BJCR
Brazilian Journal of Case Reports

PCAA
Publicações Científicas de Acesso Aberto

Relato de Caso

Conjuntivite Neonatal por Clamídia

Nathalia da Cruz Assad Monteiro [1], Regina Célia de Souza Campos Fernandes [2, 3], Enrique Medina-Acosta [3, *]

[1] Hospital dos Plantadores de Cana, Campos dos Goytacazes, Rio de Janeiro, Brasil.
[2] Faculdade de Medicina de Campos, Campos dos Goytacazes, Rio de Janeiro, Brasil.
[3] Universidade Estadual do Norte Fluminense, Campos dos Goytacazes, Rio de Janeiro, Brasil.

* Correspondência: quique@uenf.br.

Resumo: A infecção por *Chlamydia trachomatis* (CT) durante a gravidez pode resultar em desfechos graves, incluindo aborto espontâneo, natimortalidade, baixo peso ao nascer, prematuridade, conjuntivite neonatal e pneumonia neonatal. Apesar desses riscos, o rastreamento rotineiro para CT durante a gravidez é pouco frequente, limitando a oportunidade de intervenção oportuna. Este relato descreve um caso de conjuntivite neonatal por CT em um recém-nascido de 9 dias, nascido por parto vaginal de uma primigesta de 15 anos. O lactente apresentou secreção purulenta, edema palpebral e pústulas no rosto e pescoço. A mãe apresentava fatores de risco significativos, como adolescência, múltiplos parceiros sexuais e corrimento vaginal não tratado durante a gravidez. A conjuntivite manifestou-se cinco dias após o parto, com diagnóstico confirmado por PCR em tempo real a partir de raspados conjuntivais. O tratamento com oxacilina intravenosa, ceftriaxona e claritromicina levou à recuperação completa, sem desenvolvimento de pneumonia. Este caso ressalta a necessidade de identificar fatores de risco maternos, como idade adolescente, múltiplos parceiros sexuais e corrimento vaginal não tratado durante a gravidez, além de destacar a importância de melhorar o rastreamento pré-natal e implementar testes rotineiros para ISTs para prevenir complicações neonatais.

Palavras-chave: *Chlamydia trachomatis*; Rastreamento materno; Oftalmia neonatal; Infecções sexualmente transmissíveis (ISTs).

Citação: Monteiro NCA, Fernandes RCS, Medina-Acosta E. Conjuntivite Neonatal por Clamídia. Brazilian Journal of Case Reports. 2025 Jan-Dec;05(1):bjcr38.

https://doi.org/10.52600/2763-583X.bjcr.2025.5.1.bjcr38

Recebido: 31 Outubro 2024
Aceito: 20 Novembro 2024
Publicado: 21 Novembro 2024

Copyright: This work is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License (CC BY 4.0).

1. Introdução

Chlamydia trachomatis (CT) é uma bactéria Gram-negativa, obrigatoriamente intracelular, com tropismo por células epiteliais colunares, especialmente na conjuntiva, uretra, endocérvice, endométrio e tubas uterinas. Os fatores de risco para infecção por este organismo incluem início precoce da atividade sexual, múltiplos parceiros sexuais, uso de contraceptivos hormonais orais em mulheres jovens, nuliparidade, presença de ectopia cervical, uso de drogas lícitas e ilícitas, tabagismo e falta de conhecimento sobre infecções sexualmente transmissíveis (ISTs).

Mulheres infectadas por CT frequentemente são assintomáticas, com 70% a 80% dos casos sem sintomas. Quando presentes, os sintomas incluem corrimento vaginal, dor abdominal, desconforto urinário e dispareunia. A infecção por CT também está associada a complicações como doença inflamatória pélvica (DIP), gravidez ectópica, aumento da suscetibilidade ao HIV, transmissão vertical do HIV e infertilidade.

Em gestantes, a infecção materna por CT pode resultar em desfechos neonatais adversos, como aborto espontâneo, parto prematuro, natimortalidade, baixo peso ao nascer, conjuntivite neonatal e pneumonia. A conjuntivite neonatal por CT geralmente se manifesta entre 5 e 14 dias após o nascimento, com apresentações que variam desde uma leve hiperemia conjuntival até conjuntivite mucopurulenta grave com quemoses e formação

de pseudomembranas. Essa forma de conjuntivite não pode ser prevenida por profilaxia ocular padrão com antibióticos ou nitrato de prata.

Este estudo apresenta um caso de conjuntivite neonatal causada por CT, destacando os fatores de risco maternos únicos que contribuíram para a transmissão vertical da infecção, incluindo idade adolescente da mãe, múltiplos parceiros sexuais e corrimento vaginal tratado empiricamente durante a gravidez. O caso ressalta a importância de reconhecer os fatores de risco maternos para infecção por *Chlamydia*, melhorar o rastreamento pré-natal e garantir cuidados adequados às gestantes para prevenir complicações neonatais.

