Listeriose como diagnóstico de febre de origem desconhecida em gestantes

Listeriosis as a diagnosis of unknown fever in pregnant women

Fernanda Krindges[1], Eduardo Fagundes Cardoso[1], Alfeu Roberto Rombaldi[2], Sérgio Espinosa[3]

RESUMO

Listeriose é a denominação de um grupo geral de desordens de transmissão alimentar causadas pela *Listeria monocytogenes*. Pode simular diversas situações clínicas, dificultando a conduta do médico. Na gestação é pouco considerada, mas relevante enquanto etiologia de perdas gestacionais e posterior acometimento fetal. Geralmente é assintomática, mas pode-se levantar suspeita da doença em gestante febril com sintomas gripais e gastrointestinais, sendo que o diagnóstico definitivo somente é realizado através da cultura sanguínea. Este trabalho tem por objetivo apresentar um caso de listeriose gestacional destacando os principais aspectos desta infecção e orientando quanto ao diagnóstico e tratamento precoces, uma vez que a terapêutica antimicrobiana pode evitar perdas ou sequelas fetais.

UNITERMOS: Listeriose, Febre, Gestação, Diagnóstico Diferencial.

ABSTRACT

Listeriosis is the name of a general group of disorders caused by foodborne Listeria monocytogenes. It can simulate various clinical situations, hindering the conduct of the physician. During pregnancy listeriosis is little considered, but it is significant as the etiology of miscarriage and subsequent fetal disease. It is usually asymptomatic, but it can be suspected in pregnant woman with fever and gastrointestinal and flu symptoms, and a definitive diagnosis can only be made by blood culture. This paper aims to present a case of gestational listeriosis highlighting the main aspects of this infection and guiding to early diagnosis and treatment, since antimicrobial therapy may prevent fetal loss or fetal sequelae.

KEYWORDS: *Listeriosis, Fever, Pregnancy, Differential Diagnosis.*

INTRODUÇÃO

A listeriose, uma das doenças transmitidas através da ingestão de alimentos contaminados, é causada pela *Listeria monocytogenes*, micro-organismo aeróbico ou anaeróbico facultativo amplamente distribuído no meio ambiente, como solo, vegetação e reservatórios animais (1, 2, 4, 6, 11). Em indivíduos saudáveis, pode ser encontrada como parte da flora gastrointestinal (11). A enfermidade acomete principalmente gestantes, idosos, crianças e imunodeprimidos. Apesar da baixa morbidade quando comparada com outras doenças de transmissão alimentar, o quadro clínico em indivíduos pertencentes ao grupo de risco pode ser grave, resultando em meningite, meningoencefalite, septicemia, corioamnionite e morte fetal (1, 9, 11). A maioria dos casos relatados da doença é esporádica; no entanto, a investigação de vários surtos de listeriose mostrou uma fonte comum de transmissão por via alimentar (7, 10), sendo que o período de incubação da doença que sucede ao consumo pode ser de 2 a 6 semanas (1, 2, 4, 11). Os alimentos incriminados como causadores da doença esporádica são produtos crus de origem vegetal ou marinha, lácteos, termoprocessados de diversas origens e refeições preparadas (2, 7). Embora a transmissão alimentar pareça ser a principal causa da doença, vários grupos de infecção neonatal de início tardio sugerem a transmissão hospitalar de *Listeria* (11).

Em gestantes, a doença é frequentemente adquirida no terceiro trimestre e sua importância se deve ao fato de poder causar morte fetal, aborto, trabalho de parto prematuro e infecção neonatal (11). A sintomatologia geralmente é inespecífica, muitas vezes apenas com sintomas gripais, incluindo febre persistente, ou sintomas gastrointestinais (1, 2, 11). O diagnóstico definitivo somente é realizado pelo isolamento do agente através do sangue, líquor, placenta

[1] Médicos residentes do Programa de Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia do Grupo Hospitalar Conceição.
[2] Cardiologista da Maternidade do HNSC e coordenador do PRM de Cardiologia do HNSC. Cardiologista da Maternidade do HNSC e coordenador do PRM de Cardiologia do HNSC.
[3] Médico Chefe do Setor de Gestação de Alto Risco e Medicina Fetal do HNSC e Preceptor do PRM de Ginecologia e Obstetrícia do HNSC. Médico Chefe do Setor de Gestação de Alto Risco e Medicina Fetal do HNSC e Preceptor do PRM de Ginecologia e Obstetrícia do HNSC.

