

ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE
VITÓRIA - EMESCAM

GUILHERME COUTINHO DE OLIVEIRA
RAFAEL ROCHA DE LIMA
VICTOR ROCHA DE CASTRO ALVES

CONJUNTIVITE GONOCÓCICA NEONATAL: RELATO DE CASOS

VITÓRIA
2014

GUILHERME COUTINHO DE OLIVEIRA
RAFAEL ROCHA DE LIMA
VICTOR ROCHA DE CASTRO ALVES

CONJUNTIVITE GONOCÓCICA NEONATAL: RELATO DE CASOS

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do grau de médico.

Orientador(a): Prof^a. Dr^a. Andrea Lube Antunes de S. Thiago Pereira

VITÓRIA
2014

GUILHERME COUTINHO DE OLIVEIRA
RAFAEL ROCHA DE LIMA
VICTOR ROCHA DE CASTRO ALVES

CONJUNTIVITE GONOCÓCICA NEONATAL: RELATO DE CASOS

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Medicina da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do grau de médico.

Aprovado em _____ de _____ de 20_____

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof.(a) Dr.^a Andrea Lube Antunes de S. Thiago Pereira
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de
Misericórdia de Vitória – EMESCAM
Orientador(a)

Prof.(a) Dr.^a Maria das Graças Silva Mattede
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de
Misericórdia de Vitória – EMESCAM

Prof.(a) Dr.^a Célia Regina Trindade
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de
Misericórdia de Vitória – EMESCAM

Dedico este trabalho a Deus, que iluminou meu caminho durante esta caminhada.

Aos meus familiares pelo apoio incondicional. À Letícia, por todo o suporte.

Guilherme Coutinho de Oliveira

Dedico este trabalho a Deus, por ter me capacitado e guiado durante sua elaboração. À minha família, por todo suporte, compreensão e paciência que a mim sempre dedicaram. Ao Guilherme e Victor por terem superado mais essa etapa da minha formação comigo.

Rafael Rocha de Lima

Dedico este trabalho, primeiramente, a Deus, por tê-lo tornado possível. Aos meus pais e à minha irmã, por todo apoio, nesse e em todos os momentos da minha formação e da minha vida. E aos meus colegas Guilherme e Rafael, por terem me acolhido e me acompanhado nessa jornada. Obrigado pela confiança!

Victor Rocha de Castro Alves

AGRADECIMENTOS

Agradecemos a Deus, por ter nos guiado e iluminado em cada passo dessa jornada.

Aos nossos pais, pela dedicação incondicional e apoio à nossa formação médica e pessoal.

Aos nossos irmãos, por toda paciência e confiança.

Aos nossos amigos, pelo companheirismo e todo o suporte.

À professora Dra. Andrea Lube Antunes de S. Thiago Pereira por toda orientação e apoio na elaboração deste trabalho.

Às professoras Diana de Oliveira Frauches, Maria das Graças Silva Mattede e Patrícia Casagrande Dias de Almeida por toda contribuição.

Agradecemos ainda aos pacientes e seus responsáveis, por tornarem possível o relato destes casos, contribuindo para um importante ganho de conhecimento científico acerca do tema.

“Por vezes sentimos que aquilo que fazemos não é senão uma gota de água no mar.

Mas o mar seria menor se lhe faltasse uma gota.”

Madre Teresa de Calcutá

RESUMO

A conjuntivite gonocócica neonatal é uma doença aguda, pouco incidente em países desenvolvidos, causada por um diplococo Gram-negativo anaeróbio facultativo, a *Neisseria gonorrhoeae*. Essa condição apresentou decréscimo drástico em sua incidência a partir dos anos 1880 com a introdução por Credé de um método preventivo que originou as técnicas profiláticas utilizadas até hoje. Sua transmissão se dá, principalmente, na exposição do feto ao canal cervical com exsudato contaminado durante o parto vaginal. Clinicamente se manifesta por eritema, quemose e presença de secreção purulenta oculares, bilateralmente. A confirmação diagnóstica é feita a partir da detecção à microscopia de diplococos Gram-negativos intracelulares. No tratamento preconizado utiliza-se Ceftriaxona endovenosa ou intramuscular, sendo, ainda, recomendada a irrigação conjuntival com soro fisiológico a cada hora. Complicações ocorrem na vigência de demora no início do tratamento e incluem perfurações de córnea, iridociclite, sinéquias e até cegueira. Sua profilaxia no Espírito Santo, recomendada pela Secretaria Estadual de Saúde, é realizada através da instilação de iodopovidona nos olhos do recém-nascido logo após o parto. A iodopovidona é um agente comprovadamente eficaz na profilaxia e não há ocorrência de importante número de casos desde a sua instituição para esse fim. Isso demonstra a relevância de relatar-se dois novos casos dessa afecção, registrados concomitantemente em um mesmo hospital, a fim de discutir a eficácia da técnica profilática utilizada, com base em dados de prontuários avaliados de forma retrospectiva. Diante dos resultados obtidos após relatos e revisão de literaturas fica clara a real eficácia da profilaxia preconizada e, ainda, demonstra-se a importância do diagnóstico precoce e da prevenção através de consultas pré-natais a se somarem à própria profilaxia na redução cada vez mais significativa da incidência dessa afecção.

