

## Relato de Caso

# Caso fatal de coqueluche em um lactente.

A fatal case of pertussis in an infant.

Carlos Dadalto Elias<sup>1</sup>, André Melo Rocha<sup>1</sup>, Luiza Dário Werneck<sup>1</sup>,  
Clara Aguiar Gomes<sup>1</sup>, Eduardo Brown<sup>1</sup>, Alexandra Monteiro<sup>2</sup>.

## RESUMO

A coqueluche é uma doença infecciosa aguda e transmissível, causada pela *Bordetella pertussis*. Os autores relatam um caso fatal de coqueluche em um lactente.

**Descritores:** coqueluche, lactente, pulmão.

## ABSTRACT

Pertussis is an acute infectious disease and transmissible caused by *Bordetella pertussis*. The authors report a fatal case of pertussis in an infant.

**Keywords:** pertussis, infant, lung.

## INTRODUÇÃO

A coqueluche consiste em uma doença infecciosa aguda e transmissível, causada pelo agente *Bordetella pertussis*. Sua transmissão ocorre por contato direto da pessoa doente com a pessoa suscetível (gotículas de secreção) ou por objetos contaminados, sendo que nesse último caso a transmissão é pouco frequente devido a dificuldade do agente de sobreviver fora do hospedeiro.

## RELATO DE CASO

Lactente do sexo feminino, 39 dias de vida, trazida pela mãe ao Hospital Universitário Pedro Ernesto com história de tosse e coriza, ficando "vermelha" (sic) durante os episódios de tosse. Sem outras queixas relatadas.

A mãe referia gestação sem intercorrências, parto cesariana eletiva, recém-nascido à termo, Apgar de 8/9 e peso de nascimento de 3.240g. Lactente evoluiu

bem até 1 mês de vida, amamentada exclusivamente ao seio com ganho ponderal de 1.100g durante esse período. Evoluiu com piora da tosse, desinteresse pelas mamadas, perda ponderal de 400g e redução da diurese. Exames laboratoriais: hemograma com leucocitose às custas de linfocitose (leucometria =  $6.390/\text{mm}^3 - 0/1/2/10/20/63/4$ ). Plaquetas =  $819.000/\text{mm}^3$ . VHS = 30. PCR = 0,2. Encaminhada para internação. Apresentava, na história familiar, membros da família com suposto "quadro viral".

Ao exame físico, apresentava-se com peso de 3.900g, hipodratada, afebril, taquipneica com discreta retração subcostal (FR = 72 irpm), taquicardia (FC = 160 bpm), abdome globoso, depressível, com fígado a 5 cm do rebordo costal direito e baço a 1 cm do rebordo costal esquerdo.

A evolução radiológica do caso é mostrada na Figura 1.

1. Médicos residente do Serviço de Radiologia e Diagnóstico por Imagem do Hospital Universitário Pedro Ernesto – Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ).

2. Doutora em Radiologia pela Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ). Professora adjunta da Faculdade de Ciência Médicas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ).

Trabalho realizado no Hospital Universitário Pedro Ernesto da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Não há conflito de interesse.

**Endereço para correspondência:** André Melo Rocha. Serviço de Radiologia do Hospital Universitário Pedro Ernesto. Av. Boulevard 28 de setembro, 77, Térreo, Vila Isabel, CEP 20551-031, Rio de Janeiro, RJ, Brasil. Tel: (21) 2587-6446.

Recebido em 17/08/2009 e aceito em 15/09/2009, após revisão.