15-407_Listeriose_como_diagnóstico.pmd 194 28/06/2010, 19:04

ou feto das gestantes em meios de cultura comuns empregados na bacteriologia (1, 8).

RELATO DE CASO

A.P.P.C., 29 anos, feminina, negra, secundigesta, uma cesárea prévia por sofrimento fetal há cinco anos, interna no setor de gestação de alto risco do Hospital Nossa Senhora da Conceição com 32 semanas de idade gestacional devido a náusea, dor lombar e febre a esclarecer. Ausência de sintomas urinários, respiratórios ou alterações ao exame físico. Exames laboratoriais do primeiro dia da internação normais (hemograma, sorologias de hepatites, rubéola e citomegalovírus, EQU, urocultura e Rx tórax). Coletado hemocultura. Avaliação fetal normal. No terceiro dia de internação, iniciou com sintomas gripais (cefaleia, coriza e dor articular), além de alteração de hemograma (Hemoglobina: 10,9; Leucócitos: 4270; Segmentados: 48%; Bastões: 35%), Raio-X tórax (processo infeccioso em 1/3 caudal pulmão D) e leve aumento de enzimas hepáticas (TGO: 213; TGP:155, Bilirrubina total: 0,26; Bilirrubina direta: 0,11). Iniciou-se Amoxicilina-Clavulanato EV pensando-se na hipótese de pneumonia comunitária. Avaliação pneumológica descartou tal hipótese, suspendendo o antibiótico um dia após seu início. Devido ao grande aumento de enzimas hepáticas no decorrer da internação (TGO 859, TGP: 602, Bilirrubina total: 2,24; Bilirrubina direta: 1,61), foi realizada avaliação da gastroenterologia, que suspeitou de colangite, descartada posteriormente. Cinco dias após a internação apresentava-se assintomática e afebril. Aguardou-se o resultado da cultura sanguínea, positiva para *Listeria monocytogenes.* Iniciou-se tratamento para listeriose com Ampicilina 1g VO 6/6 horas, sendo que a paciente recebeu alta hospitalar dois dias após o início do tratamento, orientada a continuar o uso do antibiótico por 14 dias em seu domicílio.

Com 40 semanas de idade gestacional, assintomática, paciente reinternou no centro obstétrico do mesmo hospital em pródromos de trabalho de parto. Devido ao aumento da altura uterina (40 cm), com provável macrossomia fetal e cesárea prévia, paciente submetida a cesariana em 11/01/09, às 11:25 horas. Recém-nascido feminino, peso: 4.420g, Apgar 8 e 9, sem sinais de infecção aparentes, permanecendo em observação por 48 horas. Paciente e sua filha receberam alta no dia 14/02 em boa evolução, assintomáticas, sem sequelas da doença previamente relatada.

DISCUSSÃO

A listeriose pode ocorrer em qualquer fase gestacional; no entanto, a maioria das infecções são detectadas durante o terceiro trimestre (11). Oferece enorme dificuldade diagnóstica, pois não apresenta quadro clínico típico. A infecção ocorre com maior frequência no verão e o período de incubação pode variar de 6 horas a 90 dias, geralmente permanecendo nas primeiras 24 horas (1, 2).

Cerca de metade a dois terços das gestantes com listeriose apresentam uma doença leve caracterizada por febre, mialgia, mal-estar e lombalgia. Diarreia, dor abdominal, náuseas e vômitos também podem estar presentes na fase bacterêmica (11), sendo raros os casos de acometimento do sistema nervoso central (5, 11). Os sintomas duram em média dois dias, entretanto, como nem sempre são exuberantes, muitas vezes a infecção tem resolução espontânea sem que seja feito o diagnóstico (1, 2). Devido a isso, é recomendada a coleta de hemocultura em toda gestante febril sem causa aparente para sua sintomatologia, pois o diagnóstico definitivo da doença somente pode ser estabelecido através do resultado da cultura sanguínea (11). A difusão transplacentária do micro-organismo resulta na infecção intrauterina, a qual pode acarretar corioamnionite, trabalho de parto prematuro, morte fetal intrauterina e doença neonatal de início precoce (sepse, angústia respiratória, lesões cutâneas) ou tardio (meningite) (11).

