

Pneumonia comunitária por *Acinetobacter calcoaceticus*

Community-acquired acinetobacter pneumonia

Ricardo Luiz de Menezes Duarte*,
Luiz Paulo Pinheiro Loivos**, Alexandre Pinto Cardoso***,
Carlos Alberto de Barros Franco****

RESUMO

Os autores descrevem um caso de pneumonia comunitária por *Acinetobacter calcoaceticus* var. *anitratu*s, diagnosticado através de broncoscopia, cujo tratamento com quinolona foi satisfatório, e realizam uma breve revisão da literatura.

ABSTRACT

The authors describe a case report of community-acquired *Acinetobacter calcoaceticus* var. *anitratu*s pneumonia, diagnosed through bronchoscopy, whose treatment with quinolone was satisfactory, and they did a brief review of literature.

Palavras-chaves: pneumonia comunitária, *Acinetobacter calcoaceticus*.

Key-words: community-acquired pneumonia, *Acinetobacter calcoaceticus*.

Relato de caso

Paciente do sexo masculino, 70 anos, branco, casado, natural do Rio de Janeiro, residente em Campo Grande, servidor público aposentado, prontuário nº. 326526. Ex-tabagista de 62 maços/ano, com diagnóstico clínico-laboratorial de DPOC e passado de paracoccidiodomicose, adequadamente tratada, há 30 anos. Relatava início

de sintomatologia há dois dias, com tosse e expectoração amarelada, hemoptóicos, dor torácica do tipo pleurítica no hemitórax direito (HTD), dispnéia aos médios esforços e febre não aferida. Não havia história prévia de etilismo e/ou uso de drogas endovenosas ilícitas. Negava uso crônico de medicamentos, exceto broncodilatadores. Ao exame, apresentava-se taquicárdico (FC: 110bpm),

* Médico residente (R3) do Serviço de Pneumologia do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

** Mestrando e chefe da enfermagem de Pneumologia do HUCFF-UFRJ.

*** Professor adjunto da Faculdade de Medicina da UFRJ.

**** Professor adjunto da Faculdade de Medicina da UFRJ e chefe do Serviço de Pneumologia do HUCFF-UFRJ.

Correspondência: Ricardo Luiz de Menezes Duarte - Serviço de Pneumologia do HUCFF-UFRJ, Av. Brigadeiro Trompowsky s/nº - 3º andar. Ilha do Fundão, Rio de Janeiro - RJ. CEP: 21941-590. Fax: 290-8099.

Artigo recebido para publicação no dia 02/06/2000 e aceito no dia 25/08/2000, após revisão.

taquipnéico (FR: 26irpm), normotenso, febril (Tax: 39°C), acrocianótico e com diminuição do murmúrio vesicular e estertores subcrepitantes em base de HTD.

Exames complementares

Bioquímica e hemogasometria arterial dentro dos padrões de normalidade. Hemograma com leucocitose de 15.000/mm³ sem desvio à esquerda. Três amostras de escarro negativas para tuberculose (pesquisa de BAAR e cultura após 60 dias). Telerradiografia de tórax (incidências póstero-anterior e perfil) com condensação no terço médio do HTD (Figuras 1 e 2). Broncofibroscopia: grande quantidade de secreção mucóide na árvore brônquica direita oriunda, principalmente, do segmento superior do lobo inferior direito (segmento 6) e ausência de lesões endobrônquicas. Na cultura semiquantitativa do lavado broncoalveolar, houve crescimento de *Acinetobacter calcoaceticus* var. *anitratus* com mais de 10⁵UFC/ml, cujo antibiograma mostrava sensibilidade a amicacina, ampicilina/sulbactam, cefepime, ceftazidime, ciprofloxacina, gentamicina, imipenem e piperacilina/tazobactam.

