

*Paciente oncológico com
infecção pós cirúrgica
(bactérias gram +/- e
Candida glabrata)*

Luana Gasparini

9426220



Paciente

Homem, caucasiano, 60 anos, foi ao Hospital com queixa de **dor retroesternal e azia**, principalmente durante à noite. Paciente saudável, **sem uso de nenhuma medicação**. Na admissão foi realizada uma gastroduodenoscopia e biópsia, que mostrou um **adenocarcinoma não metastático no esôfago distal**. Paciente iniciou o tratamento quimioterápico antes da realização da cirurgia

Período de internação

Farmacoterapia: adenocarcinoma não metastático

- Quimioterapia neoadjuvante em combinação:
- **Epirrubicina** (agente antineoplásico e citotóxico)
- **Cisplatina** (agente antineoplásico e citotóxico)
- **5-fluoracil** (agente antineoplásico e citotóxico)

Após quimioterapia

- Paciente foi submetido à **cirurgia esofagolinfadenectomia toracolaparoscópica assistida por robô** para remoção do tumor e reconstrução de um neoesôfago usando o estômago (tubo gástrico)
- Após a cirurgia o paciente foi encaminhado à UTI

UTI – pós operatório

Paciente relativamente estável, embora sua pontuação APACHE IV score, nas primeiras 24h estava **118** (alto risco de mortalidade)

A tomografia mostrou **fluido fora da junção esofágica**. Foi realizada uma esofagoscopia que mostrou que não havia fístula ou perfuração

Paciente foi **operado novamente**, o neoesôfago foi desconectado e grampeado proximalmente. **Paciente retornou à UTI após cirurgia**

Admissão

2º dia

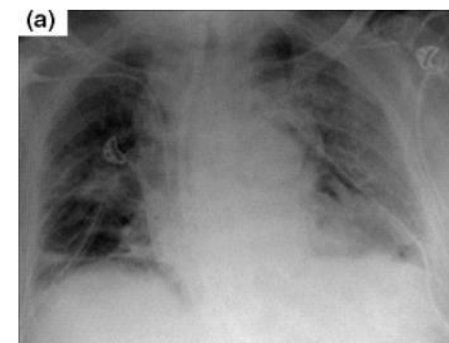
3º dia

4º dia

5º dia

Pela manhã, paciente estava estável e foi retirado da ventilação mecânica. Ao longo do dia, paciente apresentou temperatura de **39,2°C, respiração rápida e superficial, saturação 90%**. Paciente foi intubado e mecanicamente ventilado. Foi realizada uma tomografia computadorizada

Paciente teve **derrame pleural em seu lado esquerdo**. Drenagem intercostal percutânea revelou alto nível de amilase no derrame pleural em relação à amilase sérica: **perfuração no neoesôfago**



UTI – pós operatório

Paciente entrou em choque séptico:
reanimado com fluidos e noraepinefrina.

Culturas do derrame pleural e escarro revelaram **bactérias gram +/- e Candida espécies.** Iniciou-se tratamento farmacológico aguardando a determinação completa e sensibilidade dos microrganismos

6º dia

7º dia

Reavaliação da equipe cirúrgica: encontraram remanescentes do neoesôfago parcialmente isquêmico com uma perfuração na cavidade abdominal. Culturas foram coletadas e a cavidade abdominal foi irrigada

8º dia

Paciente piorou muito nas 12h seguintes. **Mais fluidos e medicações vasoativas foram necessárias.** Radiografia e ventilação mecânica consistentes com **síndrome de dificuldade respiratória aguda**

9º dia

Culturas do escarro, líquido pleural e líquido abdominal revelaram **Enterococcus faecium, Escherichia coli e Candida glabrata.** A farmacoterapia foi **otimizada** (anidulafungina foi mantida)

10º dia

Paciente com **mediastinite nosocomial, pleural empiema e peritonite.** O paciente também desenvolveu **insuficiência renal aguda com anúria**

Farmacoterapia

Piperaciclina-tazobactam

- **12000/1500 mg, por 24h, por infusão contínua**
- Piperaciclina possui ação de amplo espectro e atua impedindo a formação do septo e síntese da parede celular
- Tazobactam é inibidor das beta lactamases, que causam resistências às penicilinas e cefalosporinas
- Juntos intensificam e ampliam o espectro antibiótico
- 30% de ligação plasmática às proteínas
- Ambos são eliminados pelos rins por filtração glomerular e secreção tubular

Anidulafungina

- **200mg (dose inicial), seguida de 100mg por dia**
- Antifúngico da classe das equinocandinas para tratar infecções fúngicas graves
- É um lipopeptídeo
- Inibe seletivamente a 1,3-beta-D glucana sintase, uma enzima presente nas células fúngicas, impedindo a formação da parede celular
- Lenta degradação química em temperatura e pH fisiológicos formando um peptídeo de anel aberto sem atividade antifúngica, eliminado por excreção biliar
- Meia vida de eliminação em 24h

UTI – pós operatório

Paciente entrou em choque séptico: **reanimado com fluidos e noraepinefrina.**

Culturas do derrame pleural e escarro revelaram **bactérias gram +/- e Candida espécies.** Iniciou-se tratamento farmacológico aguardando a determinação completa e sensibilidade dos microrganismos

