



Manifestação rara de doença invasiva por *Streptococo* do grupo B

Maria José Dinis, Andreia Teles, Anabela Gomes, Anabela João

Serviço Neonatologia Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho E.P.E.

Resumo

A síndrome de adenite-celulite é uma forma rara de apresentação de infecção tardia por *Streptococcus* do grupo B (SGB) podendo ser o único marcador de doença invasiva. Relatam-se dois casos com síndrome adenite-celulite de localização cervical associado a bacteriemia por SGB e discute-se a apresentação clínica, as alterações laboratoriais e a evolução desta entidade clínica baseados numa revisão da literatura, realçando a importância de que na abordagem deste quadro seja considerada a possibilidade de doença invasiva.

Palavras chave: Sepsis neonatal tardia, *Streptococcus* do grupo B, síndrome adenite-celulite

Acta Pediatr Port 2009;40(4):160-2

An infrequent presentation of group B *Streptococcus* invasive disease

Abstract

Cellulitis-adenitis syndrome is a rare clinical manifestation of group B streptococcus (GBS) late-onset disease and may be the only initial sign of systemic infection. We report two cases with cervical cellulitis-adenitis syndrome with bacteraemia caused by GBS, and we discuss the clinical features, laboratory findings and outcome of this condition based on a review of the reported cases, emphasizing that when in presence of this syndrome, an invasive disease by GBS should be considered.

KeyWords: Late onset neonatal sepsis, Group B streptococcus, cellulitis-adenitis syndrome

Acta Pediatr Port 2009;40(4):160-2

Introdução

Apesar dos avanços a nível das estratégias de prevenção, o *Streptococcus agalactiae* ou *Streptococcus* do grupo B (SGB) continua a ser o microorganismo que mais frequentemente causa infecção no período neonatal¹⁻⁶. As infecções por este

agente classificam-se em precoces e tardias de acordo com o momento de apresentação da doença³⁻⁸. As precoces, relacionadas com a colonização materna e transmissão durante o parto, manifestam-se na maioria dos casos no primeiro dia de vida predominantemente por sinais de dificuldade respiratória associados ou não a sépsis. A origem das infecções tardias é menos clara; acreditando-se que a transmissão possa ser vertical, horizontal ou que resulte de uma colonização persistente. A forma mais comum de manifestação é a sépsis com ou sem meningite. Infecções focais envolvendo o osso, articulações, pele e tecidos moles (adenite-celulite) podem também ocorrer mas de forma menos frequente^{1,3-5,7}.

A síndrome adenite-celulite é uma forma de apresentação rara da infecção tardia por SGB constituindo na maioria dos casos um indicador de bacteriemia, podendo ser, inclusive, o seu único sinal^{1,2,7,9}.

Descreve-se a forma de apresentação clínica, evolução e tratamento de dois lactentes que apresentaram uma síndrome adenite-celulite com o objectivo de chamar a atenção para esta situação clínica rara.

Caso 1

Lactente do sexo feminino, fruto de gestação vigiada, complicada por placenta prévia e metrorragias no 2º e 3º trimestres. Não foi efectuado rastreio de colonização materna para SGB. O parto, eutócico, ocorreu às 28 semanas de gestação por início do trabalho de parto espontâneo.

O RN apresentou um índice de Apgar 8/9/9. Esteve internado até aos 43 dias de vida na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais por prematuridade, doença das membranas hialinas grau I e sépsis tardia a *Staphylococcus epidermidis*.

Aos dois meses foi observada no Serviço de Urgência (SU) por febre, recusa alimentar e apneias com algumas horas de evolução. Apresentava mau aspecto geral, palidez cutâneo-mucosa e tumefacção com sinais inflamatórios na região cervical submandibular, infra e retro-auricular direita com extensão à hemiface homolateral.

Recebido: 01.11.2007

Aceite: 20.10.2009

Correspondência:

Maria José Dinis
R. Rodrigo Gonçalves Lage, 606
4425-188 Águas Santas- Maia
majodinis@gmail.com

Analicamente apresentava 4730/ul leucócitos (73,9% neutrófilos e 18,2% linfócitos), PCR de 2,37 mg/dL e exame citoquímico do líquor normal. Foi realizada radiografia de tórax que não mostrou alterações e tomografia computadorizada (TC) cervical que revelou espessamento dos tecidos moles retro-auriculares e densificação do tecido celular subcutâneo da região latero-cervical direita compatível com o diagnóstico de celulite (Figura).