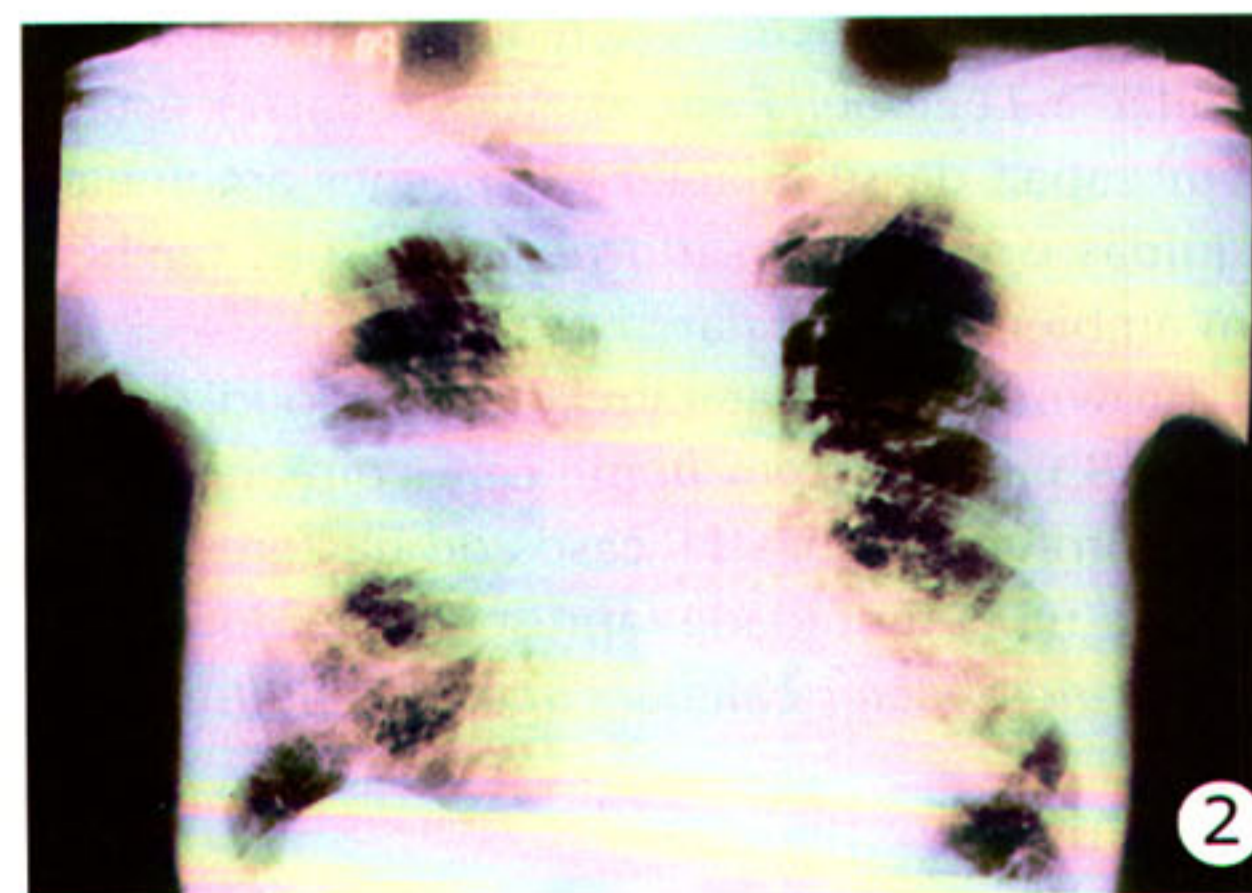
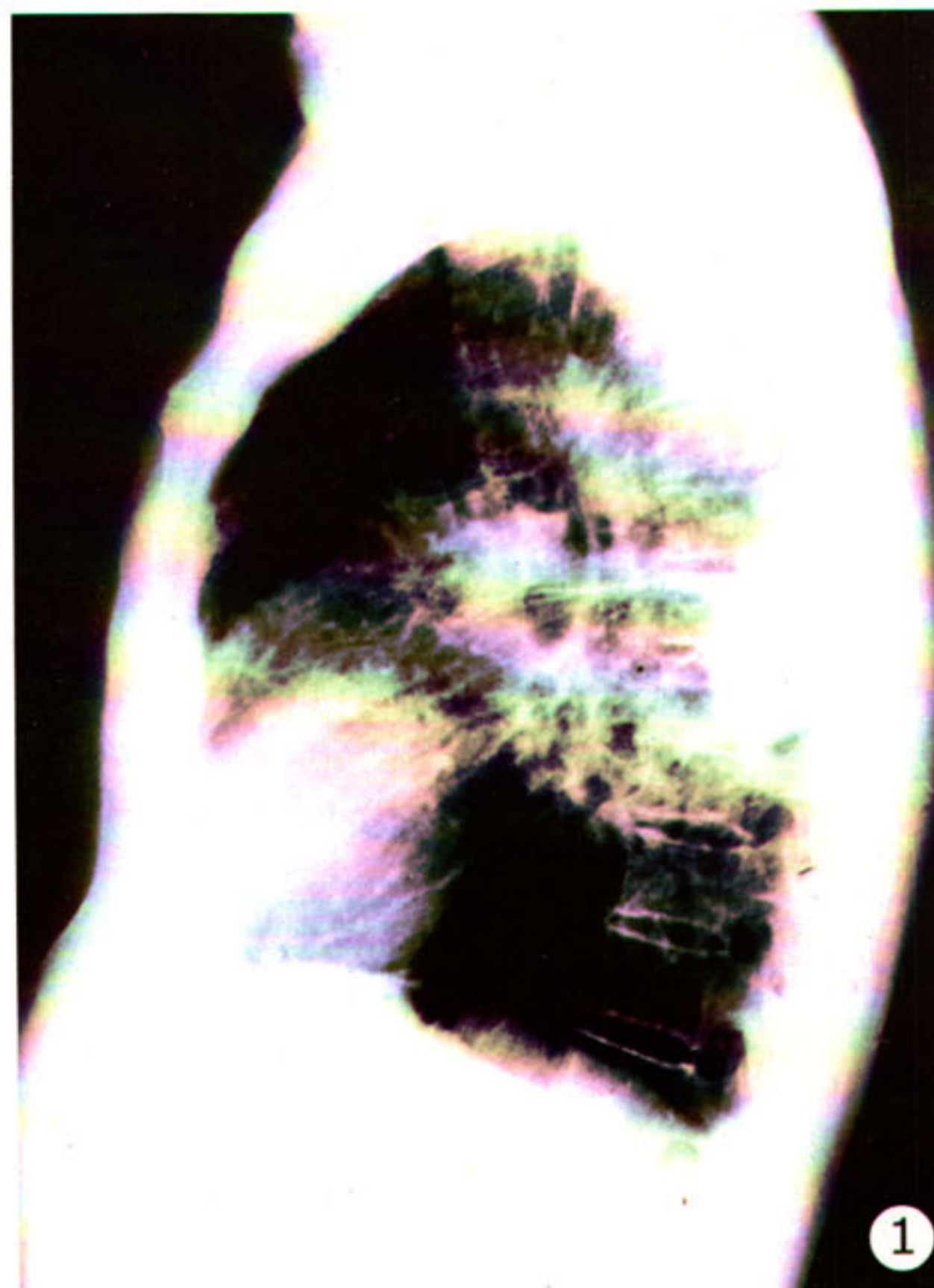
Hemoculturas

