

# EDITORIAL

## ESTAFILOCOCCIA

Em geral, as infecções sistêmicas estafilocócicas são de rápida progressão e podem ter um curso devastador e fatal, se não tratadas precocemente de forma adequada. Os *Staphylococcus aureus* são responsabilizados por menos de 5% das pneumonias comunitárias, todavia estão situados em 2º lugar como causadores de infecções intra-hospitalares. Na comunidade, os *Staphylococci sp.* lideram a lista dos causadores de infecções agudas pós-traumáticas, cutâneas e de tecidos moles e se relacionam em segundo lugar na frequência de causadores de pneumonia comunitária pós-epidemia de *influenza*. Os *Staphylococci sp.* possuem três espécies de relevância clínica: *S. aureus*, *S. epidermitis* e *S. saprophyticus*.

O termo *staphylococcus* origina-se da palavra grega *staphyle* - "cachos de uvas" - por adquirirem em meios de cultura líquidos ou semi-sólidos a aparência de cachos de uvas. Todos os seres humanos são colonizados por estafilococos "não patogênicos".

Os *Staphylococcus aureus*, produtores de coagulase, são patogênicos e transitoriamente estão presentes numa alta percentagem da população normal (cerca de 15% a 30%) - os denominados "portadores". O *Staphylococcus aureus* tem a propriedade de poder ficar latente nos tecidos por vários anos, sem causar doença. Os mecanismos de desequilíbrio entre hospedeiro e parasito que resultam em infecção ainda são alvo de diversas pesquisas. De longa data sabe-se que os pacientes portadores de dermatoses estão muito densamente colonizados com *S. aureus*, assim como aqueles que frequentemente são picados por agulha. O es-

tado de "portador", especialmente de *S. aureus*, possui importância do ponto de vista clínico, já que a bactéria instalada no nariz e na garganta é, freqüentemente, da mesma cepa daquela que se isola dos sítios de infecção. Os pacientes "portadores" de *S. aureus*, ao serem submetidos a procedimentos cirúrgicos, apresentam elevadas taxas de infecção da ferida operatória por essas mesmas bactérias, freqüentemente observando-se infecções recorrentes. Os pacientes tornam-se mais densamente colonizados com *S. aureus* na medida em que permanecem mais dias hospitalizados. Quando um paciente internado torna-se "portador", os *S. aureus* localizados nas fossas nasais podem disseminar-se para outros sítios anatômicos, para as vestimentas, para outros itens do quarto ou da enfermaria, e para outros indivíduos (inclusive equipe profissional hospitalar) com os quais o paciente mantém contato. Em profissionais da equipe de saúde hospitalar a prevalência de "portadores" pode chegar a 50%. O microorganismo facilmente se transfere de pessoa a pessoa por contato manual direto, envolvendo "portadores" nasais, portanto, o ato de lavar meticulosamente as mãos, imediatamente antes e após o contato com qualquer paciente, é a técnica mais efetiva para interromper e impedir a progressão da transmissão dos *Staphylococci sp.* pessoa a pessoa. Além disso, uma série de outras recomendações e procedimentos hospitalares devem ser rigorosamente obedecidos: isolamento total dos infectados, armazenamento adequado dos catéteres intravenosos e meticuloso cuidado no manuseio com os procedimentos de infusão venosa.

A **profilaxia** do estado de portador com rifampicina reduz significativamente a incidência de infecções subseqüentes. Os *Staphylococci sp.*, especialmente o *S. aureus*, podem apresentar grande proliferação no trato gastrointestinal em consequência de antibioticoterapia que provoque desequilíbrio da flora local. A **vacinação anual anti-influenza** pode reduzir a incidência de pneumonia estafilocócica pós gripal e deve ser recomendada como medida preventiva nas pessoas idosas e nos pacientes debilitados. A **"interferência bacteriana"** é o processo de recolonização de um indivíduo por um determinado microorganismo com o intuito de competir e erradicar um microorganismo mais patogênico. O desequilíbrio quantitativo e qualitativo entre as populações microbianas, natural ou intencional, controla o crescimento de cada espécie. A nova tecnologia de **anticorpo monoclonal** revitalizará as tentativas de desenvolver imunização passiva e ativa nos pacientes com risco elevado de bacteremia por *S. aureus*.

O efetivo **tratamento** da infecção estafilocócica depende do debridamento e drenagem precoce do foco primário da infecção, além da antibioticoterapia adequada. Até os dias atuais, mais de 90% dos *Staphylococci sp.*, comunitários ou nosocomiais, são resistentes à penicilina. Entretanto, a maioria dos *Staphylococci sp.* ainda é suscetível à oxacilina. Nos pacientes alérgicos à penicilina, as cefalosporinas podem ser utilizadas desde que não haja história prévia de reação anafilática à penicilina, todavia, a alternativa mais efetiva é a vancomicina. Os *S. aureus*, **ditos resistentes à meticilina - MRSA**, devem ser considerados resistentes a todos os beta-lactâmicos, e o antibiótico de escolha nesta situação ainda continua sendo a vancomicina. As drogas alternativas são a rifampicina e a associação de sulfametoxazol com trimetoprim. Algumas cepas de *S. aureus* MRSA permanecem sensíveis aos aminoglicosídeos e estes podem prover um efeito sinérgico com qualquer um dos antibióticos acima mencionados. **Novos antibióticos** que podem ser efetivos contra os *S. aureus* MRSA são a teicoplanina e as quinolonas, embora observando-se resistência crescente às quinolonas. O ácido fusídico já foi

muito utilizado na Grã Bretanha e no Canadá e pode ser usado como alternativa nos casos graves de infecção pelo *S. aureus* MRSA em pacientes com intolerância a antibióticos glicopeptídeos ou naqueles que necessitem de tratamento por via oral.

Neste número, os médicos e professores do Hospital Universitário Lauro Wanderley da UFPB reportam os efeitos da associação Vancomicina e Rifampicina no tratamento das pneumonias estafilocócicas por cepas resistentes à meticilina. Os autores puderam verificar uma resposta animadora com esta estratégia terapêutica. No entanto, por não ter havido grupo controle, não sabemos qual teria sido a resposta às medidas clássicas de debridamento do foco primário associado à Vancomicina isolada, restando a dúvida da necessidade imperiosa da associação com a Rifampicina. Embora sejam poucas as situações semelhantes às descritas nesse trabalho, levanta-se o questionamento se, em nosso meio, não deveríamos sempre nos preocupar em "resguardar" a Rifampicina para o flagelo da Tuberculose. Fica a pergunta: em quais situações clínicas de estafilococcia por cepas resistentes à meticilina devemos associar a Rifampicina?

Gostaria de reforçar a idéia de que a frequência das estafilococcias pode ser muito reduzida com o mínimo de zelo com o asseio hospitalar e do profissional de saúde. Além da correta utilização do material médico, sobretudo os instrumentos cortantes e os catéteres, cabe também aos profissionais de saúde o empenho de cobrar dos profissionais hospitalares administrativos o cuidado rigoroso necessário na esterilização e no armazenamento desse material.

Para encerrar, devemos mais uma vez refletir que o poder médico de indicar antibióticos (isolados ou em associação) é o principal responsável pelo surgimento de resistência bacteriana adquirida aos mais variados antibióticos.

**Ronaldo Nascentes**

Chefe de Clínica do Serviço  
de Pneumologia do HUCFF-UFRJ