



MENINGITE POR STREPTOCOCCUS BETA HEMOLÍTICO DO GRUPO B EM NEONATO: UM RELATO DE CASO.

SOUZA; Nicole Mesquita ¹, ESQUIA; Isabella Urdangarin ², FRANTZ; Carolina ³, SANTOS; Luciana Silva dos ⁴, PAVECK; Pâmela de Souza Matos ⁵, RODRÍGUEZ; Pedro Juan Lawisch ⁶, NUNES; Stéphanie Nascente ⁷, TORRIANI; Luiza Dalla Vecchia ⁸, OLIVEIRA; Carla de ⁹, KURTZ*; Tatiana ¹⁰

RESUMO

INTRODUÇÃO: A meningite é uma infecção das membranas leptomeníngeas e do espaço subaracnóide, capaz de atingir o sistema nervoso central, levando a complicações graves e letalidade. Os microorganismos envolvidos são variáveis, sendo as bactérias relacionadas a processos agudos. Em neonatos, devemos atentar para os agentes comumente encontrados na microbiota gastrointestinal e genitourinária materna. **OBJETIVOS:** Descrever o caso e a evolução de paciente internado com meningite por Streptococcus beta hemolítico B. **DESCRIÇÃO DO CASO:** M.G.K, feminina, 22 dias de vida, interna por choro, sonolência, recusa de aleitamento materno, afebril. Pré-natal sem intercorrências, pesquisa de Streptococcus B não realizada, parto cesáreo, a termo. Exame físico: REG, anictérica, eupneica, fontanela anterior tensa e abaulada, desvio do olhar e desidratada grau 2, hemoglicoteste 62 mg/dL. Iniciada hidratação parenteral e coleta de exames: líquido turvo, proteínas 372 mg/dL, glicose 40 mg/dL, proteína C reativa 0,6, lactato 8,6, hemácias 180, células 9.500, sendo 93% neutrófilos, bacterioscopia evidenciou coco gram positivo. Hemograma: leucocitose com desvio à esquerda (Rodwell 5, determinando um alto risco para desenvolvimento de sepse neonatal); Proteína C reativa elevada; Rx de tórax normal. Iniciado oxigênio suplementar; antibioticoterapia empírica Ampicilina 300mg/kg/dia e Cefepime 100 mg/kg/dia. Hemocultura e Urocultura: ausência de microorganismos. Cultural líquido: Streptococcus beta hemolítico B, sensível ao tratamento proposto, 14 dias de antibioticoterapia e controle liquorico evidenciando cura do processo infeccioso. Avaliação neuropediátrica: Tomografia Computadorizada Crânio normal. **DISCUSSÃO:** A infecção fetal ou neonatal por Streptococcus beta hemolítico B (EGB) pode cursar com meningite. Em 7% dos casos a contaminação ocorre precocemente e em cerca de 30% tardiamente. A precoce ocorre por meio da infecção intra amniótica, por ruptura de membranas, ou pela passagem pela vagina, sendo a colonização materna por EGB o principal fator de risco. Com a pesquisa desse patógeno durante o pré-natal a gestante pode ser profilaticamente tratada com antimicrobiano intraparto (penicilinas) e antisepsia do canal de parto com clorexidina, diminuindo a contaminação fetal. Na tardia o neonato adquire o EGB de contatos domiciliares colonizados. Os sinais clássicos de meningite são fontanela abaulada, achados neurológicos focais e rigidez de nuca, entretanto essa última pode não ser identificada em neonatos. Deve-se atentar para outros sinais, como febre, irritabilidade, choro persistente e recusa alimentar. O diagnóstico, realizado através da punção lombar com coleta de líquido cefalorraquidiano (LCR) para análise de cultura e alterações liquoricas, como hiperproteínoorraquia, hipoglicorraquia, aumento da contagem de células, com predomínio

¹ Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC), nicolemsouza6@gmail.com

² Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC), esquia@mx2.unisc.br

³ Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC), carolinafrantz@mx2.unisc.br

⁴ Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC), lsantos1@mx2.unisc.br

⁵ Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC), pamelasmpaveck@gmail.com

⁶ Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC), juan@mx2.unisc.br

⁷ Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC), stephanienascente@outlook.com

⁸ Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC), lu_torriani@hotmail.com

⁹ Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC), carlaoliveira4@mx2.unisc.br

¹⁰ Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC), kurtz@unisc.br

de neutrófilos. Além disso, solicita-se hemograma completo que geralmente apresenta leucocitose com desvio à esquerda, hemocultura, cultura de urina e raio-x de tórax. Cuidados de suporte ventilatório e reposição de líquidos se necessários. Com a hipótese diagnóstica estabelecida, inicia-se terapia antimicrobiana empírica com: ampicilina, aminoglicosídeo (gentamicina) e uma cefalosporina de espectro expandido (cefotaxima ou cefepime). Na terapia definitiva após reconhecimento do EGB, opta-se por ampicilina ou penicilina G por 14 a 21 dias. Para monitorização da resposta à terapia é necessário avaliar: sinais clínicos, a necessidade de suporte hemodinâmico e ventilatório, hemocultura e a punção lombar em 24-48h para comprovação da esterilização do LCR. Um estudo por neuroimagem deve ser realizado 48-72h antes do término previsto da terapia em todos os neonatos com meningite bacteriana confirmada, e pode demonstrar o grau de edema cerebral, infarto, abscesso e coleções de fluidos subdurais. O seguimento após a alta envolve o monitoramento da audição, visão e desenvolvimento. **CONCLUSÃO:** As taxas de mortalidade de meningite neonatal por EGB variam de 6% a 11%, e as sequelas a longo prazo, como paralisia cerebral, deficiência intelectual, convulsões, perda auditiva e deficiência visual, ocorrem em aproximadamente 30% dos sobreviventes. Dessa forma, deve-se adotar medidas de prevenção da transmissão vertical, além de diagnosticar rápida e corretamente, a fim de aumentar a sobrevida e mitigar as consequências da doença.

PALAVRAS-CHAVE: Meningite bacteriana, Infecção Estreptocócica do Grupo B, Neonatologia