

RELATO DE CASO

PNEUMONIA ADQUIRIDA NA COMUNIDADE POR ENTEROCOCCUS: UM RELATO DE CASO**COMMUNITY-ACQUIRED ENTEROCOCCAL PNEUMONIA: A CASE REPORT**

Luís Gabriel de Paula Cardoso¹, Ricardo Mendonça de Paula², Divino Alves Garcia Júnior³, Annalu Foganholo⁴, Andrea Silva Amaral⁵.

RESUMO

O relato conta o caso de um paciente previamente hígido que se apresentou com uma pneumonia por enterococcus. Devido a raridade do caso, é pertinente a discussão da importância de se investigar de maneira ampla outros agentes, com intuito de evitar evoluções graves, instituindo o tratamento adequado o quanto antes.

Palavras-chave: Pneumonia; Enterococcus; Infecção.

 **ACESSO LIVRE**

Citação: Cardoso LGP, de Paula RM, Garcia Júnior DA, Annalu Foganholo A, Amaral AS (2018) Pneumonia adquirida na comunidade por enterococcus: um relato de caso. Revista de Patologia do Tocantins, 5(4): 20-22.

Instituição: ^{1,2,3}Discente do curso de medicina da Fundação Universidade Federal do Tocantins – UFT; ⁴Discente do curso de medicina do Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos-ITPAC/Porto; ⁵Médica Pneumologista Pediátrica, docente da Fundação Universidade Federal do Tocantins e docente do Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos.

Autor correspondente: Luís Gabriel de Paula Cardoso; lgabrielpc@gmail.com

Editor: Guedes V. R. Medicina, Universidade Federal do Tocantins, Brasil.

Publicado: 09 de dezembro de 2018.

Direitos Autorais: © 2018 Cardoso et al. Este é um artigo de acesso aberto que permite o uso, a distribuição e a reprodução sem restrições em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

Conflito de interesses: os autores declararam que não existem conflitos de interesses.

ABSTRACT

The report tells a case of a previously higid patient who presented with a enterococcal pneumonia. Due to the rarity of the case, we discussed the importance to investigate with a broad way another agent, with the intent to avoid serious evolutions, instituting the proper treatment as soon as possible.

Keywords: Pneumonia; Enterococcus; Infection.

INTRODUÇÃO

A pneumonia adquirida na comunidade possui uma alta mortalidade e morbidade, e apesar do desenvolvimento de novas drogas antimicrobianas, ainda é um problema de saúde pública. Os agentes infecciosos mais comumente encontrados são *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Staphylococcus aureus*, *Moraxellacatarrhalis*, *Pseudomonas aeruginosa*, e outros bacilos gram-negativos. De acordo com o Sistema de Informação sobre Mortalidade do Departamento de Tecnologia da Informação do Sistema Único de Saúde (SIM/DATASUS) no ano de 2013 a mortalidade ocasionada por essa patologia foi de 34,0 óbitos por 100 mil habitantes, justificando a grande preocupação que se tem com a mesma.^{1,2}

Os enterococci são bactérias gram-positivas anaeróbias facultativas, que apesar de apresentar baixa virulência possuem uma potência patogênica que o transforma em um agente responsável por vários tipos de infecções comunitárias e nosocomiais, como endocardite infecciosa, infecções pélvicas, infecções do trato urinário e infecções neonatais.³

O caso aborda um paciente previamente hígido que desenvolveu uma infecção do trato respiratório inferior cursando com sepse e suas complicações. A maioria dos casos de pneumonia por enterococcus são nosocomiais e acometem principalmente pacientes com algum grau de comprometimento imunológico.^{4,5} De uma maneira pouco compreendida as infecções do trato respiratório inferior causadas pelos enterococcus são extremamente raras. Em decorrência desta raridade e escassez de casos que ligam os enterococos a pneumonias é de grande valia relatar o caso em seqüência, visto que no Brasil até o presente momento ainda não há na literatura caso semelhante.⁶