Apesar dos avanços nos cuidados pré-natais, o impacto global persistente das infecções por CT, estimado em 128,5 milhões de novos casos em 2020, evidencia lacunas significativas no rastreamento e manejo durante a gravidez. Essas deficiências são particularmente preocupantes em mulheres jovens e assintomáticas, que apresentam maior risco de transmitir a infecção para seus recém-nascidos. O caso apresentado exemplifica como essas limitações sistêmicas podem levar a complicações neonatais, destacando áreas que demandam melhorias urgentes nas práticas de cuidado materno e perinatal.

2. Relato de Caso

Um recém-nascido de nove dias, nascido por parto vaginal, apresentou secreção purulenta em ambos os olhos, mais pronunciada no olho esquerdo (Figura 1), acompanhada de hiperemia e edema palpebral que haviam começado quatro dias antes. Também foram observadas pústulas no rosto, regiões retroauriculares, couro cabeludo e região cervical. O lactente, alimentado exclusivamente com leite materno, estava afebril e não apresentava outras manifestações clínicas sistêmicas.

Figura 1. Fotografia do recém-nascido de nove dias com conjuntivite por clamídia. É visível uma secreção purulenta pronunciada no olho esquerdo, acompanhada de hiperemia e edema palpebral. Também são observadas pústulas periorais. Para cumprir as regulamentações de privacidade, os traços faciais acima do nível dos olhos (região do nariz e da boca) foram intensamente desfocados, mantendo a relevância clínica da imagem.

Profilaxia para oftalmia gonocócica foi administrada ao nascimento usando solução de vitelinato de prata (Argyrol). A mãe, uma primigesta de 15 anos, testou negativo para sífilis, HIV, hepatite B e hepatite C tanto durante a gravidez quanto no momento do parto. Ela relatou leucorreia no último trimestre de gestação, tratada com nistatina sem confirmação laboratorial da causa subjacente. Além disso, informou ter tido múltiplos parceiros sexuais durante a gravidez e o uso de cannabis, ambos fatores de risco aumentados para ISTs.

Os exames laboratoriais do recém-nascido revelaram leucocitose (18.200 células/μL, 6% bastões, 40% neutrófilos segmentados e 31% linfócitos) e contagem de plaquetas de 250.000/μL. O tratamento incluiu oxacilina intravenosa, ceftriaxona e claritromicina. Diagnósticos diferenciais considerados para os sintomas apresentados incluíram patógenos bacterianos como *N. gonorrhoeae* e *Staphylococcus aureus*, bem como etiologias não infecciosas, como dacriocistite neonatal ou conjuntivite química devido à profilaxia ocular. No entanto, o início dos sintomas, a presença de secreção purulenta e hiperemia, juntamente com a confirmação por PCR em tempo real de raspado conjuntival, identificaram conclusivamente *Chlamydia trachomatis* como o agente causador.

Embora um acompanhamento detalhado não tenha sido documentado, a mãe do lactente, contatada após um período significativo, relatou não haver queixas ou preocupações de saúde em relação ao bebê. Essa ausência de problemas relatados apoia a conclusão de recuperação completa e destaca a eficácia do regime de tratamento.

3. Discussão

Dois patógenos significativos são as principais causas de conjuntivite bacteriana neonatal: *Chlamydia trachomatis* (sorotipos D a K) e *Neisseria gonorrhoeae*, ambos ISTs que podem levar à conjuntivite. Historicamente, *N. gonorrhoeae* foi a causa mais comum de oftalmia neonatal, mas sua incidência diminuiu após a introdução da profilaxia com instilação de nitrato de prata a 2% ao nascimento (método de Credé). Atualmente, no Brasil, o nitrato de prata a 1% é reservado para casos em que pomadas de eritromicina a 0,5% ou tetraciclina a 1% não estão disponíveis. No presente caso, o paciente recebeu vitelinato de prata, um agente profilático menos eficaz que o nitrato de prata para prevenir oftalmia gonocócica.

Cerca de 30% a 50% dos bebês nascidos de mães com infecções ativas por clamídia desenvolvem conjuntivite neonatal, que pode se manifestar também na nasofaringe, pulmões, vagina, uretra e reto. Até 20% dos neonatos expostos à clamídia durante o parto desenvolvem pneumonia, sendo que a conjuntivite prévia é identificada em cerca de 50% desses casos. A conjuntivite gonocócica geralmente ocorre de 2 a 5 dias após o nascimento, enquanto a conjuntivite por clamídia aparece entre 5 e 14 dias pós-parto. A conjuntivite por clamídia apresenta-se frequentemente com vermelhidão conjuntival unilateral ou bilateral e secreção aquosa, podendo progredir para secreção purulenta e formação de pseudomembranas.