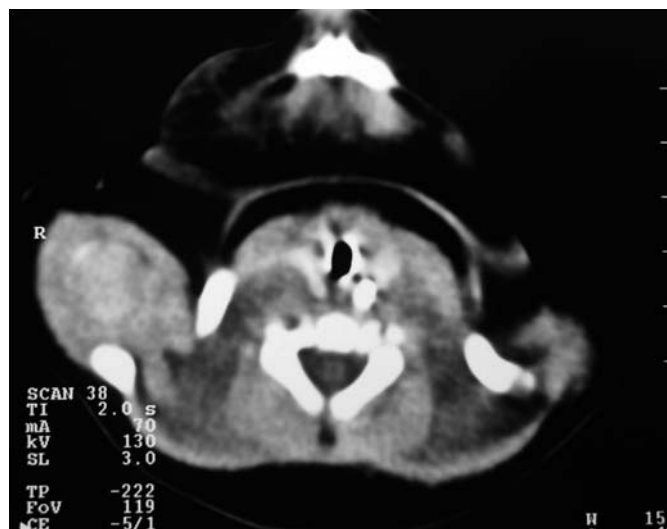


Figura - Caso 1: Tomografia computadorizada cervical- espessamento dos tecidos moles retro-auriculares e densificação do tecido celular subcutâneo da região latero-cervical direita.

À chegada à Unidade necessitou de ventilação mecânica e foi instituída antibioterapia com cefotaxima (190mg/Kg/dia) e flucloxacilina (200mg/kg/dia), apesar da qual houve agravamento clínico com aumento da tumefacção nos primeiros dois dias de internamento.

A hemocultura mostrou, às 48 horas, crescimento de SGB o que levou a alteração do esquema de antibioterapia para penicilina G (250 000 U/Kg/dia) e gentamicina (4 mg/Kg/dia). O exame bacteriológico do líquor foi estéril.

A evolução clínica foi favorável com regressão progressiva da tumefacção e com extubação electiva ao terceiro dia de internamento. Teve alta assintomática, após completar dez dias de terapêutica endovenosa.

Foi acompanhada em consulta de desenvolvimento não se tendo verificado alterações sensitivas ou motoras e apresentou sempre ecografias transfontanelares e potenciais evocados auditivos normais.

Caso 2

Recém-nascido, sexo masculino fruto de gestação vigiada, de termo e sem intercorrências, com pesquisa de SGB no exsudado vaginal negativo. Nasceu de cesariana, com índice de Apgar 7/10. Esteve internado até aos doze dias por sépsis precoce a SGB, tendo cumprido tratamento com penicilina G (200 000U/Kg/dia) e gentamicina (4 mg/Kg/dia) durante 10 dias.

Aos 24 dias de vida foi levado ao SU por gemido e irritabilidade com algumas horas de evolução.

À admissão apresentava temperatura rectal de 37,9°C, cianose perioral e irritabilidade à manipulação.

Analicamente apresentava 10700/ul leucócitos (73,3% neutrófilos e 23,3% linfócitos), PCR negativa e exame citoquímico de líquor normal.

Nas primeiras horas de internamento verificou-se aparecimento de tumefacção na região submandibular com cerca de cinco por sete centímetros (cm) de diâmetro com sinais inflamatórios francos e adenopatias laterocervicais de um a dois cm de diâmetro, móveis e de consistência elástica pelo que se iniciou antibioterapia com flucloxacilina (120 mg/Kg/dia) e gentamicina (4 mg/Kg/dia).

Manteve-se febril, irritável e com agravamento dos sinais inflamatórios nas primeiras 24 horas de internamento. Analicamente manteve neutrofilia e apresentava PCR de 13,42 mg/dl.

Na hemocultura foi identificado SGB, pelo que se alterou flucloxacilina para penicilina G (215 000U/Kg/dia), mantendo a gentamicina. O exame cultural do líquor foi estéril.

