



NOTA TÉCNICA 06/08/DIVE/SES

**Assunto: Notificação de infecção por
Micobactéria de Crescimento Rápido (MCR).**

A Diretoria de Vigilância Epidemiológica/Secretaria de Estado da Saúde/ no uso de suas atribuições legais, considerando a situação das infecções por micobactérias de crescimento rápido (MCR) no país, e

Considerando o aumento da ocorrência de casos e/ou surtos de MCR no Brasil nos últimos anos com registro de 2.102 casos até o momento;

Considerando a necessidade de identificação precoce dos casos e/ou surtos de infecção por MCR, bem como conhecer o perfil epidemiológico das mesmas no estado de Santa Catarina objetivando desencadear ações de vigilância, diagnóstico, tratamento e medidas de controle.

Resolve:

A partir de 25 de setembro de 2008 todo caso suspeito e/ou confirmado de infecção por Micobactéria de Crescimento Rápido (MCR) deverá ser compulsoriamente notificado pelos serviços de saúde para a Coordenação Estadual de Controle de Infecção em Serviços de Saúde/SES, através de notificação para o e-mail: infeccao@saude.sc.gov.br.

Epidemiologia

O perfil epidemiológico geral dos casos confirmados de infecção por micobactéria de crescimento rápido, no Brasil no período de 2001 até julho de 2008, demonstra que 74% dos casos são do sexo feminino, 42% do total de casos estão na faixa etária de 31 a 50 anos, o grupo de cirurgia abdominal esta em 72% dos casos, sendo que a videolaparoscopia a via de acesso de procedimento que apresenta 82% dos casos.

Dos 2.102 casos notificados a Rede Nacional de Investigação de Surtos e Eventos Adversos em Serviços de Saúde/ANVISA, no Brasil no mesmo período, segundo unidade federada observa-se que 49% dos casos ocorreram no Rio de Janeiro, 15% no Pará, 13% no Espírito Santo, 7% no Rio Grande do Sul, 6% no Paraná, 4% em Goiás, 3% em São Paulo, 1% Mato Grosso e Distrito Federal, e com menos de 1% os estados de Minas Gerais, Piauí, Mato Grosso do Sul, Bahia, Rondônia e Pernambuco.

Definição de caso suspeito

Todo paciente submetido à cirurgia vídeo-endoscópica ou plástica ou a outros procedimentos transcutâneos que acessaram cavidades e ou tecidos estéreis, com apresentação após o processo invasivo de uma das manifestações abaixo, com ou sem febre, e sem resposta ao tratamento antimicrobiano para agentes infecciosos habituais de sítios cirúrgicos:

- Infecções de pele e subcutâneas que se apresentam como abscessos frios e ou piogênicos, com reação inflamatória aguda e supuração, ou evolução crônica ou com nódulos;
- Ulcerações nos portais de entrada de cânulas ou laparoscópios;
- Fistulizações após procedimentos invasivos;
- Abscessos em cavidades pós-procedimento cirúrgico.

Definição de caso confirmado

Paciente exposto aos procedimentos descritos acima, que apresentaram os sinais e sintomas citados (dois ou mais sintomas) e que apresenta cultura positiva para MCR, ou que apresenta granuloma com ou sem necrose caseosa no estudo anatomo-patológico de peça ressecada.

Diagnóstico Laboratorial

Baciloscopia: pesquisa de BAAR em secreção - habitualmente o agente é identificado como um BAAR fortemente positivo.

Cultura: é de fundamental importância para a confirmação de que é uma micobactéria e que se trata de uma espécie de crescimento rápido, o que diferencia da *M. tuberculosis* (MNTB).

Anatomo-patológico: em caso de peça cirúrgica pós-ressecção, observa-se alterações histopatológicas típicas de infecções por micobactérias.

Ultrassonografia e/ou Ressonância Magnética são indicados para diagnóstico, identificação e localização de coleções líquido-caseosas a serem ressecadas.

OBS: todos os espécimes clínicos colhidos durante a ressecção cirúrgica devem ser preservados, parte em solução salina para realização da cultura, parte em formaldeído para o exame anatomo-patológico.

Tratamento

1º Etapa: Ressecção cirúrgica das lesões, com prévia exploração por propedêutica armada da parede da cavidade, se esta foi acessada durante o procedimento prévio.

2º Etapa: Poliquimioterapia por 6 (seis) meses, como a seguir:

| | | |
|---------------------------------|--|----------------|
| <u>Primeira escolha:</u> | Claritromicina 500 mg 12/12 hs | |
| | Etambutol 1,2 g por dia | 6 meses |
| | Terizidona 500 mg ao dia < 60 Kg e 750 mg >60 Kg | |
| <u>Segunda escolha:</u> | Claritromicina 500 mg 12/12 hs | |
| | Etambutol 1,2 g por dia | 6 meses |
| | Amicacina 1,0 g Im ou EV 3 vezes por semana | 3 meses |

**Em caso de mais de um sítio de infecção, o tratamento após ressecção das lesões, deverá ser prolongado por 9 (nove) meses.*

OBS: Pacientes com HIV/AIDS em uso de Efavirenz ou inibidores de protease (especialmente Ritonavir/Atazanavir) devem ser acompanhados conjuntamente com o infectologista, em função de possíveis interações medicamentosas.

Florianópolis, 25 de setembro de 2008.

Luis Antonio Silva
Diretor/DIVE/SES/SC