O tratamento depende das diferentes síndromes clínicas causadas pela infecção. Geralmente é sensível às drogas mais comuns, sendo a Ampicilina ou a Penicilina as drogas de escolha (11). Recomenda-se como tratamento em gestantes um ciclo de Ampicilina (4 a 6g por dia, em 4 doses iguais) durante 2 semanas (11). Pacientes alérgicas à Penicilina podem ser dessensibilizadas ou fazer uso de Sulfametoxazol-Trimetoprim durante o segundo trimestre ou Eritromicina no terceiro trimestre (3, 11).

A resposta ao tratamento é conferida pela melhora clínica e, nos pacientes com infecção de SNC, uma nova hemocultura deve ser solicitada em sete dias (3).

Tendo em vista que o principal vetor da contaminação é o alimento, medidas gerais de cuidados com a dieta (evitar alimentos crus ou contato entre produtos crus e cozidos, lavar exaustivamente vegetais antes de ingeri-los, cuidados no acondicionamento de carnes) devem ser orientadas durante as consultas de pré-natal (11).

COMENTÁRIOS FINAIS

Devido ao quadro apresentado, conclui-se que, diante de uma gestante com quadro de febre de origem desconhecida e sinais e sintomas inespecíficos, é imperativa a investigação de listeriose.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Clinical manifestations and diagnosis of Listeria monocytogenes infection – Michael S Gelfand, MD. Up to Date – versão 16-3, última atualização em 01/10/2008, acessado em 03/03/09.
2. Epidemiology and pathogenesis of Listeria monocytogenes infection – Michael S Gelfand, MD. Up to Date – versão 16-3, última atualização em 01/10/2008, acessado em 03/03/09.

15-407_Listeriose_como_diagnóstico.pmd 195 28/06/2010, 19:04

3. Treatment, prognosis, and prevention of Listeria monocytogenes infection – Michael S Gelfand, MD. Up to Date – versão 16-3, última atualização em 01/10/2008, acessado em 03/03/09.
4. American Public Health Association. Control of Communicable Disease Manual. Abram S. Benenson, 16. ed; 1995, pp. 270-273.
5. Milan C, Farina G, Barbosa F, Krahe C. Listeriose na gestação: apresentação de caso, revisão de diagnóstico e conduta. RBM – Revista Brasileira de Medicina, Rio de Janeiro; 2005, V. 62, n.6, pp. 264-266.
6. Franco BDGM, Landgraf M. Microorganismos patogênicos de importância em alimentos. In: Microbiologia dos Alimentos. São Paulo: Atheneu; 1996, cap. 4, pp. 33-82.
7. Oliveira CAF, Germano MIS, Germano PML. Qualidade das hortaliças. In: Higiene e Vigilância Sanitária de Alimentos. 2. ed. São Paulo: Varela; 2003, V. 1, pp. 129-134.
8. Hobbs BC, Roberts D. Toxinfecções e Controle Higiênico-Sanitário de Alimentos. São Paulo: Varela; 1998, pp. 46-47.
9. Beltrán B. Meningocefalitis bacterémica por listeria monocytogenes en un adulto inmunocompetente. Rev. Med. Chile; 1991, V. 119, cap. 4, pp. 436-439.
10. Castro AP. Sobrevivência de bactérias aeróbias mesófilas, psicrotróficas, bactérias láticas e Listeria monocytogenes em salsichas submetidas a tratamento com nisina. São Paulo, 90p, 2002. Tese de mestre, Faculdade de Ciências Farmacêuticas da Universidade de São Paulo.
11. Harrison. Tratado de Medicina Interna, V. I, 15.ed., Rio de Janeiro, Ed. Mc Graw Hill; 2002, cap. 142, pp. 971-973.

✉ Endereço para correspondência:
Fernanda Krindges
Avenida Independência, 354/302
90035-070 – Porto Alegre, RS – Brasil
☎ (51) 9141-6162
feriskr@ibest.com.br

Recebido: 26/5/2009 – Aprovado: 23/7/2009

15-407_Listeriose_como_diagnóstico.pmd 196 28/06/2010, 19:04