmec) de menores dimensões (tipo IV e V).¹⁵ No entanto, recentemente tem-se observado o aumento de resistência a outras classes de antibióticos.¹³ Este agente é também frequentemente portador do gene da leucocidina de *Panton-Valentine* (PVL), uma exotoxina que causa destruição leucocitária e necrose dos tecidos, associando-se a um aumento da gravidade das infeções, nomeadamente pneumonias, e da mortalidade.¹⁶

Atualmente, os clones predominantes de CA-MRSA nos EUA são o USA300 (ST8-IVa) e o USA400 (ST1-IV),¹⁷ estando sobretudo o primeiro, amplamente disseminado na comunidade e meio hospitalar,¹⁸ enquanto que na Europa e na Austrália, os clones mais relevantes são o clone Europeu (ST80-IVc)¹⁹ e o clone do Pacífico Sudoeste (ST30-IV),²⁰ respetivamente.

As manifestações clínicas mais comuns de CA-MRSA são as infeções da pele e tecidos moles, embora estejam também descritas infeções invasivas graves, nomeadamente pneumonia.²¹ Num estudo de grandes dimensões realizado nos EUA, apenas 2% das infeções por CA-MRSA foram pneumonias.²²

Os autores descrevem o primeiro caso documentado de infeção por CA-MRSA em Portugal, num doente com pneumonia grave necrotizante, complicada por empiema bilateral.

Caso clínico

Um homem de 33 anos, natural da Arménia, indigente, a residir em Portugal há sete anos e com antecedentes pessoais de Hepatite B e C crónica e toxicofilia por via endovenosa apresentou-se no Serviço de Urgência Geral (SUG) referindo dor tipo pleurítica à direita nos últimos cinco dias, associada a febre não quantificada e expectoração purulenta nas duas semanas prévias.

A telerradiografia do tórax mostrou infiltrado pulmonar em ambos os lobos inferiores e derrame pleural direito.

O *HIV-check* foi positivo (método ELISA de 4ª geração). Admitiu-se o diagnóstico de Pneumonia adquirida na comunidade (PAC) com derrame pleural parapneumónico e o doente teve alta medicado com coamoxiclav.

Após dois dias regressou ao SUG por agravamento dos sintomas. Estava febril, taquicárdico e taquipneico, com oximetria de pulso de 95% em ar ambiente e tinha diminuição do murmúrio vesicular a nível do hemitórax direito. A gasimetria arterial revelou pressão parcial de oxigénio no sangue arterial (PaO₂) de 67.3 mmHg. A avaliação laboratorial mostrou elevação da proteína C-reativa (35.4 mg/dL, sendo que dois dias antes era de 15.6 mg/dL) e leucocitose ($14.5 \times 10^9/\mu\text{L}$; neutrófilos 94%). A pesquisa de bacilos álcool-ácido resistentes na expectoração foi negativa (três amostras).

O doente foi internado no Serviço de Infeciologia. Associou-se à antibioterapia já descrita claritromicina e, dado o doente estar gravemente imunodeprimido (46 células T CD4 /mL, 10.3% e carga viral > 180.000 cópias/mL), iniciou cotrimoxazol, profilaticamente. Nos dois dias seguintes houve rápida deterioração da sua situação clínica, com instalação de falência respiratória aguda e necessidade de ventilação mecânica. Foi transferido para a Unidade de Cuidados Intensivos (UCI), onde foi realizada toracocentese, que revelou empiema bilateral de grande volume.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4213973>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4213973>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)