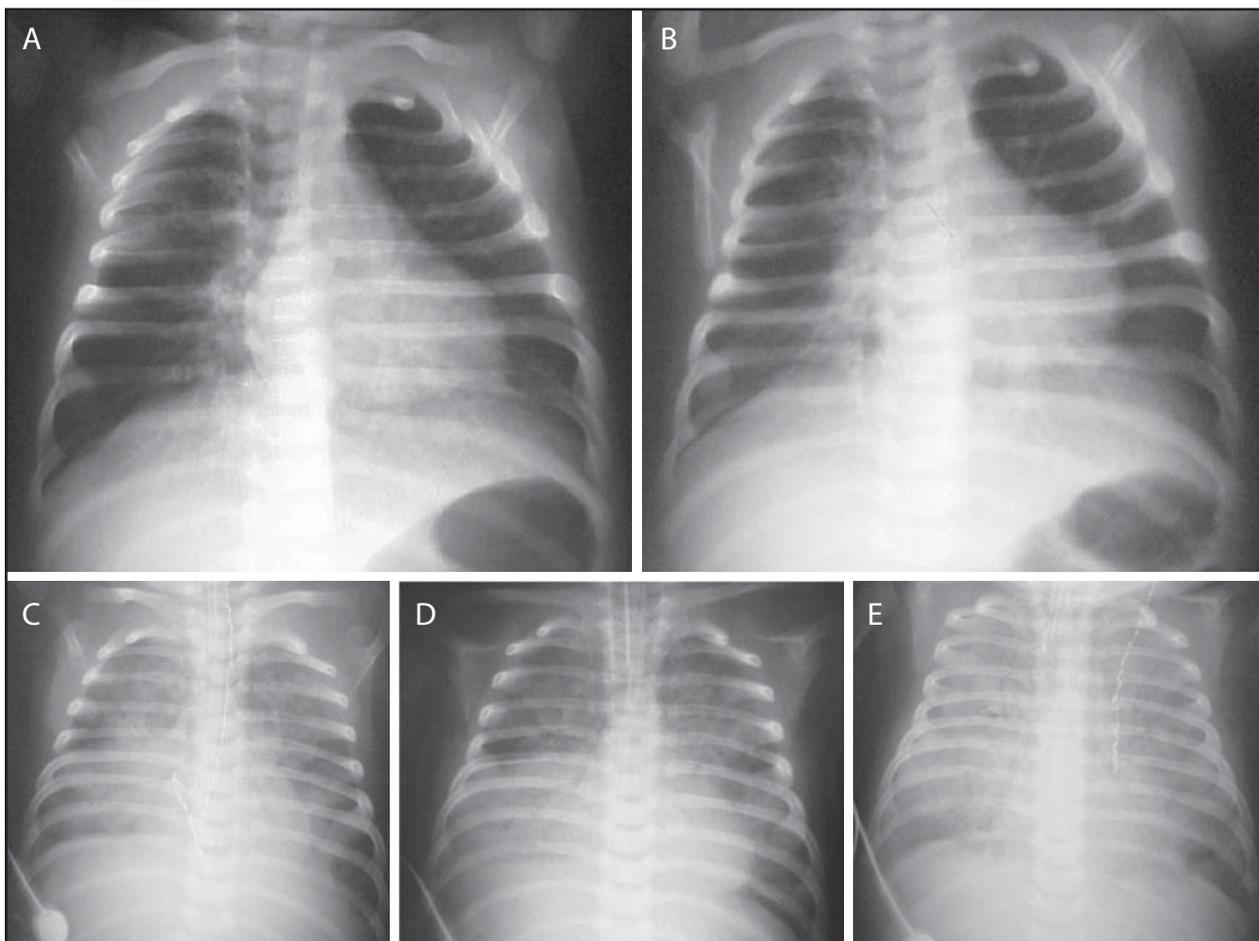


Figura 1 – Evolução radiográfica da paciente durante a internação mostrando a presença de hiperinsuflação pulmonar e infiltrado peri-hilar progressivo. Nota-se, ainda, má definição da silhueta cardíaca (aspecto de coração “borrado”), associada ao desenvolvimento de consolidações bilaterais difusas sugerindo evolução para pneumonia grave associada a SARA. A Figura 1A refere-se ao 1º dia de internação, a Figura 1B ao 3º dia, a Figura 1C ao 16º dia, a Figura 1D ao 19º dia e a Figura 1E ao 21º dia de internação hospitalar.

Paciente foi submetida a medidas de suporte, sendo iniciado associação de ampicilina e gentamicina. Após 36 horas de internação, foram observados episódios de tosse intermitente e prolongada, com secreção fluida abundante e queda da saturação de oxigênio.

Diagnóstico: coqueluche com evolução para pneumonia grave e SARA (PCR positivo para *Bordetella pertussis* colhido da secreção de vias aéreas superiores no terceiro dia de internação).

## DISCUSSÃO

A coqueluche possui período de incubação, em média, de 5 a 10 dias, variando de uma a três semanas. A doença compromete especificamente o trato respiratório (traquéia e brônquios), caracterizando-se por crises paroxísticas de tosse seca, evoluindo em três fases sucessivas: fase catarral, fase paroxística e fase de convalescença.<sup>1-2</sup>

A fase catarral dura de uma a duas semanas, iniciando-se com manifestações respiratórias e sintomas leves (febre baixa, mal-estar geral, coriza e tosse seca), com instalação gradual de surtos de tosse, cada vez mais intensos e frequentes.<sup>1</sup>

