

MENINGITE POR *LISTERIA* EM CRIANÇA IMUNOCOMPETENTE DE 8 MESES DE IDADE

Felipe Augusto Souza Gualberto*; Paula Pinhão Coelho, Yu Ching Lian
Instituto de Infectologia Emílio Ribas (IIER)

Introdução

A meningite causada por *Listeria* geralmente é diagnosticada em crianças no período neonatal, em idosos e pacientes com imunodeficiência. Esporadicamente há relatos de casos em crianças fora dessas condições, que apresentam grande dificuldade diagnóstica. Esses casos podem evoluir de modo desfavorável devido a terapia empírica para meningites bacterianas não incluir o tratamento de *Listeria*.

Relato do Caso

I.R.G., 7 meses e 28 dias, branca, lactente, natural e procedente de São Paulo/SP.

HMA: Criança previamente hígida, há 6 dias com quadro de febre, alternância de hipoatividade e irritabilidade, inapetência e vômitos que vinham evoluindo com piora progressiva. Negava outros sinais e sintomas associados ao quadro.

Mãe nega internações prévias, cirurgias, transfusões. Nascida de parto cesáreo devido pré-eclâmpsia, a termo com 39 semanas, APGAR (9, 10). Mãe G1P1, realizou pré-natal com 8 consultas, sem outras intercorrências durante a gestação, parto ou puerpério. Sorologias do pré-natal sem alterações. Mãe não realizou pesquisa de estreptococos beta-hemolítico na gestação.

Negava uso de medicamentos e alergias. Vacinação adequada. Desenvolvimento neuropsicomotor e social normal para idade. Sem antecedentes epidemiológicos significativos, não frequentava creche. Já se alimentava de laticínios (iogurte, queijo, presunto)

Exame físico: Criança em REG, corada, hidratada, anictérica e acianótica, sem edemas ou linfadenomegalias. PA: 90 x 60 mmHg; FC=FP: 120 bpm; FR: 54 irpm; Tx: 37,8°C; P: 7,2 Kg (P%20); A: 66 cm (P%20)

SN: Rigidez de nuca presente, sem outros sinais meníngeos. Sonolenta, hipoativa, pouca interação com o examinador. PC: 46 cm (P%95)

Sem alterações em demais órgãos e sistemas.

Exames iniciais

Admissão IIER		LCR (Outro Serviço)	LCR IIER (4º dia)
Hm: 3,9 x 10 ⁶ /mm ³	Cr: 0,3; Ur: 25 mg/dL	25.600 céls.	405 células
Hb: 10,4 g/dL	Na: 138; K: 5,0 mmol/L	(95% N / 3% M/2% L)	(62% N/ 15% M/22% L)
Ht: 32 %	AP: 44 %; RNI: 1,87; TTPA 58,7 s (1,72x)	Prot: 542 mg/dL	Prot: 173 mg/dL
Leuco: 26.500/mm ³ (1 M/ 4 B / 65 S / 22 L / 2 E / 7 M%)	Lactato Arterial: 2,1 mmol/L AST: 42; ALT: 95 U/L	Glic.: 0 mg/dL Gram sem Bactérias	Glic: 36 mg/dL Gram sem Bactérias
Plaq: 442.000/mm ³	PCR: 19,1 mg/dL	Látex* neg.	Látex* neg.

Tab. 1: Exames laboratoriais

* Látex para *Meningococo*, *Pneumococo* e *Haemophilus*

Evolução

Admitida em outro serviço e encaminhada para IIER após dose de Ceftriaxona e Dexametasona. Após 4 dias de antibiótico a criança não apresentava melhora do quadro. Realizada TC de crânio (sem alterações) e novo líquido (vide Tab.1). Associado Vancomicina ao esquema com discreta melhora clínica. Gram da cultura do LCR revelou bacilos gram positivo (4 dias após coleta), sendo foi associado ampicilina ao esquema com melhora importante do quadro. Em dois dias cultura confirmou *Listeria sp.* e foram retiradas a Vancomicina e Ceftriaxona.

Realizado 21 dias de Ampicilina com melhora total da criança, sem sequelas (2 anos de acompanhamento).

Pesquisa de imunodeficiências humorais e celulares sem alterações**.

Pesquisa de *Listeria* em cultura de fezes e swab perineal da mãe negativa.

** Determinação de subpopulações linfocitárias, dosagem de imunoglobulinas, atividade do sistema complemento e células NK.

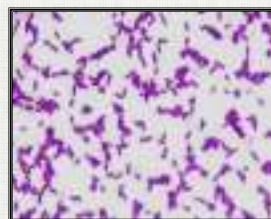


Fig. 1: Gram da cultura de líquido revelando bacilos gram positivo, que posteriormente foi confirmado como sendo *Listeria sp.*

Comentário

São infrequentes os relatos de *Listeria* como causa de meningite em crianças imunocompetentes fora do período neonatal. Pediatras devem estar atentos para essa etiologia em casos em que outras causas etiológicas são afastadas e não há melhora clínica com terapêutica empírica. No caso descrito a hipótese aventada para aquisição da infecção foi a ingestão de laticínios pela criança, uma vez que a *Listeria* é um contaminante frequente desses alimentos.



* Correspondência para autor:

felipegualberto@gmail.com

Referências Bibliográficas

- Pattarino G, Arrigoni S, et al. A case of *Listeria monocytogenes* meningitis in an immunocompetent infant. *Minerva Pediatr.* [2006]; 58(4):391-4.
- Lalloo UG, Coovadia YM, et al. *Listeria monocytogenes* meningitis at King Edward VIII Hospital, Durban. A 10-year experience, 1981-1990. *S Afr Med J.* [1992]; 81(4):167-9.
- Tim MW, Jackson MA, et al. Non-neonatal infection due to *Listeria monocytogenes*. *Pediatr Infect Dis.* [1984]; 3(3):213-7.

- Flodrops H, Houdon L, et al. Lymphocytis meningitis: *Listeria monocytogenes* is a potential risk in a immunocompetent child. *Arch Pediatr.* [2005]; 12(11):1620-3.
- V Seidel Padilla, A Martinez-Roig, et al. Meningitis por *Listeria monocytogenes* en una niña immunocompetente. *An Pediatr (Barc)* [2004]; 60(2):184-93
- Schneeberger P, Slutter E, et al. *Listeria monocytogenes* during treatment of a meningococcal meningitis in an immunocompetent infant. *Scand J Infect Dis* [1996]; 28: 525-6
- Southwick FS, Purich DL. Intracellular pathogenesis of listeriosis. *N Engl J Med* [1996]; 334:770-6.