

Disseminação de foco infeccioso para membro inferior direito após transplantectomia devido sepse grave por *Pseudomonas aeruginosas* em transplantado renal recente

Silvane Sebben, Carlos Eduardo Noletto, Viviane Calice da Silva, Luciane Mônica Deboni, Denise Teresinha Bizzi Guterres, Elviane Basso Moura, Franco Silveira da Motta Kruger, Carlos Alberto Rost, Paulo Eduardo Cicogna, José Aluísio Vieira, Hercílio Alexandre da Luz Filho, Christian Evangelhista Garcia, Jean Guterres, Marcos Alexandre Vieira

Serviço: Fundação Pró-Rim e Hospital Municipal de Joinville, Joinville, SC

INTRODUÇÃO

A indicação de enxertectomia devido sepse grave, por complicação cirúrgica ou imunológica como trombose e/ou rejeição hiperaguda e rotura do enxerto renal é fundamental para o desfecho favorável do paciente. O surgimento de lesões por embolos sépticos não é incomum e pode determinar a gravidade e persistência da infecção mesmo após eliminação do foco inicial.

OBJETIVOS

Relatar caso de transplantada renal recente com sepse grave e lesões por êmbolo séptico em membro inferior direito (MID) após transplantectomia.

MÉTODOS

Revisão do prontuário da paciente.
Revisão bibliográfica do tema.

RELATO DE CASO

F.R., 25 anos, com IRC terminal por HAS, submetida ao tx renal doador falecido em Março/2012, PRA 0%, isquemia fria 22 h e 10 min. Indução com Basiliximab e Metilprednisolona, imunossupressão Micofenolato de sódio 18mg/kg, Prednisona 0,75mg/kg, Tacrolimo 0,15mg/kg. Evoluindo no 4

PO com febre, dor abdominal e queda de hemoglobina e hematócrito, leucocitose com bastonetose e Tomografia (TAC) de abdome com hilo renal rotado lateralmente e coleção radiodensa em pólo renal inferior D que se estendia até o assoalho pélvico (7 x 10 cm). Encaminhada ao centro cirúrgico e submetida à transplantectomia devido rotura do enxerto. Iniciado ampicilina-sulbactam empírico. Hemoculturas com *Pseudomonas aeruginosas* (PSAER). Cultura do líquido de perfusão do enxerto coletada no tx positiva - PSAER e *Staphylococcus aureus* (S.a). Paciente mantendo febre, leucocitose e apresentando lesões pustulosas e hiperemiadas em MID. Ecocardiograma transtorácico (ETT) normal. Solicitado cultura da secreção das lesões e trocado antibiótico (ATB) para Piperacilina-tazobactam (PP-TZ). Nesta crescimento de PSAER, trocado ATB para Cefepime conforme novo antibiograma. Quatro dias após, nova piora clínica, choque séptico, transferida para a UTI, iniciado Vancomicina e Meropenem com boa evolução. Recebeu alta hospitalar após ter realizado antibioticoterapia durante 21 dias com prescrição de Moxifloxacino por 14 dias. Após cerca de 30 dias da alta necessitou internação devido novas lesões em MID algumas abcedadas com crescimento de PSAER, realizado 28 dias de PP-TZ conforme antibiograma, controle de USG e TAC MID lesões em SC e IM com regressão progressiva até cura completa. A paciente permanece em hemodiálise clinicamente estável sem novas lesões.

CONCLUSÕES

Conclusão: O enxerto infectado levou a sepse grave por embolização para MID com necessidade de tratamento prolongado para cura completa das lesões.

