

Caso clínico

Alessandra Trindade

R3 FHEMIG


Janeiro/2012

Caso clínico

- ▶ H.M.A.: WSMC, 1 mês e 26 dias, Peso: 2.200g.

Criança institucionalizada, com história de dispnéia às mamadas desde o nascimento, evoluindo há 3 dias com tosse, hiporexia e piora do esforço respiratório. Sem história de febre. Hábitos urinários e intestinais fisiológicos. Sem outras queixas. Encaminhado da UPA leste, em uso de B2 inalatório.

Caso clínico

- ▶ H.G.P.: Mãe drogadita, não realizou pré-natal. RN pré-termo, IG: 36sem e 4 dias. PN: 1595g. Permaneceu na Maternidade Odete Valadares para ganho de peso.
 - ▶ H.P.P.: Sopro sistólico (Ecocardiograma-08/06): Forame oval patente
 - ▶ H.Vacinal: vacinação em dia (sic)
 - ▶ H.Fam.: Sem informações
- 

Caso clínico

- ▶ Exame físico:
 - Ectoscopia: BEG, emagrecido, hidratado, hipocorado (+ / +4), anictérico, acianótico, afebril, FA plana e normotensa
 - Otoscopia e orofaringe: sem alterações
 - ACV: RCR, 2T, BNRNF, SS III/VI, FC: 154bpm, pulsos cheios, PCP <2”

Caso clínico

- ▶ Exame físico:
 - AR: MVF, com raras crepitações bilaterais, sem sibilos, FR: 76irpm, BTA1, TSD1, satO2 98% com O2 CN a 2l/min
 - Abdome: RHA+, globoso, normotenso, fíg a 3 cm RCD, ponta de baço palpável
 - AGU: genitália masculina típica, sem alterações

Hipótesis diagnósticas



Exames realizados

- ▶ RX de tórax (01 / 08 / 11):



Caso clínico

- ▶ Exames realizados (01 / 08 / 11):

- Hemograma

GB: 10.500 (Seg37 / Bast2 / Linf53 / Mono5 / Eos3)