Palavras-chave: Conjuntivite. Gonococo. Recém-nascido

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Diplococos Gram-negativos intracelulares visualizados à microscopia óptica.....	21
Figura 2 – Diplococos Gram-negativos intracelulares visualizados à microscopia óptica.....	21
Figura 3 – Diplococos Gram-negativos intracelulares visualizados à microscopia óptica.....	23

SUMÁRIO

	Página
1 INTRODUÇÃO.....	9
1.1 OBJETIVOS.....	10
1.1.1 Objetivo Geral.....	10
1.1.2 Objetivos Específicos.....	10
1.2 JUSTIFICATIVA.....	10
2 CONJUNTIVITE GONOCÓCICA NEONATAL.....	11
2.1 REVISÃO DE LITERATURA.....	11
2.1.1 Epidemiologia.....	11
2.1.2 Agente etiológico.....	12
2.1.3 Transmissão e Etiopatogenia.....	12
2.1.4 Manifestações clínicas.....	13
2.1.5 Diagnóstico.....	13
2.1.6 Tratamento.....	14
2.1.6 Complicações.....	15
2.1.8 Profilaxia.....	15
3 METODOLOGIA.....	18
3.1 TIPO DE ESTUDO.....	18
3.1.1 Aprovação no Comitê de Ética.....	18
3.1.2 Técnica de coleta de dados.....	18
3.1.2.1 Revisão do prontuário.....	18
3.1.2.2 Pesquisa bibliográfica.....	18
3.2 LOCAL DE ESTUDO.....	19
3.3 PERÍODO DE ESTUDO.....	19
4 RELATO DE CASO.....	20
4.1 RECÉM-NASCIDO DE KSD.....	20
4.2 RECÉM-NASCIDO DE DLL.....	22
5 DISCUSSÃO.....	24
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	26
REFERÊNCIAS.....	27
ANEXOS.....	30
ANEXO A: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	31

1. INTRODUÇÃO

A conjuntivite gonocócica neonatal é, geralmente, uma doença aguda e se manifesta entre 2 a 5 dias após o nascimento sendo causada, em geral, pela exposição do feto ao exsudato cervical infectado no momento do nascimento.¹

Sua prevalência entre recém-nascidos depende da prevalência de infecção gonocócica entre gestantes, do rastreamento da gonorréia nesse grupo e da realização de profilaxia nos recém-nascidos.¹ Após o surgimento da profilaxia, através do Método de Credé, houve comprovada redução na incidência da oftalmia neonatal. Estima-se que nos países em desenvolvimento a incidência varie entre 5 a 50 por 1.000 nascidos vivos, enquanto em países industrializados as taxas variam entre 0,1 e 0,6 por 1.000 nascidos vivos.²

O agente etiológico, a *Neisseria gonorrhoeae*, também chamada de Gonococo, é um diplococo Gram-negativo anaeróbio facultativo. É corado pelo método de Gram, apresentando-se como duas estruturas reniformes justapostas no espaço extracelular e/ou no citoplasma dos polimorfonucleares.^{3, 4} O agente ataca a mucosa ocular, causando supuração aguda que pode levar a invasão tecidual.

O quadro clínico se caracteriza pelo envolvimento de ambos os olhos com inflamação leve e presença de secreção serossanguinolenta, que pode evoluir para secreção mais espessa e purulenta ou mucopurulenta, além de eritema, quemose da conjuntiva e edema intenso das pálpebras.^{2, 5, 6, 7} Caso haja demora na aplicação do tratamento adequado, a infecção pode causar lesões irreversíveis, como a cegueira.^{1, 2, 6, 8, 9}

Diante disso, torna-se importante o diagnóstico laboratorial dessa morbidade através da pesquisa com visualização direta do microrganismo em esfregaço da secreção ocular e culturas em meios adequados para o crescimento do agente etiológico.^{1, 9, 10, 11, 12} Portanto, é necessário avaliar devidamente a história clínica, epidemiológica e usar os testes diagnósticos na suspeita dessa patologia, para evitar o atraso no tratamento. A aplicação da terapêutica adequada é fundamental para prevenir a progressão de agravos e sequelas.^{1, 2, 6, 8, 9}

1.1 OBJETIVOS:

1.1.1 Objetivo geral:

Levantar o questionamento sobre a eficácia da profilaxia da infecção oftálmica neonatal com iodopovidona (PVPI) ocular tópico visto que, no Estado do Espírito Santo, essa substância é utilizada no protocolo de profilaxia preconizado pela Secretaria Estadual de Saúde.

1.1.2 Objetivos específicos:

- Relatar dois casos de pacientes com o diagnóstico confirmado por estudo microbiológico de conjuntivite gonocócica neonatal, para apresentação e divulgação de conhecimento científico aos profissionais da área e demais interessados.
- Realizar revisão de literatura sobre o tema abordado, enfocando a discussão sobre diagnóstico, tratamento e prevenção.

1.2 JUSTIFICATIVA:

Considerando que os casos de conjuntivite gonocócica neonatal são cada vez menos frequentes dentre todos os casos de conjuntivite neonatal precoce e considerando que a profilaxia recomendada pela Secretaria Estadual de Saúde do Espírito Santo é realizada com PVPI em todos os recém-nascidos, despertou-se o interesse em ampliar o conhecimento acerca do tema e avaliar se a profilaxia preconizada está sendo eficaz.

