



Trabalhos Científicos

Título: Infecção Por Staphylococcus Aureus Possivelmente Resistente A Vancomicina: Um Relato De Caso

Autores: MELISSA BEDIN (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL), ANA LUIZA LEAL DE MELLO (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL), BIANCA FERNANDEZ DELLA PASQUA (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL), BRUNA STUMPF BÖCKMANN (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL), GABRIELLY BURKHARD VILASFAM (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL), GUSTAVO FARIAS PORCIUNCULA (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL), LUANA MILER GHANI (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL), VANESSA MÜLLER (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL), JÚLIA MICHELON TOMAZZONI (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL), MARCELO COMERLATO SCOTTA (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL)

Resumo: INTRODUÇÃO: O *Staphylococcus aureus* (SA), bactéria colonizadora da flora humana, pode ser patogênico. A vancomicina é utilizada para cepas resistentes a Oxacilina em pacientes graves. Apesar de a resistência do SA a vancomicina ser pouco frequente, é uma preocupação mundial. RELATO DE CASO: Masculino, 12 anos, procurou atendimento dia 03/09/18, devido à dor e paresia em perna direita. Evoluiu com dor em membros inferiores e superiores, dificuldade de mobilização, paresia, febre de 41°C, náuseas e vômitos, sendo iniciado ceftriaxone. Devido ao edema e lesões bolhosas em membro superior direito (MSD), foi adicionado oxacilina e ajustada a dose de ceftriaxone. Com alterações laboratoriais - proteína C reativa (PCR) 24,3 -, febre persistente e piora do estado geral, optou-se substituir oxacilina por vancomicina. Em MSD, foi demonstrado processo inflamatório, provavelmente infeccioso, da musculatura e fáscias, aumentando-se a dose de vancomicina e iniciando clindamicina. Ademais, foi evidenciada osteomielite em antebraço direito e artrite séptica em articulação coxo-femoral durante o tratamento com vancomicina em nível sérico de 18,08, realizando-se drenagem. A febre e a dor à mobilização articular persistiram, optando-se pelo esquema linezolida e clindamicina (10 dias), passando apenas para linezolida (8 semanas). Iniciando-se sulfametoxazol-trimetoprim, recebeu alta hospitalar dia 26/11/18, com PCR 2,2, bom estado geral, boa evolução em acompanhamento ambulatorial e suspensão antimicrobiana após normalização de provas inflamatórias. DISCUSSÃO: Embora o patógeno não tenha sido isolado, a evolução clínica remete à infecção por SA possivelmente resistente a vancomicina, devido à irresponsividade à oxacilina e vancomicina, com adequada resposta à linezolida. Assim, em casos de cepas não suscetíveis a vancomicina, linezolida apresenta-se como uma alternativa razoável. CONCLUSÃO: Embora ainda raras, é importante atentar para infecções por SA resistente a vancomicina. Logo, é indispensável utilizar antibióticos racionalmente, prevenindo a resistência aos antimicrobianos.