

## Infecção por *Shigella* no Período Neonatal

F. RODRIGUES, G. MIMOSO, L. RAMOS, F. NEGRÃO, C. LEMOS, C. RAMOS

Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais  
Maternidade Bissaya Barreto  
Coimbra

### Resumo

A infecção por *Shigella* no período neonatal é muito rara, sendo o diagnóstico frequentemente difícil pela diversidade e inespecificidade dos sintomas.

Apresenta-se um caso de infecção por *Shigella* no período neonatal, que se apresentou com letargia, recusa alimentar e distensão abdominal, seguidos mais tarde de diarreia com sangue.

Apesar de arrastada, teve boa evolução.

**Palavras-Chave:** *Shigella* spp, infecção, recém-nascido, diarreia.

### Summary

#### Neonatal Shigellosis

Neonatal shigellosis is a rare disease, and its diagnosis is difficult due to the diversity of symptoms.

We report a case of neonatal shigellosis who presented with severe lethargy, poor feeding, dehydration and abdominal distention, followed later by bloody diarrhoea. Despite the persistence of symptoms and signs over a considerable period, the outcome was good.

**Key-Words:** *Shigella* spp, infection, neonate, diarrhoea.

### Introdução

As bactérias do género *Shigella* são bacilos gram-negativos da família das *Enterobacteriaceae*, estando identificadas 4 espécies: *S. sonnei*, *S. flexneri*, *S. dysenteriae*, *S. boydii* <sup>(1)</sup>.

A infecção por *Shigella* é excepcional no período neonatal mesmo em áreas endémicas <sup>(2-5)</sup>, sendo habitualmente encontrada em regiões com más condições sanitárias <sup>(4)</sup>.

A transmissão é feco-oral pensando-se que ocorre no momento do parto ou por manipulação de alimentos contaminados pela mãe <sup>(2, 4-6)</sup>, sendo a higiene deficiente um factor favorecedor da transmissão. O período de incubação é de 1 a 7 dias <sup>(1)</sup>. Os sinais clínicos iniciais são muitas vezes inespecíficos tais como distensão abdominal, recusa alimentar, irritabilidade, hipotonia e perda de peso <sup>(4, 6-8)</sup>. O diagnóstico faz-se pela coprocultura. Como complicações podem surgir meningite, septicemia e perfuração digestiva <sup>(2, 4)</sup>. O tratamento inclui correcções do equilíbrio hidro-electrolítico e antibióticos <sup>(6)</sup> sendo as cefalosporinas de 3.ª geração uma boa escolha <sup>(1, 4, 9, 10)</sup>. A resistência à ampicilina atinge 30-50% dos germens isolados nos Estados Unidos <sup>(6)</sup>.

### Caso Clínico

A.M.L. foi a segunda filha de pais jovens e saudáveis. A gravidez decorreu sem intercorrências até às 34 semanas, altura em que a mãe iniciou gastroenterite aguda febril, a motivar internamento, tendo sido medicada com neomicina e bacitracina. O parto ocorreu 3 dias depois, for fórceps. O índice de APGAR foi 6/8/9 aos 1.º, 5.º e 10.º minutos respectivamente e pesava 2555g. Após o nascimento iniciou gemido que manteve durante cerca de 1 hora, tendo depois acompanhado a mãe para a enfermaria de Recém-nascidos e Puérperas. Apesar de clinicamente estável, foi desde sempre notada dificuldade em mamar (a fazer leite materno), que se agravou no 3.º dia de vida. Nesse mesmo dia, foi também notada icterícia que aumentou rapidamente. Apresentava mau aspecto geral, sinais de desidratação, hipotonia marcada e gemido à manipulação. Na auscultação cardíaca foi notado um sopro sistólico grau II/VI e na palpação abdominal apresentava fígado palpável 3 cm abaixo do rebordo costal.

Correspondência: Dra. Conceição Ramos  
Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais  
Maternidade Bissaya Barreto  
3000 Coimbra  
Tel. 239 480 385

Aceite para publicação em 23/07/2001.

Entregue para publicação em 12/01/2001.

Foi então transferida para a Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais. Pesava menos 17% que o peso de nascimento. Colocou-se a hipótese de se tratar de uma sépsis ou cardiopatia. Efectuou alguns exames complementares de diagnóstico dos quais se destacam o hemograma com hemoglobina de 14.7 g/dl, leucócitos de  $2.3 \times 10^3/\mu\text{l}$  (neutrófilos – 900/ $\mu\text{l}$  e linfócitos – 1000/ $\mu\text{l}$ ), plaquetas de  $154 \times 10^3/\mu\text{l}$ ; proteína C reactiva de 42  $\mu\text{g/ml}$ ; sódio de 134 mmol/l, bilirrubina total de 187  $\mu\text{mol/l}$  e directa de 7  $\mu\text{mol/l}$ . Efectuou hemocultura que viria a ser negativa. Pela história materna de diarreia foi também efectuada coprocultura. A ecografia cardíaca mostrou canal arterial patente e veia cava inferior colapsada. Iniciou correcção hidroelectrolítica e tratamento com ampicilina e netilmicina, tendo ficado em pausa alimentar. Pela 3.<sup>a</sup> hora de internamento teve um episódio de apneia com bradicardia de recuperação muito difícil. Dado o mau estado geral e instabilidade hemodinâmica foi decidido não efectuar punção lombar.

