



## **PNEUMONIA NECROTIZANTE NUM SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA DE UM HOSPITAL PERIFÉRICO EM PORTUGAL**

Maria Beatriz Dias Vieira<sup>1</sup>, Ana Rafaela Araújo<sup>1</sup>, Joel Pinto<sup>1</sup>, Elsa Rocha<sup>1</sup>, Vera Pinto Ferreira<sup>1</sup>, Mário Pires<sup>1</sup>, Eduardo Santos Ribeiro<sup>1</sup>, Anabela Oliveira<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Medicina Intensiva, ULSRA | <sup>2</sup>Serviço de Anestesiologia, ULSRA

### **INTRODUÇÃO**

A pneumonia necrotizante (PN) é uma complicação rara da pneumonia adquirida na comunidade (PAC), com elevada morbimortalidade e que se caracteriza pela rápida progressão das áreas de consolidação para necrose, com destruição do parênquima.

### **OBJETIVOS E MÉTODOS**

Conhecer os contornos clínicos de doentes com PN, internados no Serviço de Medicina Intensiva (SMI) num hospital periférico em Portugal, e compará-los com a literatura existente. Realizou-se uma revisão da literatura, com posterior análise retrospectiva e estatística descritiva, de doentes com PAC que desenvolveram PN enquanto internados no SMI, entre 1 de julho de 2022 e 30 de junho de 2024, recorrendo a dados dos processos eletrónicos.

### **CASUÍSTICA**

- Total 3 doentes, 2 mulheres, idade média era de  $48.3 \pm 8.7$  anos.
- As comorbidades mais relevantes eram HTA, dislipidemia, tabagismo ativo e alcoolismo crónico.
- Todos foram admitidos por insuficiência respiratória grave, com necessidade de VMI, por PAC bilateral a MSSA (n=1), S.pneumoniae (n=1) e K.pneumoniae (n=1), com bacteriemia pelos mesmos agentes.
- Apresentavam disfunção cardiovascular (66.7%) com necessidade de suporte vasopressor com Noradrenalina (dose média  $0.4 \pm 0.2$  mcg/kg/min), disfunção hepática (100%) com coagulopatia (INR médio  $1.56 \pm 0.29$ ), e disfunção renal (100%) com creatinina média de  $1.58 \pm 0.30$  mg/dL, tendo 1 iniciado CVVHDF com cartucho de hemoperfusão HA380 (Jafron Biomedical Co., Ltd.) por rabdomiólise grave e acidose metabólica.
- Apenas 1 iniciou antibioterapia empírica na 1<sup>a</sup> hora, tendo todos iniciado antibioterapia dirigida por TSA nas primeiras 24 horas no SMI.
- Após agravamento clínico, o diagnóstico de PN foi através de TC de tórax, ao 6<sup>o</sup> (66.7%) e ao 11<sup>o</sup> dias (33.3%). Em todos havia atingimento pulmonar bilateral, com áreas de necrose e cavitação.
- 2 doentes iniciaram ECMO VV por IR hipoxémica refratária, tendo 3<sup>o</sup> falecido no dia do diagnóstico.
- A duração média de internamento de  $9.3 \pm 2.3$  dias.

### **CONCLUSÃO**

Apesar de se tratar de uma amostra pequena, os casos descritos foram ao encontro da literatura, no que toca a fatores de risco para PN, à evolução clínica e aos agentes mais comuns. Neste contexto, a PN permanece uma entidade que carece de recomendações específicas de abordagem e tratamento. A suspeita e identificação precoce em casos de PAC com evolução desfavorável, a instituição de terapêutica médica otimizada e a definição do *timing* para a eventual abordagem cirúrgica, são essenciais.



## 4 PNEUMONIA NECROTIZANTE NUM SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA EM PORTUGAL

Dias Vieira; Ana Rafaela Araújo; Elsa Rocha; Joel Pinto; Vera Pinto; Inês da Oliveira

Hospital do Baixo Vouga / Hospital Infante D. Pedro, EPE

A pneumonia necrotizante (PN) é uma complicação rara da pneumonia adquirida em unidade de cuidados intensivos.

Caracteriza-se pela rápida progressão das áreas de consolidação para necrose. Este resumo é o de dar a conhecer os contornos clínicos de doentes com PN em um hospital periférico em Portugal, e compará-los com a literatura existente.

Realizou-se uma revisão da literatura, com posterior análise retrospectiva e estatística de 3 doentes com PN enquanto internados no SMI, entre 1 de julho de 2022 e 30 de setembro de 2022.

Foram admitidos 3 doentes, 2 dos quais mulheres, e cuja idade média era de  $48.3 \pm 10.5$  anos. Os doentes apresentavam hipertensão arterial, dislipidemia, tabagismo ativo e alcoolismo crónico. Todos os doentes foram graves, com necessidade de intubação orotraqueal e conexão a prótese de ventilação mecânica.

Os doentes foram tratados com Staphylococcus aureus sensível à meticilina (n=1), Streptococcus pneumoniae (n=1) e Klebsiella pneumoniae (n=1) pelos mesmos agentes.

À admissão, apresentavam disfunção cardíaca com necessidade de suporte com Noradrenalina (dose média  $0.4 \pm 0.2$  mcg/kg/min), disfunção hepática e insuficiência renal (100%) com creatinina média de  $1.58 \pm 0.30$  mg/dL, tendo sido tratados com suporte renal (Dorr Biomedical Co., Ltd.) por rabdomiólise grave e acidose metabólica.

Após 1 hora de suporte renal iniciou-se a antibioticoterapia empírica na primeira hora, tendo todos os doentes evoluído para óbito.

Após agravamento clínico, o diagnóstico de PN foi através de TC de tórax, com diagnóstico de atelectasia bilateral, com áreas de necrose e cavitação.

Após diagnóstico, o doente foi transferido para hospital terciário para ECMO VV por insuficiência respiratória refratária. O doente com mais comorbilidades faleceu no dia do diagnóstico, por choque séptico.

Concluiu-se que a PN é uma complicação rara da pneumonia adquirida em unidade de cuidados intensivos, com alta mortalidade. Este resumo é o de dar a conhecer os contornos clínicos de doentes com PN em um hospital periférico em Portugal, e compará-los com a literatura existente.

Realizou-se uma revisão da literatura, com posterior análise retrospectiva e estatística de 3 doentes com PN enquanto internados no SMI, entre 1 de julho de 2022 e 30 de setembro de 2022.

Foram admitidos 3 doentes, 2 dos quais mulheres, e cuja idade média era de  $48.3 \pm 10.5$  anos. Os doentes apresentavam hipertensão arterial, dislipidemia, tabagismo ativo e alcoolismo crónico. Todos os doentes foram graves, com necessidade de intubação orotraqueal e conexão a prótese de ventilação mecânica.

Os doentes foram tratados com Staphylococcus aureus sensível à meticilina (n=1), Streptococcus pneumoniae (n=1) e Klebsiella pneumoniae (n=1) pelos mesmos agentes.

À admissão, apresentavam disfunção cardíaca com necessidade de suporte com Noradrenalina (dose média  $0.4 \pm 0.2$  mcg/kg/min), disfunção hepática e insuficiência renal (100%) com creatinina média de  $1.58 \pm 0.30$  mg/dL, tendo sido tratados com suporte renal (Dorr Biomedical Co., Ltd.) por rabdomiólise grave e acidose metabólica.