Hb: 8,3 / Htc: 25,7 / VCM: 81 / Plaq: 669.000

- PCR: 12,9

Hipótesis diagnósticas

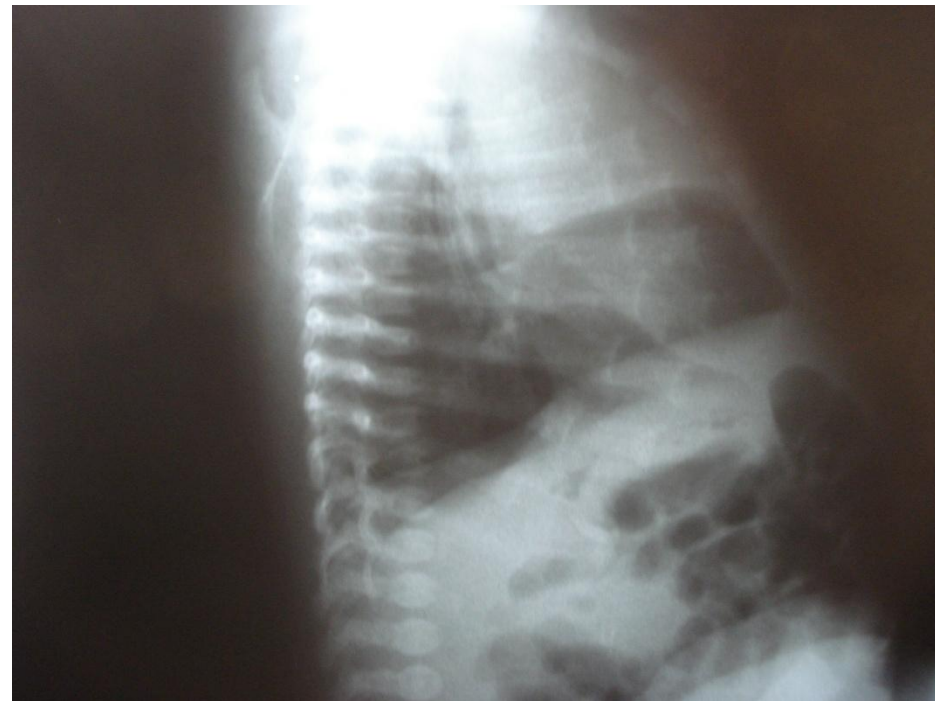
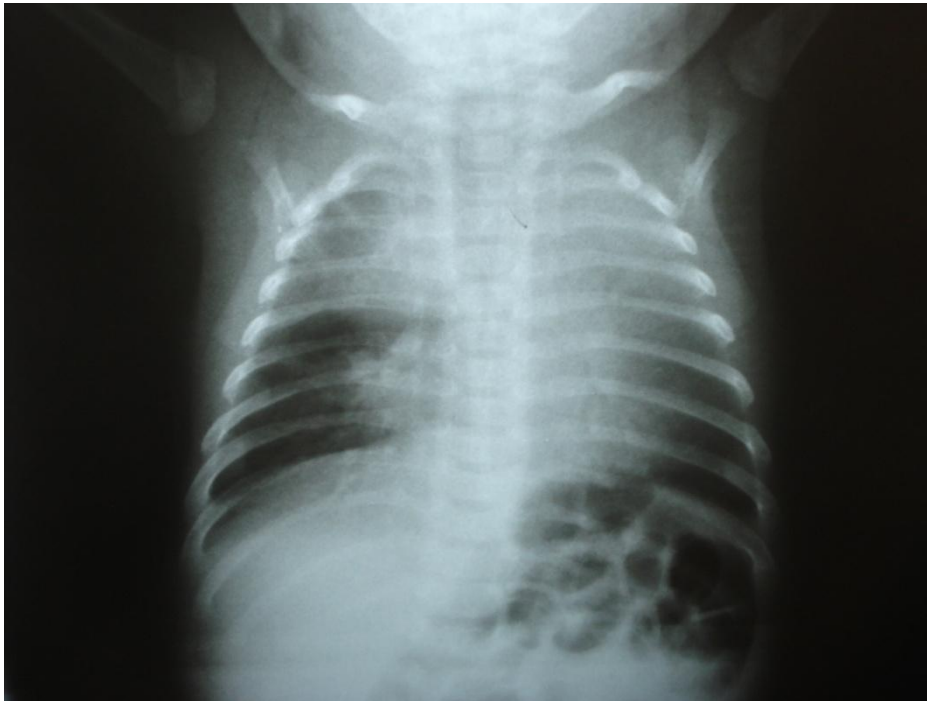


Caso clínico

- ▶ Evolução (02/08/11):
 - Hipótese diagnóstica: Bronquiolite
 - Suspenso B2
 - Iniciado micro com salina hipertônica 3%
 - Dieta por SNG
 - Solicitado novo hemograma, PCR e RX tórax

Caso clínico

- ▶ RX de tórax (02/08/11):




Caso clínico

- ▶ Exames (02/08/11):

- GB: 9.300 (Seg41,8/ Bast2/ Linf53/ Mono5/ Eos3)/ Hb: 8/ Htc: 24,6/ VCM: 87/ HCM: 28,1/ CHCM: 32,4/ Plaq: 661.000
- PCR: 32,5

Caso clínico

- ▶ Evolução– 03/08/11:
 - Presença de secreção purulenta ocular bilateral
 - Mantendo taquipnéia
 - Feito hipótese de PNM afebril lactente
 - Iniciado Eritromicina 50mg/kg/dia
 - Piora do padrão respiratório e presença de sibilância no período noturno
- 

Caso clínico

- ▶ Evolução:

- 04/08:

- . Presença de broncofonia em lobo superior E e piora do esforço respiratório


- . Suspenso B2

Caso clínico

- ▶ RX de tórax (04/08):