2. CONJUNTIVITE GONOCÓCICA

2.1 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

2.1.1 Epidemiologia

A conjuntivite neonatal (oftalmia neonatorum) é adquirida, normalmente, durante o parto vaginal e reflete doenças sexualmente transmissíveis predominantes na comunidade. Em 1880, 10% das crianças européias contraíam conjuntivite gonocócica ao nascimento, sendo essa a principal causa de cegueira naquele período. A epidemiologia dessa condição se alterou de forma drástica nos anos 1880, quando Carl S. F. Credé relatou que solução de nitrato de prata 2% instilada nos olhos de recém-nascidos reduziria sua incidência de 10 para 0,3%. Durante o século XX, a incidência de oftalmia neonatal diminuiu nos países industrializados em consequência do uso difundido da profilaxia com o nitrato de prata e da triagem pré-natal com o tratamento da gonorréia materna.^{9, 12}

Atualmente, poucos são os casos relatados de conjuntivite neonatal causada pelo *N. gonorrhoeae*. Um estudo realizado na Argentina com 332 casos de conjuntivite neonatal utilizou métodos microbiológicos específicos para detectar o Gonococo e *Chlamydia trachomatis*, encontrando a presença microbiana em 50% dos casos, porém em nenhum deles foi encontrado o Gonococo. O estudo mostrou ainda um declínio no número total de casos de conjuntivite neonatal.¹³ Segundo o Ministério da Saúde, estima-se que nos países em desenvolvimento a incidência de oftalmia neonatal gonocócica varie entre 5 e 50 por 1.000 nascidos vivos, enquanto em países industrializados, as taxas de variam entre 0,1 e 0,6 por 1.000 nascidos vivos.²

2.1.2 Agente etiológico

A *Neisseria gonorrhoeae* é um diplococo Gram-negativo anaeróbio facultativo. Não possui uma cápsula verdadeira na sua superfície, mas possui uma estrutura semelhante à cápsula com carga negativa. Em sua superfície externa, estão presentes múltiplos antígenos que contribuem para a virulência do gonococo, sendo eles o pili, proteínas Por, Opa, Rmp e receptoras de transferrina, lactoferrina e hemoglobina; lipo-oligossacáride; proteases-imunoglobulina e Beta-lactamase.^{3, 4}

Na bacterioscopia corada pelo método de Gram, apresenta-se como duas estruturas reniformes justapostas, quase sempre agrupadas em massa no espaço extracelular e/ou no citoplasma dos polimorfonucleares abundantes.³

Na cultura, após 48 horas em meio enriquecido, como o meio de Thayer-Martin modificado, os Gonococos formam colônias mucóides convexas, elevadas e brilhantes, com diâmetro entre 1 a 5 mm, sendo transparentes ou opacas, não pigmentadas e não hemolíticas. Crescem melhor em ambiente com temperatura entre 35°C e 37° C, em atmosfera úmida e suplementada com CO₂.¹⁴

2.1.3 Transmissão e Etiopatogenia

No recém-nascido, a sementeira da conjuntiva se faz na passagem no canal cervicovaginal da parturiente infectada, muito raramente antes do nascimento e por exceção após o parto. Como o período de incubação do *N. gonorrhoeae* é de 2-5 dias, a infecção gonocócica pode estar presente no momento do nascimento ou pode ser retardada após 5 dias de vida. Outra forma de transmissão se dá através de inoculação por dedos contaminados de adultos.^{5, 9, 12}

Dados do Ministério da Saúde informam que o risco de transmissão de infecção gonocócica, em partos vaginais, para o recém-nascido, causando conjuntivite, é de 50%.²

Os recém-nascidos com alto risco de conjuntivite gonocócica são os que não recebem a profilaxia pós-parto e aqueles cujas mães não receberam acompanhamento pré-natal ou que possuem história de DST's e de abuso de substâncias.¹

Os Gonococos atacam a mucosa ocular, causando supuração aguda que pode levar a invasão tecidual. Esse processo é seguido de inflamação crônica e fibrose.¹⁴

2.1.4 Manifestações clínicas

O quadro clínico inicia-se em um olho e rapidamente envolve ambos os olhos, manifestando-se, geralmente, com uma inflamação leve e presença de secreção serossanguinolenta. Dentro de 24 horas, em geral, a secreção se torna mais espessa e purulenta ou mucopurulenta e podem surgir eritema, quemose da conjuntiva e edema intenso das pálpebras. Os casos de conjuntivite severa que se desenvolvem na primeira semana de vida são, mais provavelmente, de origem gonocócica.^{2, 5, 6, 7}

2.1.5 Diagnóstico

O diagnóstico baseia-se nos achados clínicos e laboratoriais, cuja realização é obrigatória. Há grande suspeita de conjuntivite gonocócica quando diplococos gram-negativos intracelulares são identificados através da microscopia do exsudato conjuntival, fato que por si só já justifica o início do tratamento, mesmo antes de resultados de culturas, o que também se aplica aos casos de recém-nascidos com alto risco para conjuntivite gonocócica em que se encontra um ou mais leucócitos polimorfonucleares no esfregaço.^{1, 9, 10, 11, 12}

É importante considerar que, na suspeita da presença de Gonococo, deve-se proceder a cultura de orofaringe, urina, canal anal, líquido e sangue além de

avaliar infecção conjuntival concomitante por *Chlamydia trachomatis*, sendo a cultura considerada o padrão ouro para este diagnóstico.¹⁰ Em todos os casos de conjuntivite neonatal, culturas para *Neisseria gonorrhoeae* do exsudato conjuntival devem ser realizadas e a susceptibilidade a antibióticos testada, levando-se em conta a importância social e para a saúde pública desse diagnóstico.^{1,2}

Faz-se necessário levar em conta, ainda, as causas não gonocócicas de conjuntivite precoce neonatal, que incluem agentes como *Moraxella catarrhalis* e outras espécies de *Neisseria*, indistinguíveis do *N. gonorrhoeae* ao esfregaço corado pelo método de Gram, mas que são identificáveis em laboratórios de microbiologia.¹