Ficou apirético ao segundo dia, com desaparecimento dos sinais de celulite ao sexto dia. Foram efectuados catorze dias de antibioterapia dupla. Foi realizada ecografia transfontanelar que não mostrou alterações.

Com o objectivo de perceber a etiologia das duas infecções por SGB, neste segundo caso, foram realizadas culturas do exsudado vaginal, anorectal, orofaríngeo à mãe, do leite materno e culturas da orofaringe e região anal ao recém-nascido, que foram negativas. Foi também determinado a serotipagem das estirpes de SGB envolvidas. O serotipo responsável pela sépsis precoce foi o tipo VI, enquanto o serotipo envolvido na síndrome de adenite-celulite foi o tipo III.

Após a alta foi orientado para manter seguimento em consulta externa apresentando um desenvolvimento psicomotor adequado.

Discussão

A Síndrome celulite-adenite é uma forma de apresentação pouco habitual de sépsis neonatal tardia por SGB, com uma incidência que oscila entre os dois a quatro por cento segundo diferentes séries^{1,4,7,9,10}. Em Portugal num estudo que avaliou a incidência de infecção por SGB em lactentes com menos de 3 meses de idade, entre Abril de 2001 e Março 2005, envolvendo 242 casos, apenas dois se manifestaram por Síndrome de adenite- celulite¹¹. A revisão mais ampla da Síndrome de adenite-celulite consta de 32 casos com idades compreendidas entre os nove dias e as onze semanas, com afecção principalmente do sexo masculino (65-75%) e com uma idade média de início dos sintomas de cinco semanas^{1,4,7,9,10}.

O espectro clínico é muito amplo, desde quadros com sintomas subtis e pouco específicos até ao choque séptico. A forma de apresentação típica caracteriza-se por um início abrupto de febre associado a recusa alimentar ou irritabilidade e aparecimento posterior das manifestações ganglionares e cutâneas com sinais inflamatórios^{1,4,7,9,10}. Esta variabilidade de apresentação pôde-se constatar nestes lactentes, sendo que o primeiro

teve uma sintomatologia mais exuberante enquanto no segundo as manifestações foram mais subtis. A tumefacção surge de forma súbita e geralmente localiza-se na zona facial e submandibular, como foi observado nos casos descritos, mas pode aparecer em qualquer território linfático^{1,4,7,9,10}.

A etiopatogenia não está completamente esclarecida. Acredita-se que a celulite e a otite ipsilateral possam ser a forma primária da infecção, com linfangite e bacteriemia secundárias. Outra teoria defende que a colonização das mucosas por SGB está na origem da bacteriemia com posterior atingimento dos tecidos moles^{4,5,7,9}.

A teoria da colonização não pode ser afirmada em nenhum dos nossos casos. No primeiro a mãe não realizou pesquisa de SGB no exsudado vaginal. No segundo as duas infecções foram por serotipos diferentes e as colheitas realizadas nos locais habituais de colonização foram negativas.

Independentemente da patogenese, a celulite deve ser considerada como uma manifestação local de sépsis neonatal tardia constituindo um sinal de doença invasiva. Nas revisões publicadas a bacteriemia estava presente em 91% dos casos de celulite^{1,9,10} e em 83% o serotipo capsular isolado foi o tipo III^{1,4,9,10}, tal como ocorreu no segundo lactente.

Trinta e sete a 45% das sepsis neonatais tardias por SGB apresentam afecção do SNC, no entanto desconhece-se a sua prevalência nos casos de adenite-celulite, apesar de em algumas séries se estimar uma prevalência de 33-50%^{1,9,10}. Nenhum dos casos relatados teve atingimento do SNC.

O diagnóstico das lesões inflamatórias dos tecidos moles do pescoço é feito pela clínica. No entanto quer a ecografia, a TC ou a Ressonância Magnética Nuclear são bons métodos de avaliação e são particularmente úteis na delimitação da lesão bem como na diferenciação entre celulite e abscesso^{12,13}. A ecografia pelo seu baixo custo e pela sua inocuidade deve ser o exame de eleição^{12,13}. A TC poderá ser reservada aos casos com dificuldades diagnosticas pela extensão da doença nomeadamente quando se suspeita de atingimento ósseo^{12,13} como aconteceu no primeiro caso em que surgiram dúvidas quanto ao atingimento da mastóide.

