

Listeriose na gravidez

Listeriosis in pregnancy

Ana Paula Oliveira de Souza¹, Guilherme Moreira Borges Araújo², Maria José Ferreira³

RESUMO

Relata-se o caso de uma gestante apresentando febre de origem indeterminada. O resultado da hemocultura identificou *Listeria monocytogenes*. Fez-se revisão da literatura referente ao tema.

Palavras-chave: Listeriose; Gravidez; Infecção.

ABSTRACT

A case of pregnant patient with undetermined fever of origin is described. The result of blood culture demonstrated Listeria monocytogenes. A review of the literature was made
Key words: Listeria Infections; Pregnancy; Infection.

INTRODUÇÃO

A *Listeria Monocytogenes* é um bacilo que causa infecção em humanos, geralmente durante a gravidez ou em estados de imunossupressão. A transmissão ocorre, principalmente, através de alimentos contaminados. Ao contrário da maioria dos patógenos alimentares, que causam primariamente distúrbios gastrointestinais, a listeriose causa quadros graves e fatais.

RELATO DO CASO

Paciente feminino, 31 anos, procedente de Contagem-MG, na 22^a semana de sua segunda gestação. Apresentava cefaleia, dispneia, dor retro-orbitária e mialgia iniciadas há cerca de 20 dias da avaliação médica inicial. Negava uso de medicação diária, de doenças crônicas, etilismo e tabagismo. Sem queixas ginecológicas. Esteve internada em sua cidade durante cinco dias, para esclarecimento diagnóstico. Durante essa internação recebeu o diagnóstico de insuficiência cardíaca congestiva e lúpus eritematoso sistêmico, tendo sido receitadas digoxina 0,25 mg/dia, espirolactona 25 mg/dia e predinisona 20 mg/dia. Recebeu alta hospitalar em uso dessas medicações e mantendo quadro febril. Resultado laboratorial prévio: FAN - negativo.

Recebido em: 14/11/2006
Aprovado em: 14/07/2009

Instituição:
Serviço de Clínica Médica do Hospital Belo Horizonte
Belo Horizonte – MG, Brasil.

Endereço para correspondência:
Guilherme Moreira Borges Araújo
Rua Guajajaras 712, ap. 303
Belo Horizonte – MG, Brasil
CEP: 30180-100
E-mail: gmaraujo@yahoo.com.br

À internação apresentava-se prostrada, desidratada e com mucosas hipocoradas e anictéricas. A pressão arterial sistêmica era de 100 x 60 mmHg, com frequência cardíaca e de pulso de 100 bpm e temperatura axilar de 39,1°C. O exame do aparelho respiratório mostrou sons respiratórios diminuídos bilateralmente e sem ruídos adventícios. O abdome era globoso, com ruídos hidroaéreos presentes, indolor e com útero palpável no nível da cicatriz umbilical e feto em boas condições.

Os exames complementares revelaram: hemácias: $3,06 \times 10^6/\text{mm}^3$; hemoglobina: 9,2g%; hematócrito: 26,4%; global de leucócitos: $12.400/\text{mm}^3$ com 9% de bastonetes, 84% de segmentados, 4% de linfócitos e 3% de monócitos; plaquetas: $242.000/\text{mm}^3$; velocidade de hemossedimentação: 95 mm e exame de urina rotina sem alterações. O estudo radiológico de tórax e seios da face estava normal. Foram colhidas amostras para hemocultura e urocultura.

Durante a internação, a paciente evoluiu com quadro súbito de taquidispneia e dor abdominal em cólica, com interrupção dos movimentos fetais. A avaliação obstétrica mostrou o colo pérvio (1 cm), posterior, com ausência de sangramentos e secreção brancacenta em moderada quantidade. Os batimentos cardíofetais estavam presentes, com 140 bpm/min. Ultrassom obstétrico com gestação eutópica, com 23 a 24 semanas.

A propedêutica para tromboembolismo pulmonar, com duplex *scan* de membros inferiores e cintilografia pulmonar, mostrou ausência de trombose venosa profunda e baixa probabilidade para tromboembolismo pulmonar, respectivamente.

O ecodopplercardiograma transesofágico ressaltou câmaras cardíacas de dimensões normais, função sistólica global e segmentar de ventrículo esquerdo preservadas, regurgitação mitral e tricúspide leve, pequeno derrame pericárdico, ausência de vegetações em valvas cardíacas e fração de ejeção de 74%.

No quinto dia de internação, a febre cessou, mas a paciente apresentou sangramento vaginal intenso e dor em cólica de forte intensidade. À avaliação a equipe obstétrica constatou que a paciente estava em trabalho de parto pré-termo com contrações uterinas efetivas e colo dilatado (9 cm). O neonato morreu após o nascimento.

A hemocultura evidenciou crescimento de *Listeria monocytogenes*. Iniciou-se ampicilina endovenosa na dose de um grama, quatro vezes ao dia, durante 10 dias. A paciente manteve melhora clínica,

recebendo alta hospitalar em uso de ampicilina oral durante 11 dias.

