receptoras do TxR e o quadro de pneumonia e encefalite de etiologia indefinida em doador proveniente de área endêmica sugerem fortemente transmissão da FMB pelo enxerto renal. O presente caso corrobora a necessidade de se evitar órgãos provenientes de doadores com encefalite de etiologia indefinida.

Palavras-chave: Febre maculosa brasileira Transplante renal Rickettsia

https://doi.org/10.1016/j.bjid.2023.103246

FATORES DE RISCO ASSOCIADOS A COLONIZAÇÃO E A INFECÇÃO POR ENTEROCOCCUS SPP. RESISTENTES À VANCOMICINA (VRE) EM PACIENTES TRANSPLANTADOS DE FÍGADO

Nathalia Neves Nunes*, Debora Terrabuio, Gabriela Takeshigue Lemos, Alice Tung Wan Song, Luiz Augusto D'Albuquerque, Edson Abdala, Maristela Pinheiro Freire

Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo (HCFMUSP), São Paulo, SP, Brasil

Introdução: Enterococcus spp. resistentes à vancomicina (VRE) são microrganismos multidroga resistentes (MDRO) comumente isolados em pacientes submetidos a transplante de fígado (TF), e estão potencialmente associados a piores desfechos clínicos. Existem poucos dados sobre os fatores de risco para a colonização e infecção por VRE nessa população. Nosso objetivo é identificar os fatores de risco associados à colonização e infecção por VRE após TF.

Métodos: Esse é um estudo de coorte retrospectivo que incluiu todos os adultos submetidos a TF entre 2010 e 2019 em um hospital de alta complexidade. O período de acompanhamento foi de 180 dias após TF. A análise estatística incluiu variáveis relacionadas às características dos pacientes, procedimentos e complicações pós transplante. Utilizamos o modelo de regressão de Cox para análises univariadas e multivariadas.

Resultados: Foram incluídos 855 pacientes, a mediana de idade foi 54 anos (IQR 41 - 61) e escore de MELD no TF de 21 (IQR 13 - 29). 107 (13%) adquiriram VRE antes do TF. A colonização após o TF ocorreu em 144 pacientes (19%), sendo que 80 (9%) desenvolveram infecção por VRE. As infecções mais comuns foram infecção do sítio cirúrgico (36-45%) e infecção da corrente sanguínea relacionada ao cateter (22-28%), o tempo médio entre o TF e a infecção por VRE foi de 15 dias. Os fatores de risco para colonização por VRE identificados na análise multivariada foram CLIF-SOFA elevado no pré-TF ($p < 0.001$), ascite refratária no pré-TF ($p = 0.03$), tempo prolongado de internação no pré-TF ($p = 0.005$) e reoperação pós-TF ($p < 0.001$). A presença de doença hepática por HCV foi identificada como fator protetor ($p = 0.03$). Para infecção por VRE, as variáveis preditoras no modelo final foram colonização por VRE pré-TF ($p < 0.001$), colonização por VRE pós-TF ($p < 0.001$), hepatite fulminante ($p = 002$), reoperação ($p < 0.001$), retransplante ($p < 0.001$), sangramento intraoperatório ($p = 0.04$) e transplante combinado ($p = 0.04$). A mortalidade em 180 dias após o TF foi de 20%, 27% e 53% para pacientes não colonizados por VRE, pacientes colonizados por VRE, mas não infectados, e pacientes infectados por VRE, respectivamente. A infecção e colonização por VRE foram associadas à mortalidade em 180 dias após o TF.

Conclusões: A colonização por VRE antes e após o TF é um dos principais fatores de risco para a ocorrência de infecção por VRE. A infecção por VRE diminui substancialmente a sobrevida dos receptores de TF.

Palavras-chave: VRE MDRO Colonização Transplante hepático

https://doi.org/10.1016/j.bjid.2023.103247

HANSENÍASE E LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA: RELATO DE CASO

Julia Ferreira Maria[a,*], Vitor Ciamponi Arcieri[a], Patrícia Rodrigues Bonazzi Pontes[b], Juliana Pereira[b], Edson Abdala[b]

[a] *Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo (HCFMUSP), São Paulo, SP, Brasil;*
[b] *Instituto do Câncer do Estado de São Paulo (Icesp), Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo (HCFMUSP), São Paulo, SP, Brasil*

Descrevemos um raro relato de caso de Leucemia Mieloide Aguda (LMA) e Hanseníase Virchowiana com diagnóstico concomitante. Após pesquisa utilizando esses termos em base de dados como PubMed, não encontramos nenhuma publicação semelhante. Este é, portanto, o primeiro relato de ambas condições, descrito na literatura. Paciente do sexo masculino, 78 anos, natural do Maranhão e residente de São Paulo, com antecedentes de hipertensão e diabetes, foi internado em Hospital Oncológico em São Paulo, em Fevereiro de 2023 para início de tratamento de LMA recém diagnosticada. Ao exame físico cutâneo da entrada apresentava placas eritematosas infiltradas de limites irregulares e mal delimitadas, distribuídas no tronco, glúteos e membros, além de lesões infiltrativas e coalescentes no nariz. Havia redução de sensibilidade em lesões de membros inferiores. O paciente referia tais lesões cutâneas há 6 anos e já havia recebido o diagnóstico de eczema cutâneo e neuropatia diabética. Naquele momento, o principal diagnóstico foi Leucemia Cutis. Biópsia de pele foi realizada, com dermatite linfohistiocitária perivascular, perineural e perianexial, com numerosos bacilos marcados pela coloração de Ziehl-Neelsen, fechando-se assim o diagnóstico de Hanseníase multibacilar. Após, foi iniciado o tratamento com poliquimioterapia única Clofazimina, Rifampicina e Dapsona em 15/03/2023. Seus contactantes foram encaminhados à unidade básica de saúde para rastreamento diagnóstico. Optado por não realizar quimioterapia convencional da leucemia, pelo alto risco de complicações, dadas comorbidades citadas, idade avançada e uma performance score desfavorável - ECOG 3 na entrada. Paciente evoluiu a óbito em após 45 dias de internação, por neutropenia febril, mesmo com antibioticoterapia adequada. O diagnóstico concomitante das duas condições provavelmente foi incidental. A hanseníase é uma doença tropical negligenciada e o Brasil concentra 90% dos casos das Américas, com cerca de 25 mil novos casos ao ano.