2.1.6 Tratamento

O tratamento preconizado para esta patologia é feito com Ceftriaxona endovenosa ou intramuscular, na posologia de 25-50mg por kg em dose única, não excedendo 125mg.^{1, 2, 9} A administração da droga deve ser feita de forma cautelosa em recém-nascidos com hiperbilirrubinemia, e em especial nos prematuros.¹ Como o exsudato gonocócico contém toxinas de bactérias vivas, sugere-se o uso de solução de cloreto de sódio a 0,9% cerca de 50 ml a cada hora, para a irrigação da conjuntiva e aplicação de pomada de ciprofloxacina ou bacitracina local.^{9, 11}

Recomenda-se também que todos os recém-nascidos portadores de conjuntivite gonocócica recebam tratamento específico para *Chlamydia trachomatis* com uso oral de eritromicina.¹¹

O seguimento deve ser feito em regime hospitalar, com investigação de infecção disseminada (artrites, meningites e sepse).¹

2.1.7 Complicações

O diagnóstico e tratamento da conjuntivite gonocócica neonatal são de extrema importância. A demora na aplicação da abordagem terapêutica adequada pode promover a disseminação do microrganismo no indivíduo afetado, envolvendo camadas mais profundas da conjuntiva e da córnea. As complicações incluem ulceração e perfuração de córnea com possível cegueira, iridociclite, sinéquia anterior e, raramente, pan-oftalmite. Além disso, a infecção gonocócica em si pode acarretar manifestações graves em outros sítios, como artrites, meningite e até sepse.^{1, 2, 6, 8, 9}

2.1.8 Profilaxia

Um aspecto relevante no que diz respeito abordagem da conjuntivite neonatal é a profilaxia. Está claro que ela possui maior custo-benefício que o diagnóstico precoce e tratamento, especialmente em áreas onde a disponibilidade de medicamentos eficazes é baixa.⁸ Para prevenir a conjuntivite gonocócica neonatal, um agente profilático deve ser aplicado nos olhos do recém-nascido¹, sendo este procedimento recomendado por lei no Brasil, conhecido como “Método de Credé”, regulamentado pelo Decreto no 9.713 de 1977 e alterado pelo Decreto no 19.941 de 1982, através do qual se indica a instilação uma solução de nitrato de prata a 2% nos olhos do recém-nascido.^{15, 16}

O nitrato de prata, porém, tem sido responsabilizado por casos de conjuntivite química, como exemplifica a revisão dos dados do Setor de Farmacovigilância do Centro de Vigilância Sanitária da Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo, de 1º de março de 2003 a 31 de março de 2004, que descreve 622 casos de conjuntivite química ocorridas após a administração de nitrato de prata como profilaxia da conjuntivite infecciosa neonatal, sendo essa a reação adversa ocular mais frequentemente notificada; em 536 casos (86,2%) esse diagnóstico foi o único dado notificado.¹⁵

Um estudo de 2009, realizado em Florianópolis, indicou que a iodopovidona a 2,5% e o vitelinato de prata a 10% também podem causar conjuntivite química, porém não houve levantamento de dados adequado para averiguar essas informações.¹⁵

No que diz respeito à eficácia dos agentes profiláticos em impedir a oftalmia neonatorum, estudos têm demonstrado que, quando consideram-se todos os agentes etiológicos possíveis causadores dessa afecção, a iodopovidona tem se mostrado mais eficaz, visto que apresenta maior redução do risco de oftalmia, além de causar menor toxicidade.^{17, 18} Em contrapartida, quando considera-se apenas o *N. gonorrhoeae*, essa diferença não é observada.¹⁹

Visando aumentar a eficácia da profilaxia, Isenberg SJ *et al* propôs uma abordagem de dupla aplicação do agente profilático, uma no nascimento e outra na alta ou 24h após o parto, o que ocorresse primeiro. Os resultados, porém, mostraram que não existe diferença estatisticamente significativa nas duas abordagens.²⁰

Atualmente a Agência Nacional de Vigilância Sanitária indica o nitrato de prata e a iodopovidona para a profilaxia da oftalmia neonatal, porém não menciona o uso do vitelinato de prata. Conforme sua resolução RDC no 222, de 29 de julho de 2005, a iodopovidona de 1% a 5%, em solução oftálmica, está indicada para prevenção da oftalmia gonocócica, logo após o nascimento, na posologia de uma ou duas gotas em cada olho. Deve-se considerar ainda as seguintes advertências: desprezar a solução após 30 dias da abertura do frasco; suspender o uso se houver mudança no odor ou na coloração da solução; evitar o contato do conta-gotas com os dedos e com as superfícies das pálpebras ou do olho do recém nascido e, por fim, manter fora do alcance de crianças. Além disso, deve-se armazenar e conservar a solução em recipientes feitos com material adequado, de plástico opaco, providos de conta-gotas, bem fechados, ao abrigo da luz e à temperatura ambiente.¹⁵

Porém, mesmo com a ausência de grandes pesquisas sobre o tema, um estudo de 2011 afirma que, entre os métodos de prevenção utilizados, dentro dos conhecimentos atuais, o mais adequado ainda é a iodopovidona a 2,5%. Com isso, a Secretaria de Saúde do Estado do Espírito Santo determinou a utilização desse

método como o oficial para a prevenção da conjuntivite neonatal em toda a rede pública e conveniada.¹⁶

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

O tipo de estudo trata-se de um modelo descritivo, qualitativo, de relato de caso, retrospectivo com base em dados obtidos em prontuário médico fornecido por um hospital escola.