6º dia

7º dia

Paciente piorou muito nas 12h seguintes. **Mais fluidos e medicações vasoativas foram necessárias.** Radiografia e ventilação mecânica consistentes com **síndrome de dificuldade respiratória aguda**

Reavaliação da equipe cirúrgica: encontraram remanescentes do neoesôfago parcialmente isquêmico com uma perfuração na cavidade abdominal. Culturas foram coletadas e a cavidade abdominal foi irrigada

8º dia

Culturas do escarro, líquido pleural e líquido abdominal revelaram **Enterococcus faecium, Escherichia coli e Candida glabrata.** A farmacoterapia foi **otimizada** (anidulafungina foi mantida)

9º dia

Paciente com **mediastinite nosocomial, pleural empiema e peritonite.** O paciente também desenvolveu **insuficiência renal aguda com anúria**

10º dia

Farmacoterapia

Vancomicina

- **1000mg 2x/dia**
- Principalmente gram +
- Inibe a biossíntese da parede celular
- Meia vida média de eliminação de 4 a 6h
- Principalmente excretada por filtração glomerular

Ciprofloxacino

- **400mg 3x/dia**
- Amplo espectro (gram +/-)
- Inibe a topoisomerase bacteriana do tipo II (DNA girase) e topoisomerase IV
- Amplamente excretado pelos rins, em menor extensão, por via extra renal

Metronidazol

- **500mg 3x/dia**
- Ação contra microrganismos anaeróbios
- Interrompe a produção de material genético pelas bactérias
- Principalmente excretado pelos rins

UTI – pós operatório

Paciente entrou em choque séptico: **reanimado com fluidos e noraepinefrina.**

Culturas do derrame pleural e escarro revelaram **bactérias gram +/- e Candida espécies.** Iniciou-se tratamento farmacológico aguardando a determinação completa e sensibilidade dos microrganismos

6º dia

7º dia

Reavaliação da equipe cirúrgica: encontraram remanescentes do neoesôfago parcialmente isquêmico com uma perfuração na cavidade abdominal. Culturas foram coletadas e a cavidade abdominal foi irrigada

8º dia

Paciente piorou muito nas 12h seguintes. **Mais fluidos e medicações vasoativas foram necessárias.** Radiografia e ventilação mecânica consistentes com **síndrome de dificuldade respiratória aguda**

9º dia

Culturas do escarro, líquido pleural e líquido abdominal revelaram **Enterococcus faecium, Escherichia coli e Candida glabrata.** A farmacoterapia foi **otimizada** (anidulafungina foi mantida)

10º dia

Paciente com **mediastinite nosocomial, pleural empiema e peritonite.** O paciente também desenvolveu **insuficiência renal aguda com anúria**



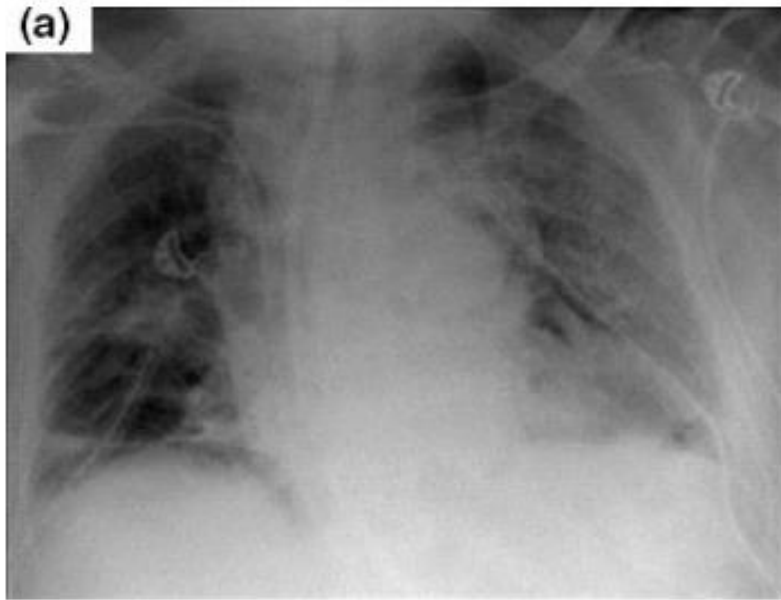
Nas semanas seguintes

Paciente se recuperou lentamente. Nenhuma das culturas do escarro, traqueia aspirado, reto, fluidos pleurais e abdominais foram positivas, sua drenagem pleural intercostal foi interrompida. O

metronidazol e ciprofloxacino foram interrompidos **após 7 dias**, porém a **vancomicina e anidulafungina foram continuadas por 4 semanas**. Não houve infecções recorrentes após a interrupção de todos os antimicrobianos.

Três meses após a operação inicial, a continuidade do neoesôfago do paciente foi restaurada sem intercorrências, porém nesta época a função renal ainda estava prejudicada

Dilema enfrentado pelas equipes multidisciplinares ao tratarem pacientes imunocomprometidos com **infecções invasivas graves**. O tratamento para *Candida glabrata* em pacientes de alto risco deve ser **agressiva e efetiva**, pois há alto risco de **mortalidade**. As diretrizes adotadas no artigo ilustram que o **tratamento prolongado é o mais indicado nessas situações**:



Referências

- *Case report: Getting it right time in a patient with candida peritonitis; D.W. de Lange, Department of intensive care, University Medical Center, Utrecht, the Netherlands*
- *Drugs.com*
- *Micromedex*