Crescimento de *Acinetobacter* em três amostras. O ecocardiograma transtorácico mostrava déficit de relaxamento do ventrículo esquerdo e esclerose valvar aórtica, sem evidências de hipertensão arterial pulmonar. O tratamento foi iniciado com ciprofloxacina 400mg 12/12h, havendo excelente melhora clínico-laboratorial e terminando em 14 dias.

Discussão

O *Acinetobacter calcoaceticus* é um cocobacilo gram negativo encapsulado, pleomórfico e aeróbico, que pode ser confundido com *Neisseria* ou *Haemophilus*⁽¹⁾. É amplamente distribuído na água e pode causar colonização cutânea em mais de 25% dos indivíduos saudáveis e colonização transiente de faringe em 7%⁽²⁾. Usualmente registrado como não-patogênico, pode produzir uma ampla variedade de infecções nosocomiais graves, das quais a pneumonia é, de longe, a mais frequente, carreando alta mortalidade. É mais comum em pacientes internados em UTI, sob ventilação mecânica, traqueostomizados ou que estão em uso de antibióticos^(1,2). Em pacientes traqueos-

tomizados pode haver colonização na traqueostomia em até 45% dos casos⁽²⁾. Contudo, a pneumonia adquirida na comunidade (PAC) é rara e somente uma pequena porcentagem de casos está relatada na literatura; nestes, os principais fatores de risco são tabagismo e DPOC, diabetes mellitus, alcoolismo, imunossupressão e insuficiência renal⁽²⁾.



Figuras 1 e 2
Telerradiografia de tórax nas incidências póstero-anterior e perfil, evidenciando condensação no terço médio do hemitórax direito.