Caso clínico

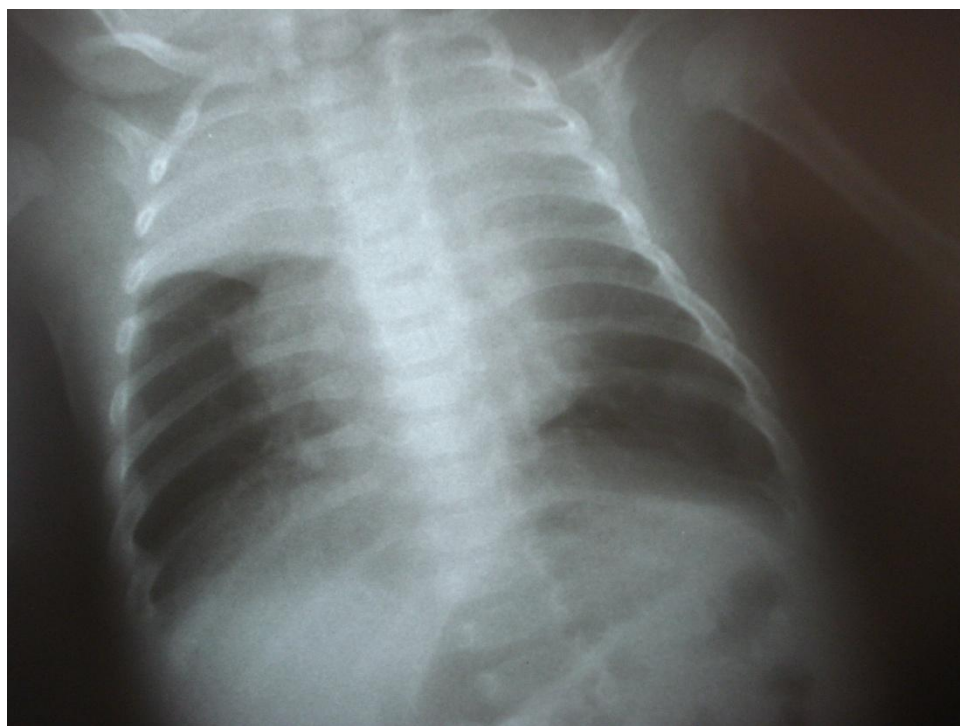
- ▶ Evolução (06/08/11):
 - Melhora da conjuntivite
 - Melhora do padrão respiratório
 - Iniciado dieta VO
 - Swab ocular: ausência de crescimento bacteriano
 - Hemocultura (02/08/11): negativa
- 

Caso clínico

- ▶ Evolução (09/08/11):
 - ECG: ritmo sinusal, regular, sem sobrecarga de câmaras cardíacas
 - Ecocardiograma (09/08/11): forame oval patente


Caso clínico

- ▶ RX de tórax (09/08/11):



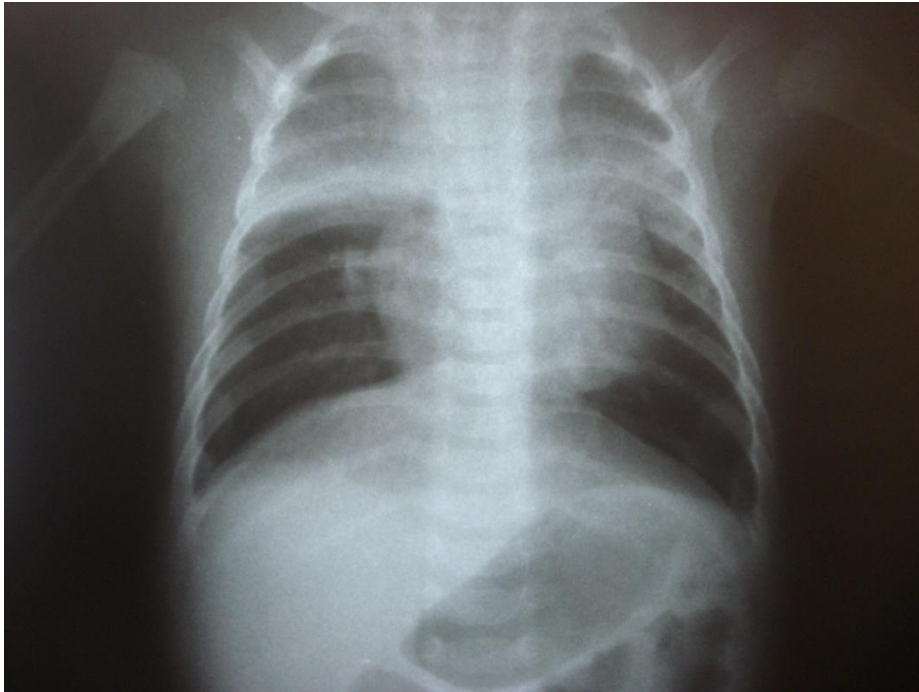
Caso clínico

▶ Evolução:

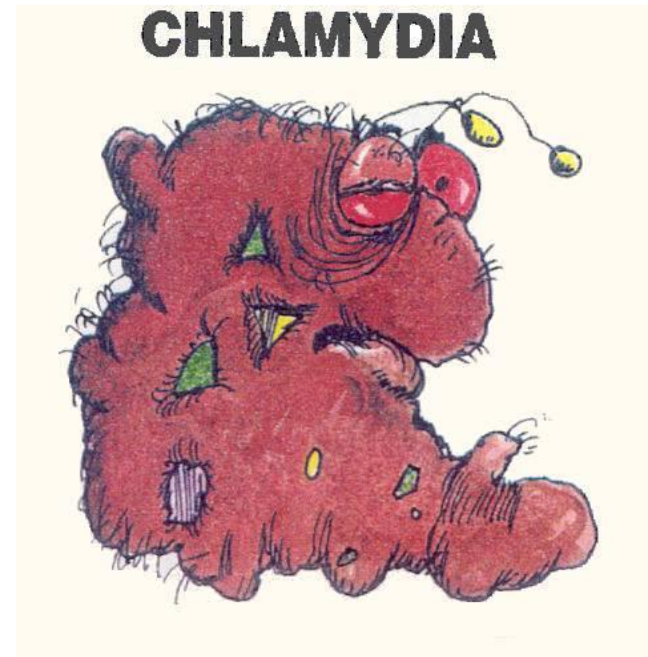
- Evoluiu com melhora da ausculta respiratória, mantendo taquipnéia leve
 - Fisioterapia respiratória
 - Retirado O2 em 11/08/11
 - Recebeu alta em 16/08/11
- 

Caso clínico

- ▶ RX de tórax (16/08/11):



Pneumonia afebril do lactente



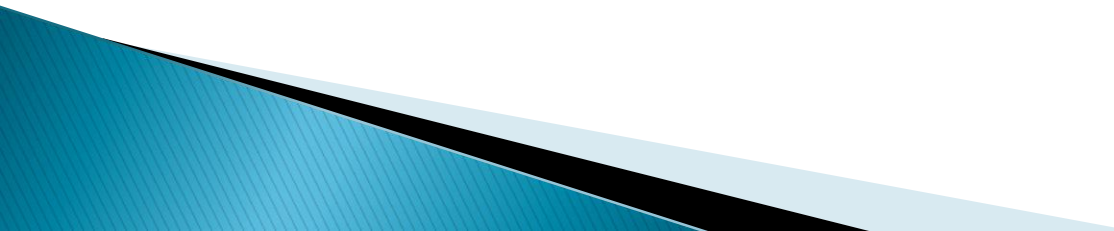
Pneumonia afebril do lactente

- ▶ Doença relativamente comum
- ▶ Acomete preferencialmente neonatos e lactentes menores de 3 meses



Pneumonia afebril do lactente

▶ Etiologia

- *Chlamydia trachomatis*
 - Citomegalovírus
 - *Ureaplasma urealyticum*
 - Outros: *Parainfluenza*, *Adenovírus* e *P.carinii*
- 

Pneumonia afebril do lactente

- ▶ Infecção por *C. trachomatis*
- Histórico:
 - . 1907: Halberstaedter e Provazek– 1ª visualização da bactéria em secreções conjuntivais em crianças e trato genital feminino em adultos
 - . 1909–1911: Lindener– comprovou a presença de bactérias em mães de RN com conjuntivite

Pneumonia afebril do lactente

- ▶ Infecção por *C. trachomatis*
- Histórico:
 - . 1930: importância da transmissão da bactéria a RNs, mesmo em mães assintomáticas
 - . 1939– isolamento da *C. trachomatis* em ratos e ovos embrionados
 - . 1941: Botsztein: descreveu 7 crianças com PNM associada a eosinofilia sérica

Pneumonia afebril do lactente

- ▶ Infecção por *C. trachomatis*
- Histórico:
 - . 1975: Schacheter– caso conjuntivite associado a quadro pulmonar
 - . 1977: Beem e Saxon– 18 casos de lactentes com PNM com a bactéria isolada na secreção da via respiratória