O tratamento antibiótico deve ser inicialmente de largo espectro, incluindo penicilina ou ampicilina e em doses adequadas para o possível atingimento do SNC, que depois se adequarão em função do antibiograma, e da localização da infecção^{1,4,5,10}.

A evolução dos pacientes é variável, ocorrendo na maioria das vezes de forma favorável, desde que se inicie o tratamento precoce, como foi verificado em ambos os casos^{1,4,9}.

Conclusão

Em recém-nascidos e lactentes com menos de 3 meses um quadro de adenite-celulite é frequentemente uma manifes-

tação de doença invasiva a *Streptococcus agalactiae*, sendo obrigatório a realização de hemocultura e punção lombar. O reconhecimento desta entidade, bem como uma abordagem diagnóstica e terapêutica precoces é essencial para melhorar o seu prognóstico.

Referências

1. Soler PP, Monfort GR, Castells VL, Pagone TF, Serres CX, Balcells RJ. Síndrome de celulitis-adenitis por estreptococo del grupo como presentación de sepsis neonatal tardia. *An Pediatr (Barc)* 2004; 60(7):75-9.
2. Hauger SB. Facial cellulitis: An early indicator of group B Streptococcal bacteremia. *Pediatrics* 1981; 67:376-7.
3. Narchi H, Gowan-Gopal M. Late onset neonatal group B streptococcal disease: not predictable by early cultures and not preventable by early antibiotic therapy. *Case Rep Clin Pract Rev* 2002; 3:12-15.
4. Bustos R. Adenitis-cellulitis syndrome: an infrequent presentation of a late onset infection by *Streptococcus agalactiae*. *Rev Chil Pediatr* 2004; 75: 445-58.
5. López ID, Jorge JIM, Pedro EV Ayucar MM, Yandiola SO. Sepsis neonatal recorrente por estreptococo del grupo B, con un primer episodio de celulitis-adenitis. *Acta Pediatr Esp* 2006;64:290-3.
6. Martins ER, Pessanha MA, Ramirez M, Melo-Cristino J; Portuguese Group for the Study of Streptococcal Infections. Analysis of group B streptococcal isolates from infants and pregnant women in Portugal revealing two lineages with enhanced invasiveness. *J Clin Microbiol* 2007;45: 3224-9.
7. Fluegge K, Greiner P, Berner R. Late onset group B streptococcal disease manifested by isolated cervical lymphadenitis. *Arch Dis Child* 2003;88:1019-20.
8. Almeida A, Agro J, Ferreira L. Estreptococo Hemolítico do grupo B- Protocolo de rastreio e prevenção de doença perinatal. Consensos Nacionais de 2004- Secção de Neonatologia da SPP. Acessível em: http://www.spp.pt/UserFiles/File/Consensos_Nacionais_Neonatologia_2004/Estreptococo_Hemolitico_GrupoB.
9. Artigas R, Diaz G, Domingo G, Casano S, Juma K, Caritg B. Síndrome adenitis-celulitis por estreptococo del grupo B en lactentes. Un indicador de bacteriemia. *An Pediatr* 2002; 56: 251-2.
10. Albanyan EA, Baker CJ. Is lumbar puncture necessary to exclude meningitis in neonates and young infants: lessons from the group B *Streptococcus cellulitis-adenitis syndrome*. *Pediatrics* 1998;102: 985-6.
11. Neto MT. Group B streptococcal disease in Portuguese infants younger than 90 days. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 2008;93:90-3.
12. Kuhn JP. Overview of imaging procedures in the pediatric neck and thorax- Part I. In: Kuhn JP, Slovis TL, Haller JO, eds. *Caffey's: Pediatric Diagnostic Imaging*. 10th ed. Vol 1. Philadelphia: Mosby, Elsevier Inc; 2004; 767-76.
13. Effmann E. Overview of imaging procedures in the pediatric Neck and thorax- Part II. In: Kuhn JP, Slovis TL, Haller JO, eds. *Caffey's: Pediatric Diagnostic Imaging*. 10th ed. Vol 1. Philadelphia: Mosby, Elsevier Inc; 2004; 777-809.