RPDI
Setembro > Dezembro 2007 / Vol. 3 > Nº 3

CASO CLÍNICO / *CLINICAL CASE*

Artrite brucélica em lactente – transmissão pelo leite materno de mãe assintomática

Brucella Arthritis in an infant – breast milk transmission from asymptomatic mother

/ R. Gouveia* / C. Madail**
/ J. G. Marques* / M. C. Neves**
* Unidade de Infecciologia Pediátrica. Clínica Universitária de Pediatria. Hospital de Santa Maria, Lisboa.
** Serviço de Ortopedia. Hospital de Santa Maria, Lisboa.

Correspondência:
Raquel Gouveia
Praceta das Tulipas, nº 140 – 3º C
2775-346 Parede
Tel / Fax: 214662337
e-mail: rglopes@netcabo.pt

/ Resumo

A artrite séptica na criança previamente saudável é geralmente causada por *S.aureus*. Apesar da sua frequência no nosso país, a brucelose não é inicialmente considerada no lactente por não ser habitual a ingestão de produtos lácteos não pasteurizados nesta idade. Embora rara, a transmissão vertical através do aleitamento materno está descrita. Na literatura revista a mãe encontrava-se sintomática.

Os autores apresentam um caso clínico de artrite brucélica, em lactente de 10 meses, com possível transmissão através do leite materno de mãe assintomática. A criança foi submetida a drenagem cirúrgica e antibioticoterapia com doxicilina e rifampicina. A evolução foi excelente.

A brucelose deve sempre ser considerada no diagnóstico de artrite séptica da criança, especialmente nos países endémicos e quando não há resposta à terapêutica antibiótica para os agentes mais comuns.

Palavras-chave: Brucelose, artrite, criança.

/ Summary

S.aureus is the main cause of septic arthritis in a previously healthy child. Brucellosis is a common infection in Portugal, however it's not usually considered in infants because non pasteurized lacteal products are rarely used at this age. Although rare, vertical transmission through breast milk is described. In the rewied literature mother was symptomatic.

We present a case of a 10 month-old child with Brucella arthritis, probably from mother's milk transmission, though the mother was free of symptoms. The child was submitted to surgical drainage and antibiotic treatment with doxycycline and rifampin. The outcome was excellent.

Brucella infection must always be considered in what concerns to infant septic arthritis diagnosis, especially in endemic countries and if there is no response to antibiotic therapy directed to common agents.

Key-words: *Brucellosis, arthritis, children*



/ Introdução

A artrite séptica na criança é um problema pediátrico relativamente frequente. O agente etiológico mais comum em todas as idades é o *S.aureus* (1). Consoante a idade, são também prevalentes *Streptococcus* do grupo B e microorganismos Gram negativos, abaixo dos 2 meses, e *Haemophilus influenzae* tipo B (nos não vacinados), entre os 2 meses e os 3 anos (2). Outros agentes a considerar são: *Streptococcus pyogenes, Streptococcus pneumoniae, Salmonella* spp, *Neisseria meningitidis, Kingella kingae, Brucella mellitensis, Mycobacterium tuberculosis* e *Borrelia burgdorferi* (1,2).

A artrite brucélica é uma causa frequente de artrite infecciosa no nosso país. As principais vias de transmissão são o contacto com animais infectados e a ingestão de produtos lácteos não pasteurizados (3,4). Esta etiologia, no entanto, não é inicialmente considerada no lactente por não ser habitual a ingestão de produtos lácteos não pasteurizados nesta idade. Embora rara, a transmissão vertical está descrita, quer por via transplacentar quer através do aleitamento materno (5,6,7). O período de incubação pode variar entre menos de uma semana e vários meses (4). Na criança é quase exclusivo o envolvimento articular periférico, sendo as grandes articulações de carga (anca, joelho e tibiotársica) as mais atingidas (8). A monoartrite é o quadro clínico mais frequente, no entanto, também pode surgir oligoartrite assimétrica (8). O diagnóstico é efectuado com base no quadro clínico, inquérito epidemiológico, serologia e hemocultura, visto que o isolamento da *Brucella* no líquido sinovial é difícil e geralmente tardio (8). Existem vários esquemas terapêuticos com eficácia demonstrada e comparável (4,9,10).

/ Caso clínico

I.F.T.C., sexo feminino, 10 meses, saudável até 4 dias antes do internamento, altura em que iniciou quadro de febre e de dor e impotência funcional do membro inferior esquerdo, sem história prévia de traumatismo ou infecção. À entrada apresentava o membro em posição de flexão, abdução e rotação externa, com dor à mobilização, sem outros sinais inflamatórios. Analiticamente sem leucocitose ou neutrofilia, salientava-se apenas proteína C reactiva de 7,9 mg/dl. A ecografia da anca revelou pequeno derrame articular. Após punção articular, na qual se verificou saída de líquido amarelo-turvo, iniciou terapêutica endovenosa com cefuroxime e gentamicina.

Ao 6ºdia de internamento por manutenção da febre (39,7ºC) e derrame articular na ecografia, foi realizada artrotomia e lavagem articular. Ao 9º dia de internamento, por continuar sem melhoria clínica, realizou-se a prova de Mantoux e pediram-se serologias para brucelose, Doença de Lyme e título de anti-estreptolisina O (TASO).