A fase paroxística é geralmente afebril, podendo ocorrer picos de febre ao longo do dia. É caracterizada por paroxismos de tosse seca durante os quais o paciente não consegue inspirar, podendo apresentar protrusão da língua, congestão facial, cianose e sensação de asfixia, sendo finalizados por inspiração forçada, súbita e prolongada, acompanhada de um ruído característico (o guincho) podendo ser sucedido por vômitos. Os episódios de tosse paroxística aumentam em frequência e intensidade nas duas primeiras semanas, diminuindo gradualmente. Nos intervalos dos paroxismos, o paciente passa bem. A fase paroxística dura de duas a seis semanas.<sup>1</sup>

Finalmente, a fase de convalescença em que os paroxismos desaparecem, surgindo então episódios de tosse comum. Esta fase pode persistir por algumas semanas (2 a 6 semanas) podendo se prolongar por até 3 meses.<sup>1</sup>

O período de transmissibilidade se estende a partir de 5 dias após o contato com um doente (final do período de incubação) até 3 semanas após o início da fase paroxística de tosse, sendo que o período de maior transmissibilidade da doença ocorre na fase ca-

tarral. A suscetibilidade é geral, sendo que o indivíduo se torna imune após adquirir a doença ou após receber vacinação adequada. Entretanto, em 5 a 10 anos após a última dose da vacina, a proteção pode declinar.<sup>2</sup>

Quanto à epidemiologia da doença, ocorre uma incidência maior na primavera e no verão em populações aglomeradas, não existindo uma distribuição geográfica preferencial. O amplo uso da vacinação a partir de 1940 foi responsável pela queda da incidência e mortalidade da doença, sendo que os coeficientes de incidência no Brasil diminuam a partir da década de 90. As taxas de hospitalização e complicações são mais altas em menores de 6 meses, declinando com o aumento da idade. A letalidade é mais elevada no grupo de crianças menores de 1 ano, especialmente nos menores de 6 meses onde se concentra a maior parte dos óbitos no Brasil.<sup>3</sup>

Dentre as complicações relacionadas a coqueluche, destaca-se a ocorrência de pneumonias e otite média por *bordetella pertussis*, pneumonias de outras etiologias, ativação de tuberculose latente, atelectasias, bronquiectasias, enfisema, pneumotórax e ruptura de diafragma. Complicações neurológicas e oftalmológicas também podem ocorrer nesses pacientes.<sup>4</sup>

O diagnóstico é realizado pelo isolamento do agente por meio de cultura de material colhido de nasofaringe. A coleta do material deve ser realizada antes do início da antibioticoterapia. Já o hemograma apre-

senta leucocitose importante com linfocitose absoluta – característica do final da fase catarral e da fase paroxística, podendo ser útil ao diagnóstico.

Quanto aos aspectos radiológicos da coqueluche, pode-se observar na radiografia simples de tórax a presença de infiltrados em geral bilaterais, notadamente peri-hilares e nos segmentos basais dos lobos inferiores. As imagens justacardiáticas, resultando no aparecimento do chamado “coração borrado ou franjado” com má definição da silhueta cardíaca, foram descritas e consideradas por alguns como característica da doença. Pode ocorrer ainda atelectasias, áreas de enfisema e consolidações pneumônicas. Os gânglios hilares podem estar aumentados.<sup>5</sup>

O diagnóstico diferencial deve ser feito com traqueobronquites, bronqueolites, adenovirose e laringites. Já o tratamento é feito preferencialmente com estolato de eritromicina, mais eficiente e menos tóxico. A imunoglobulina humana não tem valor terapêutico comprovado.

A paciente do caso apresentado evoluiu durante a internação com piora clínica importante, com tosse produtiva, queda da saturação de oxigênio, piora da taquicardia e parâmetros elevados no respirador (FIO<sub>2</sub> = 80%). Posteriormente apresentou insuficiência respiratória grave com cianose, bradicardia e apneia, sendo submetida a intubação orotraqueal. No vigésimo primeiro dia de internação, evoluiu ao óbito.

## REFERÊNCIAS

1. Hildalgo NTR, Cicolo da Silva CR, Gonçalves CR, Vaz TMI, Irino K. Coqueluche – normas e instruções. 2000; 9-14. [ftp://ftp.cve.saude.sp.gov.br/doc\\_tec/resp/manu\\_coque.pdf](ftp://ftp.cve.saude.sp.gov.br/doc_tec/resp/manu_coque.pdf).
2. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Departamento de Vigilância Epidemiológica. Brasília / DF. Doenças Infecciosas e Parasitárias. Guia do Bolso. 2008. 7ª ed. p.83-85.
3. Tarantino A. Doenças Pulmonares. 6ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan. 2008.
4. Harrison TR, Braunwald E. Medicina Interna. New York: Mc Graw-Hill. 2008.
5. Muller NL, Silva IS. Imaging of the chest. Saunders Elsevier, 2008.