Algumas horas depois iniciou dejeções frequentes, semilíquidas, com pesquisa de sangue positiva na tira de Combur® e posteriormente passaram a ter sangue vivo, tendo-se colocado a hipótese de se tratar de uma infecção por *Salmonella* ou *E. coli*. Nos dias seguintes manteve mau aspecto geral, prostração marcada e dejeções com as mesmas características. No 5.<sup>o</sup> dia de vida iniciou alimentação parenteral e no 13.<sup>o</sup> dia associou leite materno com boa tolerância. Assistiu-se a uma melhoria progressiva do estado geral, mantendo no entanto dejeções frequentes, semilíquidas, com sangue e por vezes com muco, até ao 19.<sup>o</sup> dia. Na coprocultura isolou-se uma *Shigella* spp sensível à netilmicina e cefotaxime e resistente à ampicilina. A coprocultura da mãe, efectuada no mesmo dia que a da filha foi negativa.

Teve alta ao 25.<sup>o</sup> dia de vida clinicamente bem, com peso de 2275g.

### Discussão

O mecanismo de relativa resistência do recém-nascido à infecção por *Shigella* spp é desconhecido, sendo referido por alguns autores que estará relacionado com um atraso no aparecimento de receptores para a toxina no intestino, referindo outros que o aleitamento materno poderá proteger a mucosa intestinal através do aporte de IgA secretória<sup>(3-5)</sup>.

Apesar da diarreia por *Shigella* ocorrer mais frequentemente em indivíduos vivendo em condições de salubridade deficientes, neste caso tal não se verificava, sendo o nível socio-económico desta família bom.

O diagnóstico é difícil quer pela raridade da situação, quer pela inespecificidade e diversidade da sintomatologia

neste grupo etário<sup>(5)</sup>. Estas razões levaram-nos inicialmente a colocar a hipótese de se tratar de uma sépsis ou cardiopatia. O quadro de diarreia com sangue, só se viria a instalar algumas horas mais tarde. A história materna de diarreia intra-parto ou pós-parto pode ser importante para um diagnóstico precoce<sup>(1)</sup>. No nosso caso, colocou-se a hipótese de se tratar de uma diarreia por *Salmonella* ou *E. coli*, pois são os germes mais frequentes neste grupo etário.

O diagnóstico de infecção por *Shigella* deverá no entanto ser evocado perante uma diarreia febril com sangue, no período neonatal<sup>(4)</sup>, bem como no diagnóstico diferencial num recém-nascido com sintomas abdominais e choque<sup>(6)</sup>. Embora rara, está também descrita a apresentação sob a forma de rectorragias isoladas<sup>(2)</sup>.

A sépsis na infecção por *Shigella* é rara excepto no período neonatal<sup>(6)</sup>. Ulcerações na mucosa e necrose permitem a passagem da *Shigella* para a corrente sanguínea<sup>(6)</sup>. Embora a infecção neste período corresponda apenas a 1,6% das infecções por este gérmem, 9% dos doentes com sépsis têm menos de 1 mês de idade<sup>(6)</sup>.

Esta infecção está associada a uma taxa de morbidade e mortalidade significativas<sup>(6)</sup>. Halthin e colaboradores, numa revisão da literatura, referem que numa série de 24 doentes, 5 morreram<sup>(5)</sup>. No nosso caso, apesar da evolução favorável, esta foi muito lenta mantendo um mau estado geral durante vários dias e apresentando dejeções com sangue e por vezes com muco até ao 19.<sup>o</sup> dia de vida.

As coproculturas maternas são frequentemente negativas<sup>(4)</sup>, tal como aconteceu no nosso caso. No entanto, como foi referido previamente, a mãe tinha sido medicada com antibiótico 3 dias antes do parto.

Em conclusão, o diagnóstico de infecção por *Shigella* no período neonatal é difícil. Embora se trate de uma situação rara, associa-se a elevada morbidade e mortalidade, devendo como tal ser considerada no diagnóstico diferencial em recém-nascidos com choque com sintomatologia abdominal e/ou diarreia com sangue. Uma história de diarreia materna intra ou pós-parto pode ajudar no diagnóstico.

### Bibliografia

1. American Academy of Pediatrics. *Shigella*. In: Peter G, ed. 1997 Red Book: Report of the Committee on Infectious Diseases. 24th ed. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics; 1997: 509-11.
2. Moreno L, Turck D, Manouvrier-Hanu S, Farriaux. La shigellose néonatale. Une cause rare de rectorragies. Presse Med 1988; 17: 485-6.
3. Mobassaleh M, Donohue-Rolfe A, Jacewicz M, Grand RJ, Keush GT. Pathogenesis of *Shigella* Diarrhoea: Evidence for a Developmentally Regulated Glycolipid Receptor for *Shigella* Toxin Involved in the Fluid Secretory Response of Rabbit Small Intestine. *J Infect Dis* 1988; 157: 1023-31.

4. Mookhtari M, Gourrier E, El Hanache A, Wood C. Les Shigelloses néonatales. *Arch Fr Pediatr* 1993; 50: 509-11.
5. Halthin KC. Neonatal Shigellosis. Report of 16 cases and review of the literature. *Am J Dis Child* 1967; 114: 603-11.
6. Lett DW, Marsh D. Shigellosis in a Newborn. *Am J Perinatol* 1993; 10: 58-9.
7. Levin SE. Shigella septicemia in the newborn infant. *J Pediatr* 1976; 71: 917-8.
8. Kraybill EN, Controni G. Septicemia and enterocolitis due to Shigella Sonnei in a newborn infant. *Pediatrics* 1968; 42: 529-31.
9. Varsano I, Eidlitz-Marcys T, Nussinovitch M, et al. Comparative efficacy of ceftriaxone and ampicilin for treatment of severe shigellosis in children. *J Pediatr* 1991; 118: 627-32.
10. Tauxe RV, Puhr ND, Wells JG, et al. Antimicrobial resistance of Shigella isolates in the USA: The importance of international travellers. *J Infect Dis* 1990; 162: 1107-11.