A reacção de Huddleson foi positiva com titulação de 1/320, pelo que ao 10º dia de internamento iniciou terapêutica oral com doxiciclina e rifampicina. A partir dessa altura, verificou-se apirexia e melhoria progressiva das queixas álgicas. A pesquisa de anticorpos anti-*Brucella* (IgG) por Elisa foi positiva e isolou-se *Brucella* no líquido sinovial em meio de triptose. As hemoculturas, serologias para Doença de Lyme, TASO e a prova de Mantoux foram negativos.

Pesquisada a história epidemiológica, foi negada ingestão de produtos lácteos não pasteurizados e contacto com animais potencialmente infectados, mas a mãe referiu ingestão de leite de cabra durante a amamentação da lactente. Na mãe a reacção de Huddleson foi positiva com titulação de 1/160, bem como a pesquisa de anticorpos anti-*Brucella* (IgG) por Elisa.

Teve alta clinicamente bem, mantendo antibioticoterapia durante 4 meses. Verificou-se boa evolução clínica, com recuperação completa e sem efeitos secundários à terapêutica instituída.

/ Discussão

A transmissão inter-humana da brucelose é rara e o leite materno como fonte de infecção pode passar despercebido sobretudo quando a infecção materna é assintomática. Nos casos revistos a mãe encontrava-se sintomática. Estão descritos alguns casos de transmissão durante a amamentação, no entanto, nem sempre é possível o isolamento no leito materno (8).

Embora no caso apresentado já não houvesse possibilidade de examinar o leite materno, esta parece ser a única via de transmissão mais provável, uma vez que foram excluídas outras formas de contágio. A mãe teve infecção assintomática, mas epidemiologicamente e serologicamente documentada, sendo a fonte de infecção mais provável o leite de cabra ingerido. Dado o longo período de incubação da doença, as manifestações podem surgir numa altura em que a criança já não esteja a ser amamentada.

Têm sido usados vários regimes terapêuticos, com uma taxa de recidiva de cerca de 30% (4,9). A associação da doxiciclina com rifampicina é um dos esquemas terapêuticos recomendados (10). Embora as tetraciclinas estejam contra-indicadas na criança abaixo dos 8 anos, a doxiciclina por ter menor ligação ao cálcio acarreta menor risco de descoloração dentária (10). Relativamente ao



cotrimoxazol, outra opção em associação com a rifampicina, além de não ser isento de efeitos secundários, existe elevado grau de resistência a este fármaco nas estirpes isoladas em Portugal (10). Embora não esteja claramente estabelecida a duração do tratamento, as terapêuticas de curta duração são menos eficazes (11).

/ Conclusão

Em Portugal, a brucelose é uma etiologia que deve ser tida em conta no diagnóstico diferencial de artrite infecciosa do lactente, mesmo que a história epidemiológica inicial não o sugira, sobretudo quando não há resposta à terapêutica antibiótica para os agentes mais comuns.

Este caso alerta para a possibilidade de transmissão da brucelose pelo leite materno de mãe assintomática.

Durante a amamentação, tal como durante a gravidez, a mãe não deve consumir produtos lácteos não pasteurizados.

/ Bibliografia

(1) Prince A. **Infectious Diseases**. In: Behrman RE, Kliegman RM, editors. *Nelson Essential of Pediatrics*, 4th ed. Philadelphia: W.B.Saunders Company; 2002:380-382.

(2) Mayer D. **Doenças musculo-esqueléticas Infecciosas**. In: Strange GR, Ahrens WR, Schafermeyer R, Toepper WC, editors. *Emergências Pediátricas*. Lisboa: McGraw-Hill; 2000: 639-646.

(3) Al-Eissa YA, Kembal AM, Al-Nasser MN, et al. **Childhood brucellosis: A study of 102 cases**. *Pediatr Infect Dis J* 1990; 9: 74-9.

(4) American Academy of Pediatrics. Brucellosis. In Pickering LK editor. *2003 Red Book: Report of Comittee on Infectious Diseases*, 26th edition. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics; 2003: 222-4.

(5) Shamo'on H, Izzat M. **Congenital brucellosis**. *Pediatr Infect Dis J* 1999; 18: 1110-1.

(6) Carbajo-Ferreira AJ, Ochoa-Sangrador C, Canut-Blasco A, Castano-Garcia MT. **Neonatal brucellosis**. *Pediatr Infect Dis J* 1995; 14: 406-7.

(7) Palanduz A, Paanduz S, Guler K, Guler N. **Brucellosis in a mother and her young infant: probable transmission by breast milk**. *Int J Infect Dis* 2000; 4: 55-6.

(8) Catita C. **Artrite e Espondilite Brucélicas**. In: Queiroz MV editor. *Reumatologia* (volume 3), Lisboa: Lidel; 2002: 22-26.

(9) Galanakis E, Bourantas KL, Leveidiotou S, Lapatsanis PD. **Childhood brucellosis in north-western Greece: a retrospective analysis**. *Eur J Pediatric* 1996; 155: 1-6.

(10) Cunha M, Miguel N, Manso JA. **Brucelose em Pediatria. Recomendações da Seccção de Infecciologia Pediátrica**. *Acta Pediatr Port* 2002: 33(2); 131-135.

(11) Al Shaalan M, Memish ZA, Al Mahmoud S, Alomari A, Khan MY, Almuneef M, Alalola S. **Brucellosis in children: clinical observations in 115 cases**. *Int J Infec Dis* 2002; 6:182-186.