RELATO DE CASO

Um homem de 24 anos apresentou-se ao departamento de emergência queixando-se de febre aferida de 38°C, tosse produtiva, astenia, hiporexia, artralgia de punhos e joelhos e dispneia progressiva nos últimos 7 dias. Paciente ainda relatava dor abdominal difusa de leve intensidade, dois episódios de vômitos, um de diarreia e piora da dispneia para mínimos esforços nos últimos 2 dias. Paciente relatou viagem 3 dias antes do início dos sintomas para zona rural onde entrou em contato com água de um lago, bem como refere ter ingerido carne de animal silvestre que não sabia especificar. Ele negou uso de antibiótico nos últimos meses, doenças prévias, internações prévias bem como procedimentos intervencionistas prévios.

No momento da admissão paciente encontrava-se com confuso, dispneico, temperatura axilar de 38,7°C, pulso de 140 bpm, pressão arterial era 90x50 mmHg, a saturação de oxigênio sob máscara de oxigênio era de 91%. Ao exame físico apresentava-se icterico, com exantema petequeal difuso, hemorragia de mucosa oral, murmúrios vesiculares presentes com roncos rudes e estertores crepitantes em base direita, abdômen doloroso a palpação em quadrante superior esquerdo, hepatomegalia de 4cm distância do rebordo costal direito, esplenomegalia Boyd II e anúrico. Seus leucócitos estavam em 20,800 células/ μ L com 70% de neutrófilos e 13%

de linfócitos. Plaquetas de 56,000 células/ μ L. Glicemia 129 mg/dL. Ureia de 169 mg/dL e creatinina sérica de 8mg/dL. Seus níveis séricos de eletrólitos estavam com potássio de 2.9 mmol/L, sódio 125 mmol/L, magnésio 1.3 mg/dL. Bilirrubinas totais de 7,94 mg/dL, bilirrubinas indiretas 6,28 mg/dL e bilirrubinas diretas 1,66mg/dL. Nível sérico de PCR 50,41mg/dL. DHL de 1230UI/L. Lactato 45 mg/dL. TAP com RNI de 0,97 e TTPA de 50 segundos. Funções hepáticas alteradas, com AST de 88 U/L e ALT 99 U/L.

Exames de imagem, RX de Tórax e TC tórax revelaram consolidação pulmonar de lobo inferior direito. Paciente foi admitido com diagnóstico presuntivo de Síndrome Febril-Ictérico-hemorrágica com envolvimento pulmonar. Realizado sorologias para Leptospirose, Dengue, Chikungunya, Hepatites, Febre maculosa, Chagas, Leishmaniose, pesquisa de plasmódio todos com posterior resultado negativo. Solicitado duas amostras de hemocultura e urocultura na admissão.

Paciente foi referido para unidade de tratamento intensiva, por necessidade de ventilação mecânica, insuficiência renal dialítica, discrasia sanguínea e choque séptico, onde foi instituído em um primeiro momento antibioticoterapia com Ceftriaxone (4g/dia) e suporte. Após 48h de internação em UTI o resultado de hemocultura positivou em duas amostras o crescimento de *Enterococcus* spp. sensível à Clorafenicol e Vancomicina. Realizado antibioticoterapia com Vancomicina (2g/dia), com rápida melhora do quadro clínico. Ecocardiograma descartou possibilidade de endocardite bacteriana.

Diagnóstico feito de pneumonia adquirida na comunidade evoluindo com sepse. Paciente após 15 dias de admissão encontrava-se assintomático e com 18 dias recebeu alta hospitalar.