DISCUSSÃO

Listeria monocytogenes é um bacilo Gram-positivo aeróbio (anaeróbio facultativo), que se multiplica sob ampla variação de temperatura (04 a 38°C).^{1,2} Tem período de incubação variável de sete a 60 dias.^{3,4} Pode ser encontrada no solo, água, vegetais e alimentos processados.²

A incidência da infecção é variável nos estudos, embora seja semelhante (0,1 a 1,1 caso/ 100.000 habitantes).⁴ Os casos podem ocorrer durante surtos epidêmicos, mas muitos são esporádicos.^{1,2,4} A principal causa de listeriose humana é a ingestão de alimentos contaminados.⁵

A doença acomete preferencialmente pacientes imunocomprometidos ou com doença de base grave.¹⁻⁶ As principais condições predisponentes são neoplasias hematológicas, insuficiência renal, diabetes *mellitus*, uso de drogas imunossupressoras, recém-nascidos, gestantes e idosos.^{1,3,4} A infecção perinatal é responsável por quase 34% dos casos.^{1,4}

Após a ingestão, a bactéria cruza a mucosa intestinal, invade a corrente sanguínea, podendo disseminar-se para todo o organismo, porém com predileção pela placenta e sistema nervoso central.⁴ A *Listeria* se multiplica célula a célula, sem exposição ao meio extracelular. Por isso, a imunidade celular é a principal responsável pela defesa. A depressão da imunidade celular durante a gravidez é, provavelmente, uma das causas do aumento da suscetibilidade à bactéria.² Esta pode ser transmitida ao feto por via transplacentária ou, menos frequentemente, pelo canal vaginal.

Após o contato, existe um estado provisório de portador assintomático. A doença pode desaparecer ou manifestar-se. As apresentações mais comuns são meningite e bacteremia¹.

Na gestante, os sintomas assemelham-se aos da gripe (“gripe-símile”). Algumas vezes, podem apresentar sintomas gastrointestinais inespecíficos ou sintomas urinários.^{1,2,4,7} Pela bacteremia, pode-se observar acometimento de pele, olhos, gânglios linfáticos, valvas cardíacas, pericárdio, articulações. O acometimento do fígado ou do baço é raro.¹

A mortalidade da doença (em torno de 30%³) está relacionada a idade avançada, infecção do SNC e imunodeficiência⁴. A mortalidade perinatal chega a

45% dos casos.^{2,4} A infecção nos dois primeiros trimestres de gestação quase sempre prenuncia a morte para o feto.⁴

A doença no recém-nascido é a forma mais grave da doença. Pode ser precoce (adquirida intraútero) ou tardia (adquirida durante a passagem pelo canal do parto). A forma precoce tem alta mortalidade (até 60%), manifesta-se nas primeiras horas ou poucos dias após o nascimento por septicemia e acometimento do trato respiratório superior. Pode ocorrer a grave granulomatose infantisséptica, com microabscessos disseminados (pele, fígado, supra-renal, pulmão). A forma tardia ocorre duas a três semanas após o parto (média 14 dias), sob a forma de meningite ou meningoencefalite com septicemia.²

O “padrão-ouro” para o diagnóstico é o encontro da bactéria em cultura de amostras de sítios estéreis.^{2,4,5} A soroglutinação pode ser útil. Outros testes são caros, não sendo rotineiramente utilizados, como a eletroforese em gel em campo elétrico, ribotipagem, reação em cadeia de polimerase.³

O tratamento de escolha é a antibioticoterapia com ampicilina ou penicilina.^{1,2} A bactéria é sensível a tetraciclina, eritromicina, cloranfenicol, sulfametaxazol-trimetropim, vancomicina, rifampicina. A duração do tratamento varia de duas a seis semanas (média de 21 dias).¹ Nas duas últimas décadas, houve acentuado decréscimo na incidência da doença (68 e 72% em um dos estudos), devido ao melhor conhecimento de sua transmissão e aos cuidados preventivos introduzidos na indústria alimentar.⁶

Por ser uma doença com alta incidência durante a gravidez e pela sua gravidade para o feto e recém-nascido, o diagnóstico correto e em tempo hábil da bacteremia materna pode prevenir a infecção neonatal, diminuindo a sua mortalidade. Medidas que levam a melhor controle da qualidade e da higiene dos alimentos consumidos reduzem a contaminação pela *Listeria monocytogenes*. O aconselhamento dietético de pacientes para a sua prevenção pode ser útil.

O diagnóstico da infecção não é suspeitado frequentemente, devido à apresentação clínica pobre em sintomas específicos e à raridade do acometimento. Isso leva, muitas vezes, à utilização de prope-dêutica extensa, com resultados insatisfatórios, não se conseguindo adequada condução do caso. O conhecimento das doenças febris que podem acometer a gestante e a investigação sistemática e minuciosa são importantes para realizar o correto diagnóstico.

REFERÊNCIAS

1. Veronesi R, Focaccia R. Tratado de Infectologia. 2ª ed. São Paulo: Atheneu; 2002. p. 823-6.
2. Benschushan A, Tsafirir A, Arbel R, Rahav G, Ariel I and Rojansky N. Listeria Infection during Pregnancy: a 10 year experience. IMAJ. Oct 2002; 4:776-80.
3. Sauters BD, Fortes ED, Morse DL, Dumas N, Kiehlbauch JA, Schukken, et al. Molecular Subtyping to Detect Human Listeriosis Clusters. Emerg Infect Dis. 2003 June; 9(6):672-80.
4. Siegman-Ingra Y, Levin R, Weinberger M, Golan Y, Schwartz D, Samra Z, et al. Listeria monocytogenes Infection in Israel and Review of Cases Worldwide. Emerg Infect Dis. 2003 Mar; 8 (3):305-10.
5. Tappero JW, Schuchat A, Deaver KA, Mascola L, Wenger JD. Reduction in the incidence of human listeriosis in the United States. Effectiveness of prevention efforts? The listeriosis Study Group. JAMA. 1995 Apr 12; 273(14):1118-22.
6. Goulet V, Valk H, Pierre O, Stainer F, Rocourt J, Vaillant V, et al. Effect of Prevention Measures of Human Listeriosis, Franc, 1987-1997. Emerg Infect Dis. 2001 Nov; 7(6):983-9.
7. Gwendolyn LG. Infections in pregnant woman. MJA. 2002 Mar; 176:229-36.