3.1.1 Aprovação no Comitê de Ética

O projeto do presente trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM), no dia 26/08/2014, com o número de parecer 766.392.

3.1.2 Técnica de Coleta de Dados

3.1.2.1 Revisão do Prontuário

Aguardou-se a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa para, a partir de então, resgatarmos os prontuários dos pacientes no sistema informatizado do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória a fim de realizar a revisão desse documento para o relato de caso, com consulta da anamnese, exame físico e exames complementares.

3.1.2.2 Pesquisa Bibliográfica

Para execução do trabalho foi realizada busca de relatos de casos e artigos de revisão na base de dados BIREME, utilizando como palavras-chave os descritores “conjuntivite”, “neonatal”, “gonocócica”, “gonococcal”, “conjunctivitis”, “recém-nascido” e “neonatorum”. Foram selecionados artigos de 1989 a 2014, em português e inglês. Foram utilizados também livros-texto de pediatria, neonatologia e clínica-médica.

3.2 LOCAL DE ESTUDO

Este estudo foi elaborado no Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória, localizado na Rua Doutor João dos Santos Neves, 143, Vitória, ES.

3.3 PERÍODO DE ESTUDO

Este estudo foi iniciado após a devida aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa, e se realizou no período compreendido entre 26/08/2014 a 19/09/2014.

4. RELATO DE CASO

4.1 RECÉM-NASCIDO DE K.S.D.

Paciente nascido de parto normal no dia 08/08/2014, com 39 semanas e 3 dias, com APGAR 8/9, capurro de 39 e peso ao nascer de 3.230 gramas. Mãe de 20 anos, com 2 gestações, 2 partos e nenhum aborto. Iniciou o pré-natal no 2º trimestre, realizando 3 consultas. Últimos exames datados de 15/05/2014: HbsAG não reagente, HCV não reagente, sorologia para toxoplasmose IgG positivo e IgM negativo, sorologia para rubéola IgG positivo e IgM negativo, glicemia de jejum 85, teste de tolerância oral à glicose (75g) 82. Urocultura do dia 30/07/2014 negativa. Exames da internação: VDRL não reagente, teste rápido de HIV não reagente, HbsAG não reagente, tipo sanguíneo materno 0+ e tipo sanguíneo do recém-nascido 0+.

Ao exame físico recém-nascido ativo e reativo ao manuseio, corado, hidratado, acianótico, anictérico. Diurese presente, mecônio ausente, amamentação com pega adequada. Reflexos primitivos presentes, fontanela anterior plana, posterior palpada e suturas normais. Aparelho cardiovascular com ritmo cardíaco regular, em 2 tempos, bulhas normofonéticas, sem sopros audíveis, frequência cardíaca de 145 batimentos por minuto, pulsos braquiais e femorais palpáveis e simétricos e boa perfusão capilar. Aparelho respiratório com ausência de esforço respiratório à inspeção torácica, murmúrio vesicular fisiológico presente bilateralmente, sem ruídos adventícios e frequência respiratória de 36 incursões por minuto. Abdome flácido, peristalse presente, sem massas palpáveis ou visceromegalias e indolor. Coto umbilical em bom aspecto. Genitália externa masculina sem alterações aparentes, com testículos tópicos. Manobra de Ortolani negativa.

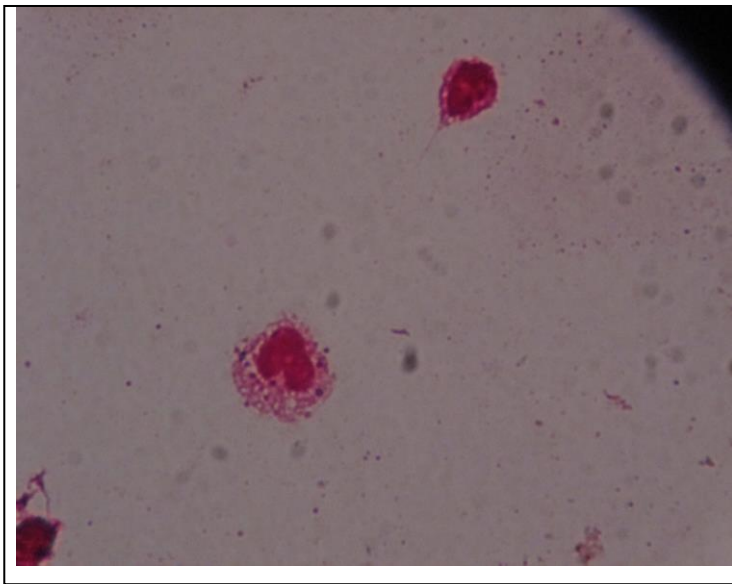
Paciente começou a apresentar em 10/08/2014 secreção ocular bilateral e edema palpebral importante em olho esquerdo. Foi então colhido swab da secreção, solicitados hemograma, proteína C reativa e parecer da oftalmologia e iniciado tratamento com colírio à base de gentamicina.

Resultado dos exames laboratoriais: proteína C reativa de 15.2 mg/L e leucócitos de 8.310 por mm³. O diferencial de leucócitos mostrava presença de 47%

de neutrófilos segmentados, 3% de bastões, 46% de linfócitos, eosinófilos 0% e monócitos de 4%.