Pneumonia afebril do lactente

► Infecção por *C.Trachomatis*

– Epidemiologia

- . DST mais comum nos EUA– 10 a 30% indivíduos hígidos
- . 4 milhões de novas infecções/ano nos EUA
- . Exposição de 100.000 recém-nascidos/ano
- . Mortalidade pode chegar até 4% em menores de 3 meses

Pneumonia afebril do lactente

- ▶ Infecção por *C. trachomatis*:

- Epidemiologia:

- EUA: 6–8% das gestantes

- São Paulo: 10% das gestantes

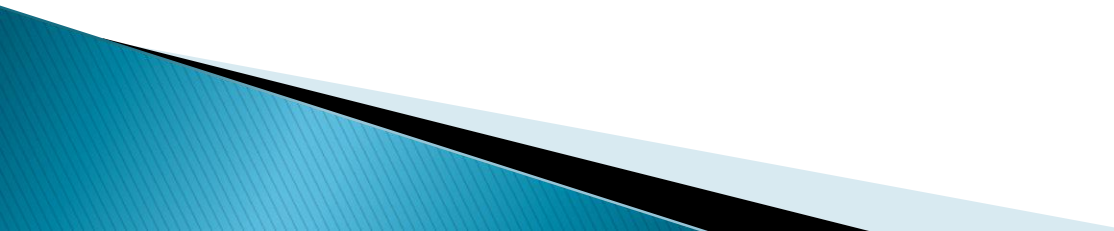
Pneumonia afebril do lactente

- ▶ Infecção por *C.trachomatis*
- Epidemiologia
- RN com exposição comprovada:
 - . Cerca de 50% adquire a bactéria ao passar pelo canal de parto
 - . Conjuntivite: 50%
 - . PNM: 20%

Pneumonia afebril do lactente

- ▶ Fatores de risco
 - Infecção por *C. trachomatis*
 - Baixo nível sócio-econômico
 - Mãe jovem e/ou solteira
 - Ectopia
 - Múltiplos parceiros sexuais

Pneumonia afebril do lactente

- ▶ Infecção por *C. trachomatis*
 - Fatores de risco
 - Concomitância de outras DSTs
 - Exposição a outras crianças em casa/creche
 - Tabagismo passivo
- 

Pneumonia afebril do lactente

- ▶ Infecção por *C. trachomatis*
- Transmissão:
 - Vertical
 - . Parto normal
 - . Parto cesáreo: RPM
 - Relações sexuais (abuso)
 - Transmissão respiratória

Pneumonia afebril do lactente

- ▶ Infecção por *C.trachomatis*
- Quadro clínico:
 - . Inicia-se entre a 4^a e a 12^a semana de vida
 - . Acometimento de VAS: obstrução nasal, coriza e tosse persistente
 - . Taquipnéia (Dispnéia é incomum)
 - . Ausência de febre

Pneumonia afebril do lactente

- ▶ Infecção por *C. trachomatis*
 - Exame físico:
 - . Bom estado geral
 - . Ausculta: estertores
 - . Taquipnéia
 - . Sibilância: geralmente ausente

Pneumonia afebril do lactente

- ▶ Infecção por *C. trachomatis*
- ▶ Diagnóstico:
 - História prévia de leucorréia na gestação + parto normal + conjuntivite no RN
 - Laboratorial:
 - . Eosinofilia periférica ($>300\text{--}400$ céls/mm³)
 - . Aumento inespecífico das Igs

Pneumonia afebril no lactente

- ▶ Infecção por *C. trachomatis*
- Conjuntivite



Figure 2 An infant with chlamydial conjunctivitis. Reprinted from Long S, Pickering LK, Prober CG (eds): Principles and Practice of Pediatric Infectious Diseases. New York, Churchill-Livingstone, 2003, p. 904 used with permission. (Color version of figure is available online.)