DISCUSSÃO

Dentre os principais organismos mais comumente isolados em infecções nosocomiais, o enterococcus é o terceiro mais encontrado. Ele é evidenciado particularmente em pacientes críticos, que foram hospitalizados por um longo período de tempo ou que receberam múltiplas classes de antibióticos. Apesar das infecções nosocomiais serem mais comum do que as adquiridas na comunidade, o paciente não havia sido recentemente hospitalizado.⁷

A associação entre pneumonias relacionadas a ventilação mecânica e enterococcus se faz presente em apenas 1 % dos casos segundo dados da National Healthcare Safety Network. As pesquisas da entidade mostram ainda que a relação entre tal agente e infecções comunitárias é de extrema raridade com pouquíssimos casos relatados.⁸

As duas revisões de literatura mais recentes em língua inglesa sobre a relação entre pneumonia nosocomial e enterococcus apontam apenas 11 casos relatados, evidenciando a raridade da associação.^{4,6}

A recomendação atual para tratamento empírico para pneumonia adquirida na comunidade falha na cobertura para infecções por enterococcus, tradicionalmente realizada com cefalosporinas e macrolídeos. A associação entre infecção do trato respiratório inferior e enterococcus é mínima, não justificando uma cobertura de rotina para este patógeno.

Apesar de rara é uma possibilidade que reforça a importância de se obter culturas apropriadas antes do início de terapia antimicrobiana em todos os pacientes hospitalizados, frente que essas infecções podem ser causadas por bactérias não habituais.³

O paciente supracitado respondeu de maneira extremamente satisfatória ao tratamento guiado por cultura, apesar de que no atual cenário existe uma preocupação com enterococcus resistentes à vancomicina, muito provavelmente por se tratar de uma infecção adquirida na comunidade, onde não existe o fator de risco de internação prolongada e idade avançada.⁹

CONCLUSÃO

Casos relacionados a infecção de trato respiratório inferior e Enterococcus são conhecidamente raros. Entretanto não deve-se excluir tal possibilidade, principalmente quando se está diante de um paciente que não responde de maneira satisfatória ao tratamento convencional. Portanto a utilização da cultura para elucidar a etiologia do quadro deve ser levada em consideração.

REFERÊNCIAS

1. Musher DM, Thorner AR. Community-Acquired Pneumonia. *N Engl J Med* [Internet]. 2014;371(17):1619–28. Available from: <http://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMra1312885>
2. Ministério da Saúde. SIM-Sistema de Informações de Mortalidade [Internet]. DATASUS. 2017. Available from: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205&id=19465>
3. Prina E, Ranzani OT, Torres A. Community-acquired pneumonia. *Lancet* [Internet]. 2015;386(9998):1097–108. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)60733-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60733-4)
4. Vanschooneveld T, Mindru C, Madariaga MG, Kalil AC, Florescu DF. Enterococcus pneumonia complicated with empyema and lung abscess in an HIV-positive patient. Case report and review of the literature. *Int J STD AIDS*. 2009;20(9):659–61.
5. Carabalona JF, Ledochowski S, Rulliat E, Mottard N, Friggeri A. Necrotizing pneumonia due to Enterococcus faecalis in an immunocompromised patient of 67 years. *Ann Fr Anesth Reanim*. 2013;32(12):887–8.
6. Grupper M, Kravtsov A, Potasman I. Enterococcal-associated lower respiratory tract infections: A case report and literature review. *Infection*. 2009;37(1):60–4.
7. Emori TG, Gaynes RP. An overview of nosocomial infections, including the role of the microbiology laboratory. Vol. 6, *Clinical Microbiology Reviews*. 1993. p. 428–42.
8. Hidron AI, Edwards JR, Patel J, Horan TC, Sievert DM, Pollock D a, et al. NHSN annual update: antimicrobial-resistant pathogens associated with healthcare-associated infections: annual summary of data reported to the National Healthcare Safety Network at the Centers for Disease Control and Prevention, 2006-2007. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 2008;29(11):996–1011.
9. Arias CA, Murray BE. The rise of the Enterococcus: Beyond vancomycin resistance. *Nat Rev Microbiol* [Internet]. 2012;10(4):266–78. Available from: <http://dx.doi.org/10.1038/nrmicro2761>