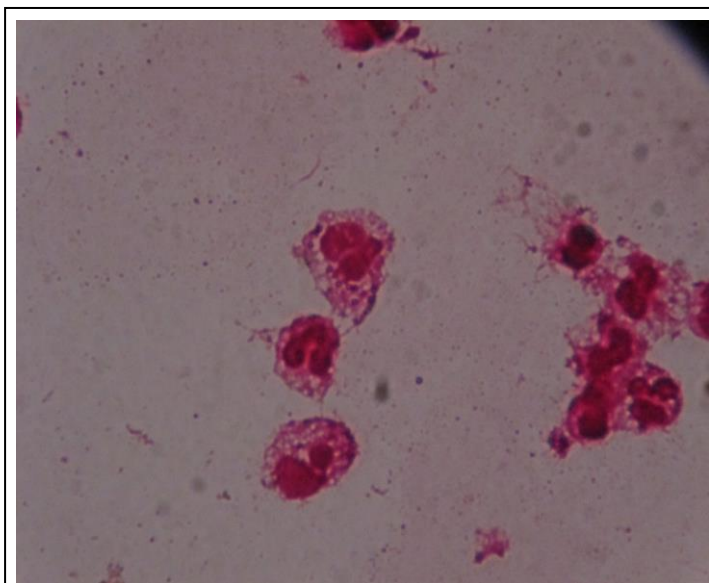
Segundo orientações da oftalmologia foi realizada a troca do colírio para tobramicina colírio. Em 11/08/2014 foi administrado 1 grama de Ceftriaxona intramuscular. Posteriormente foi recebido resultado de cultura do swab da secreção ocular demonstrando presença de diplococos gram negativos (figura 1 e figura 2).

Figura 1: Diplococos Gram-negativos intracelulares visualizados à microscopia óptica



Fonte: Dr.^a Maria das Graças Silva Mattede (2014)

Figura 2: Diplococos Gram-negativos intracelulares visualizados à microscopia óptica



Fonte: Dr.^a Maria das Graças Silva Mattede (2014)

Paciente recebeu alta em 15/08/2014 com desaparecimento da secreção ocular e melhora do edema palpebral. Sendo orientada irrigação ocular com soro fisiológico 0,9%, uso de gatifloxacina colírio (Zymar® colírio) e acompanhamento ambulatorial com o serviço de oftalmologia.

4.2. RECÉM-NASCIDO DE D.L.L.

Mãe de 22 anos procurou atendimento médico em um hospital filantrópico de Vitória em 05/08/2014 com recém-nascido de 12 dias, apresentando secreção ocular iniciada no dia 31/07/2014 e se mantendo na presente data, associadamente referia que a criança “estava amarela”. Iniciou pré-natal no 1º trimestre da gestação, sem intercorrências e exames sem alterações. Parto à termo realizado neste serviço. Tipo sanguíneo materno “B negativo” e do recém-nascido “O positivo”. Recebeu alta no dia 26/07/2014 em boas condições.

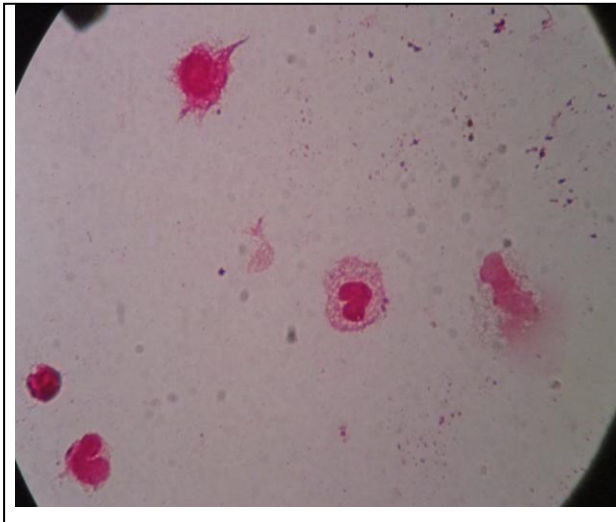
Ao exame físico recém-nascido ativo, com boa sucção ao seio materno, hidratado, presença de icterícia intensa em zona 3 e moderada em zona 5. Presença de secreção amarelada em ambos os globos oculares, porém em maior quantidade a esquerda. Peso 3160 gramas. Aparelho cardiovascular com ritmo cardíaco regular, bulhas cardíacas normofonéticas, sem sopros audíveis, pulsos palpáveis e simétricos e boa perfusão capilar. A frequência cardíaca ao exame era de 148 batimentos por minuto. Aparelho respiratório mostrando ausência de esforço respiratório à inspeção torácica, murmúrio vesicular fisiológico presente bilateralmente, ausência de ruídos adventícios à ausculta pulmonar e frequência respiratória de 48 incursões respiratórias por minuto. Abdome flácido, ruídos hidroaéreos presentes, sem visceromegalias e massas palpáveis. Genitália feminina, sem alterações externas aparentes.

Paciente foi internado. Foi prescrita limpeza do globo ocular com soro fisiológico a 0,9% e uso de colírio à base de tobramicina de 4 em 4 horas. Foi realizada, ainda, coleta de swab da secreção ocular.

No dia 07/08/2014 paciente ainda apresentava quadro de secreção ocular abundante e hiperemia conjuntival bilateralmente, quando foi iniciado uso de Zymar® colírio (gatifloxacino) sob orientação do serviço de oftalmologia devido a suspeita diagnóstica de conjuntivite infecciosa.