A pneumonia por *Acinetobacter* freqüentemente tem um curso fulminante, com elevada mortalidade (maior de 50%), principalmente quando o paciente apresenta bacteremia ou choque^(1,2,3), que se desenvolvem geralmente nas primeiras 24 horas. A presença de bacteremia secundária, choque séptico e empiema está associada a um pior prognóstico. A pneumonia por *Acinetobacter* ocorre predominantemente em homens, usualmente acima de 50 anos⁽¹⁾. Tipicamente cursa com doença aguda com febre, dispnéia, dor pleurítica e tosse produtiva (o escarro pode ser sanguinolento) e praticamente todos os indivíduos são hipoxêmicos. A telerradiografia de tórax mostra, geralmente, consolidação lobar, porém pode haver padrão de broncopneumonia. Em 50% dos casos, aproximadamente, pode coexistir derrame pleural uni ou bilateral e, em muitos casos, com característica purulenta. Hemoculturas podem ser positivas em torno de 70% dos casos de PAC, em contraste com infecções nosocomiais em que a bacteremia não é um achado característico⁽⁴⁾. Geralmente são sensíveis a aminoglicosídeos, cefalosporinas de terceira geração com ou sem atividade antipseudomonas e quinolonas^(1,2,5).

Na literatura há relatos de bacteremia por *Acinetobacter* associada a doença diarréica, sendo uma importante causa de morbimortalidade, meningite adquirida na comunidade em paciente previamente saudável e infecções por *Acinetobacter* em pacientes submetidos à diálise peritoneal (CAPD)^(6,7,8). Cordes et al. registraram três casos de exposição ocupacional a componentes industriais (ferro) e desenvolvimento de infecção por *Acinetobacter*⁽⁹⁾. Acredita-se que, de forma similar à *Legionella sp.*, o *Acinetobacter* é também capaz de se adaptar a coleções ambientais líquidas e ser dispersado por aerossóis, também em ambiente hospitalar⁽¹⁰⁾.

Brown et al. relataram, num período de um ano, 68 pacientes em *home care* com acesso venoso profundo, com 11 casos de bacteremia adquirida na comunidade (apresentando dois casos por *Acinetobacter calcoaceticus* var. *anitratu*)⁽¹¹⁾.

Conclusões

O interesse do caso consiste no fato de que o *Acinetobacter calcoaceticus* é um patógeno comum de pneumonias nosocomiais, porém raramente causa PAC, com poucos relatos na literatu-

ra. Além disso, cursa freqüentemente com elevada mortalidade (superior a 50%), o que não aconteceu no caso relatado, em que o paciente apresentou boa resposta clínico-laboratorial ao tratamento com quinolona por 14 dias.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1-Achar KN, et al. Community-acquired bacteraemic *Acinetobacter* pneumonia with survival. Postgrad Med J 1993 Dec; 69(818): 934-937.
- 2-Bilgic H, et al. A case of *Acinetobacter* pneumonia. Thorax 1995 Mar; 50(3): 315-316.
- 3-Currie B, et al. Community-acquired *Acinetobacter* pneumonia. Postgrad Med J 1994 Oct; 70(828): 766.
- 4-Smego RA Jr. Endemic nosocomial *Acinetobacter calcoaceticus* bacteraemia. Arch Intern Med 1985; 145: 2.174-2.179.
- 5-Yang CH, Chen KJ, Wang CK. Community-acquired *Acinetobacter* pneumonia: a case report. J Infect 1997 Nov; 35(3): 316-318.
- 6-Hossain IM, et al. *Acinetobacter* bacteraemia in patients with diarrhoeal disease. Epidemiol Infect 1998 Mar; 120(2): 139-142.
- 7-Serrano MI, et al. Community-acquired meningitis caused by *Acinetobacter calcoaceticus* var. *Iwoffii* in a healthy host (letter). Enferm Infecc Microbiol Clin 1993 Aug-Sep; 11(7): 396-397.
- 8-Lye WC, et al. Clinical characteristics and outcome of *Acinetobacter* infections in CAPD patients. Perit Dial Int 1994; 14(2): 174-177.
- 9-Cordes LG, et al. A cluster of *Acinetobacter* pneumonia in foundry workers. Ann Intern Med 1981; 95: 688-693.
- 10-Cunha AB, et al. A common outbreak of *Acinetobacter* pulmonary infections traced to Wright respirometers. Postgrad Med J 1980; 56: 69-72.
- 11-Brown RB, et al. Community-acquired bacteraemias from tunneled central intravenous lines: results from studies of a single vendor. Am J Infect Control 1994; 22(3): 149-151. ■