Pneumonia afebril do lactente

- ▶ Infecção por *C. trachomatis*
 - Diagnóstico:
- Exames sorológicos:
 - Imunofluorescência direta
 - . Títulos de IgM maiores que 1:32
 - . Detecção de Acs específicos da classe IgM
 - . Redução dos títulos: 2 a 6 semanas após tratamento

Pneumonia afebril do lactente

- ▶ Infecção por *C. trachomatis*
- Diagnóstico:
 - Radiológico:
 - . Hiperinsuflação
 - . Infiltração intersticial ou alveolar mínima
 - . Podem ocorrer quadros unilaterais e/ou alveolares

Pneumonia afebril do lactente

- ▶ Diagnóstico
- RX de tórax



Fig. 1 – *Hiperinsuflação pulmonar e infiltração intersticial difusa*

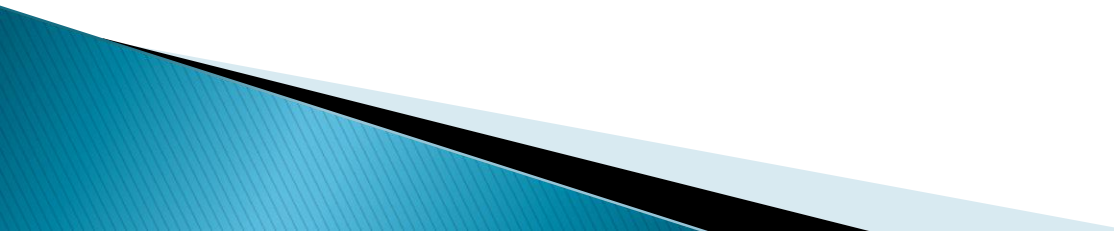
Pneumonia afebril do lactente

- ▶ Diagnóstico
- RX de tórax



Fig. 2 – *Infiltração intersticial difusa*

Pneumonia afebril do lactente

- ▶ Infecção por *C. trachomatis*
 - ▶ Diagnóstico definitivo:
 - Isolamento de *C.trachomatis* em culturas de espécimes obtidos da conjuntiva ou da nasofaringe
 - PCR
- 

Pneumonia afebril do lactente

- ▶ Infecção por *C. trachomatis*
 - Diagnóstico histopatológico
- Biópsia pulmonar:
 - . Acometimento alveolar e bronquiolar
 - . Infiltrado inflamatório: células mononucleares; pequena quantidade de eosinófilos

Pneumonia afebril do lactente

- ▶ Infecção por *C. trachomatis*
- ▶ Tratamento (Conjuntivite e PNM):
 - Eritromicina 50mg/Kg/dia : 4 por 14 dias
 - SMZ + TMP 40mg/kg/dia : 2 por 14 dias
- . Melhora clínica: 3–4 dias início tratamento
- . Taxa de fracasso: 10 a 20%

Pneumonia afebril do lactente

- ▶ Infecção por *C. trachomatis*
 - Prevenção:
 - . Rastreamento e tratamento de gestantes
 - . Tratar parceiro sexual

Pneumonia afebril do lactente

- ▶ Infecção por *Ureaplasma urealyticum*
- Características:
 - . RN podem apresentar pneumonite após 2 a 12 semanas
 - . Transmissão: pelo canal de parto

Pneumonia afebril do lactente

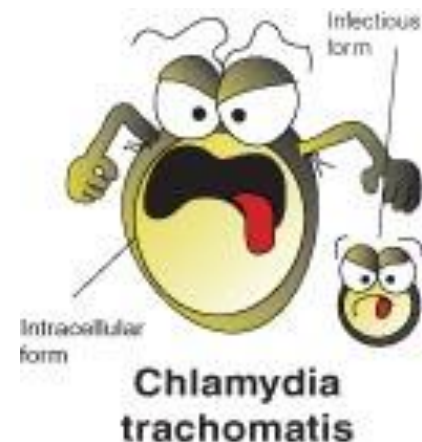
- ▶ Infecção por *Ureaplasma urealyticum*
- Quadro clínico:
 - . Insidioso
 - . Pouco febril ou afebril
 - . Tosse seca
 - . Taquidispnéia progressiva

Pneumonia afebril do lactente

- ▶ Infecção por *Ureaplasma urealyticum*
- Quadro radiológico:
 - . Infiltrado intersticial difuso e bilateral
 - . Hiperinsuflação
- Diagnóstico:
 - . Cultura de secreção de VAs
- Tratamento:
 - . Eritromicina 40mg/kg/dia : 4 por 10 dias

Pneumonia afebril do lactente

- ▶ Conclusão
- Importância da pesquisa da infecção por *C. trachomatis* em RN com conjuntivite e/ou pneumonia intersticial, mesmo na ausência de fatores de risco para DSTs



Obrigada!