Como a sintomatologia se manteve, foi administrada a dose de 1 grama de Ceftriaxona intramuscular no dia 08/08/2014. O resultado do swab da secreção ocular foi recebido em 11/08/2014 demonstrando presença de diplococos gram negativos intracelulares (figura 3). Paciente recebeu alta neste dia com melhora completa da secreção ocular e leve hiperemia conjuntival, encaminhada pra acompanhamento ambulatorial pelo serviço de oftalmologia.

Figura 3: Diplococos Gram-negativos intracelulares visualizados à microscopia óptica



Fonte: Dr.^a Maria das Graças Silva Mattede (2014)

5 DISCUSSÃO

A escassez de estudos recentes a respeito de Oftalmia Neonatal causada por Gonococo tem demonstrado que o número de pacientes com essa afecção tem diminuído ao longo do tempo. Muito se deve à prática da utilização de profilaxia, que teve como precursor o “Método de Credé” (1880). Atualmente, no Espírito Santo, é preconizado o uso da iodopovidona pela Secretaria Estadual de Saúde.¹⁶

A presença de dois recém-nascidos com quadro clínico de conjuntivite - secreção purulenta bilateral associada a importante edema palpebral – sugere diferentes agentes etiológicos, desde agentes químicos (nitrato de prata) a infecciosos (*Chlamydia trachomatis*, herpes vírus, *Neisseria gonorrhoeae*, *Escherichia Coli*, *Enterococcus sp.*, *Haemophilus influenzae*, *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pneumoniae*, *Pseudomonas aeruginosa*, entre outros). Portanto, faz-se necessária a realização de um método diagnóstico capaz de identificar o agente responsável.^{13, 16, 18}

A confirmação diagnóstica de dois novos casos concomitantes, em um mesmo serviço, de oftalmia neonatal por *Neisseria gonorrhoeae* – contrariando os dados epidemiológicos atuais^{2,16} - através da identificação de diplococos Gram-negativos intracelulares pela bacterioscopia,^{1, 9, 10,11} em dois pacientes nascidos por via vaginal gera questionamentos a respeito da real eficácia dos agentes profiláticos e as possíveis causas não relacionadas a uma falha profilática, visto que existem outras formas de transmissão, que não durante a passagem pelo canal de parto.⁵

O questionamento a respeito da profilaxia faz-se necessário, uma vez que este é o método mais utilizado para prevenção da afecção discutida neste trabalho.^{16,18,19} Sabemos que a eficácia deste dispositivo passa pelo acondicionamento correto da substância empregada, bem como pela adequada aplicação do produto no olho do recém-nascido e, ainda, pelos hábitos de higiene maternos e da equipe de saúde¹⁵. Estes fatores demonstram a dificuldade em se definir a real causa da ocorrência dos casos, ou seja, se estão relacionados a aspectos pessoais, a erros de produção, acondicionamento e administração substância ou ainda à uma prevista falha da droga, visto que a profilaxia não é capaz de prevenir a infecção em 100% dos casos.

No que diz respeito ao tratamento dos casos em questão, vale ressaltar a

correta escolha da droga a ser utilizada (Ceftriaxona) visto que a mesma abrange o Gonococo em seu espectro de ação^{1,2,9}.

Há, ainda, outro importante aspecto a ser considerado: a identificação das gestantes portadoras de cervicite causada pelo gonococo durante o pré-natal, de forma que seja realizado adequado tratamento, a fim de prevenir a transmissibilidade do agente etiológico ²¹.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante das observações da literatura e do relato dos casos, são descritas as seguintes considerações finais:

- I. A profilaxia mostra-se eficaz, tendo em vista que sua instituição foi comprovadamente capaz de reduzir drasticamente o número de casos de oftalmia neonatal e manter baixa a incidência dessa afecção desde então.
- II. A confirmação diagnóstica precoce demonstra-se importante para a instituição de um correto esquema terapêutico, evitando o surgimento de complicações tardias como a cegueira.
- III. O acompanhamento de gestantes em consultas pré-natais mostra-se de suma importância para a prevenção primária da conjuntivite gonocócica neonatal, visto que adequados diagnóstico e tratamento são capazes de reduzir significativamente a incidência dessa afecção.

REFERÊNCIAS

1. WORKOWSKI, KA; BERMAN, S; Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2010. MMWR Recomm Rep, 2010.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. Manual de controle das doenças sexualmente transmissíveis. 4a ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
3. Thayer, J. D.; MARTIN, Jr J. E. Improved medium selective for the cultivation of *N. gonorrhoeae* and *N. meningitidis*. **Public Health**. v. 81, p. 559-562, 1966.
4. MURRAY, Patrick R.; ROSENTHAL, Ken S.; PFALLER, Michael A. **Microbiologia médica**. 6. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009. GONÇALVES, Paiva. **Oftalmologia**. 5.ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 1979.
5. GONÇALVES, Paiva. **Oftalmologia**. 5.ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 1979.
6. KANSKI, J.J. **Oftalmologia Clínica. Uma abordagem Sistemática**. 5. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.
7. LONGO; FAUCI; KASPER; HAUSER; JAMESON; LOSCALZO. **Medicina interna de Harrison**. 18. ed. Porto Alegre: AMGH Editora, 2013.
8. LAGA, M; MEHEUS, A; PIOT, P. Epidemiology and control of gonococcal ophthalmia neonatorum. **Bull World Health Organ**. v.67, p.471-7, 1989.
9. BEHRMAN, R. E.; KLIEGMAN, R.; JENSON, H. B.. **Nelson: Tratado de Pediatria**. 17. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005.

10. ALMEIDA, MFB; DRAQUE, CM Fototerapia. *In.*; KOLPELMAN, BI; DOS SANTOS, AMN; GOULART, AL; MIOYSHI, MH; GUINSBURG, R (eds): **Diagnóstico e Tratamento em Neonatologia**. 1. ed. São Paulo: Atheneu, 2004.
11. SCHOR, Paulo; CHAMON, Wallace; JUNIOR, Rubens Belfort. **Oftalmologia**. 1. ed. Barueri: Manole, 2004.
12. PENNA, Gerson Oliveira; HAJJAR, Ludhmila Abrahão; BRAZ, Tatiana Magalhães. Gonorréia. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.**, v. 33, n. 5, p. 451-464, out 2000.
13. DI, Bartolomeu S; MIRTA, DH, Janer M, et al. Incidence of Clamydia trachomatis and other potential pathogens in neonatal conjunctivitis. **Int J Infec Dis**, v. 5, p. 139, 2001.
14. BROOKS, Geo. F.; CARROLL, Karen C.; BUTEL, Janet S.; MORSE, Stephen A.; MIETZNER, Timothy A. **Microbiologia médica de Jawetz, Melnick e Adelberg**. 25. ed. Porto Alegre: AMGH Editora, 2012.
15. ADAM NETTO, Augusto; GEODERT, Merry Elizabeth. Avaliação da aplicabilidade e do custo da profilaxia da oftalmia neonatal em maternidades da grande Florianópolis. **Rev. bras.oftalmol.**, Rio de Janeiro, v. 68, n. 5, Oct. 2009.
16. PASSOS, AF; AGOSTINI, FS. Conjuntivite neonatal com ênfase na sua prevenção. **Rev Bras Oftalmol**. v. 70, p. 57-67, jan/feb 2011.
17. ISENBERG, SJ; APT, L; YOSHIMORI, R; LEAKE, RD; Rich, R. Povidone-iodine for ophtalmia neonatorum prophylaxis. **Am J Ophthalmol**, v. 118, n. 6, p. 701-6, 1994.

18. ISENBERG, Sherwin J.; APT, Leonard; WOOD, Mark. A controlled trial of povidone–iodine as prophylaxis against ophthalmia neonatorum. **New England Journal of Medicine**, v. 332, n. 9, p. 562-566, 1995.
19. DARLING, Elizabeth K.; MCDONALD, Helen. A meta-analysis of the efficacy of ocular prophylactic agents used for the prevention of gonococcal and chlamydial ophthalmia neonatorum. **Journal of midwifery & women's health**, v. 55, n. 4, p. 319-327, 2010.
20. ISENBERG, S. J. et al. A double application approach to ophthalmia neonatorum prophylaxis. **British journal of ophthalmology**, v. 87, n. 12, p. 1449-1452, 2003.
21. COSTA, Mariana Carvalho et al . Doenças sexualmente transmissíveis na gestação: uma síntese de particularidades. **An. Bras. Dermatol.**, Rio de Janeiro , v. 85, n. 6, Dec. 2010 .

ANEXOS

ANEXO A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do Projeto: “Conjuntivite neonatal precoce: Relato de caso”

Pesquisador Responsável: Dr^a Andrea Lube Antunes de S. Thiago Pereira

Instituição a que pertence o Pesquisador Responsável: Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM)

Telefones para contato:

Dra Andrea Lube Antunes de S. Thiago Pereira - (27) 992934117

Guilherme Coutinho de Oliveira - (27) 99269-0199

Rafael Rocha de Lima - (27) 99739-9188

Victor Rocha de Castro Alves - (27) 99848-0404

Nome do voluntário: _____

Idade: _____

Responsável legal: _____

R.G. Responsável legal: _____

O Sr. (a) está sendo convidado(a) a participar do relato de caso “Conjuntivite neonatal precoce: Relato de caso”, de responsabilidade da pesquisadora Prof^a.Dr^a Andrea Lube Antunes de S. Thiago Pereira.

Essa pesquisa tem como objetivo principal avaliar a eficiência da prevenção de conjuntivite do recém-nascido com iodopovidona (PVPI) aplicada nos olhos, visto que, no Estado do Espírito Santo, essa substância é utilizada no protocolo de prevenção recomendado pela Secretaria Estadual de Saúde.

As informações sobre a doença e os exames dos pacientes serão obtidas a partir do prontuário médico.

Os participantes dessa pesquisa terão risco mínimo associado a pesquisa.

A participação nesse projeto é voluntária e este consentimento poderá ser retirado a qualquer tempo, sem prejuízos à continuidade de atenção ao paciente no serviço. É garantido a confidencialidade das informações geradas e a privacidade do sujeito da pesquisa.

A divulgação das fotos oculares em meio eletrônico ou impresso está autorizada, desde que preservada a identidade da criança.

Caso o participante tenha alguma dúvida, poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável, Dr^a Andrea Lube Antunes de S. Thiago Pereira, no telefone (27) 992934117, ou com o Comitê de ética e Pesquisa da EMESCAM:

Endereço do Comitê de Ética e Pesquisa: EMESCAM, Av. N.S.Penha 2190 Prédio da Fisioterapia, Bairro Santa Luzia, CEP 29045-402, Vitória- ES. Telefone: (27) 33343586

Eu, _____, R.G. nº _____
 _____, responsável legal por _____
 _____, declaro ter sido informado e concordo com a
 sua participação, como voluntário, no projeto de pesquisa acima descrito.

Vitória, ____ de _____ de ____

 Nome e assinatura do paciente ou seu responsável legal

 Nome e assinatura do responsável por obter o consentimento

 Testemunha

 Testemunha