Neste caso, o recém-nascido apresentou secreção purulenta, particularmente no olho esquerdo, no quinto dia de vida, que se agravou nos dias seguintes. Lesões pustulosas no rosto, pescoço e couro cabeludo também foram observadas e atribuídas a uma infecção estafilocócica, necessitando de tratamento com oxacilina. Além da apresentação clínica e do cronograma, a mãe do neonato possuía múltiplos fatores de risco para infecção por clamídia, incluindo adolescência, múltiplos parceiros sexuais e uso de drogas. Ela também relatou corrimento vaginal durante a gravidez, tratado empiricamente com nistatina, sem investigação laboratorial para determinar sua causa.

A etiologia da conjuntivite foi confirmada por PCR em tempo real a partir de raspado conjuntival, positivo para *C. trachomatis* e negativo para *N. gonorrhoeae*. No momento do diagnóstico, o lactente já estava sendo tratado com ceftriaxona, claritromicina e oxacilina. Embora a eritromicina seja comumente indicada para conjuntivite por clamídia, seu uso

em neonatos carrega o risco de estenose pilórica hipertrófica. Pesquisas adicionais são necessárias para explorar terapias alternativas.

Este caso destaca os desafios do tratamento empírico durante a gravidez, particularmente quando investigações laboratoriais não são realizadas para confirmar a causa subjacente dos sintomas. A leucorreia materna foi tratada empiricamente com nistatina, um regime inadequado para o manejo de infecções por clamídia. Isso evidencia as limitações das abordagens baseadas em sintomas, que frequentemente negligenciam infecções subjacentes significativas. Um diagnóstico mais abrangente, incluindo testes moleculares para ISTs, poderia ter identificado a infecção mais cedo e prevenido a transmissão vertical para o neonato.

O caso também enfatiza as limitações nas estratégias atuais de profilaxia ocular. Embora o vitelinato de prata tenha sido administrado ao nascimento para prevenir oftalmia gonocócica, tal profilaxia não protege contra *Chlamydia trachomatis*. Isso corrobora achados anteriores indicando que a profilaxia ocular rotineira falha em prevenir conjuntivite por clamídia, exigindo rastreamento e tratamento materno direcionados durante a gravidez. Além disso, enquanto a profilaxia ocular permanece eficaz para alguns patógenos, sua dependência como medida preventiva isolada para infecções neonatais está sendo cada vez mais debatida, com apelos para protocolos integrados de cuidado materno que abordem tais lacunas.

4. Conclusão

Este caso destaca a necessidade crítica de rastreamento materno abrangente e manejo eficaz de ISTs durante a gravidez. A ocorrência de infecção por clamídia em um neonato, apesar de triagens negativas para outras ISTs na mãe, evidencia deficiências potenciais nos cuidados perinatais e nos protocolos de teste para ISTs. O histórico da mãe de leucorreia inadequadamente tratada e múltiplos parceiros sexuais reforça a importância de uma avaliação diagnóstica minuciosa e acompanhamento consistente durante a gravidez.

O rastreamento rotineiro, incluindo testes moleculares para clamídia, deve ser integrado aos protocolos de cuidados pré-natais, especialmente para populações de alto risco, como adolescentes. A implementação de políticas de triagem universal e a ampliação do acesso a ferramentas diagnósticas em locais com recursos limitados poderiam reduzir significativamente o risco de transmissão vertical e complicações neonatais. Além disso, educar profissionais de saúde e pacientes sobre as limitações do tratamento empírico e a importância de estratégias de manejo direcionadas é essencial para melhorar os resultados perinatais.

Financiamento: Nenhum.

Aprovação em Comitê de Ética em Pesquisa: O Programa Municipal aprovou os estudos envolvendo humanos sobre Doenças Sexualmente Transmissíveis. Os estudos foram conduzidos de acordo com a legislação local e os requisitos institucionais. Os responsáveis legais/demais parentes dos participantes forneceram consentimento informado por escrito para a participação neste estudo. A permissão informada por escrito foi obtida dos responsáveis legais/demais parentes do(s) indivíduo(s) e menor(es) para a publicação de quaisquer imagens ou dados potencialmente identificáveis incluídos neste artigo.

Agradecimentos: Nenhum.

Conflitos de Interesse: Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

Referência

1. Utagawa ML and Araujo IMCd. Importância do diagnóstico precoce da Chlamydia trachomatis. Revista Brasileira de Análises Clínicas. (2022) 53(3). doi: 10.21877/2448-3877.202102056.
2. Tavares TG, Krunn P, Costa EI, Padilha CML, and Pinto ÁP. Cervicitis, and its agents in the pap smear routine. Brazilian Journal of Sexually Transmitted Diseases. (2007) 19(1):30-34. https://bjstd.org/revista/article/view/709.

3. Adachi K, Nielsen-Saines K, and Klausner JD. Chlamydia trachomatis Infection in Pregnancy: The Global Challenge of Preventing Adverse Pregnancy and Infant Outcomes in Sub-Saharan Africa and Asia. Biomed Res Int. (2016) 2016:9315757. doi: 10.1155/2016/9315757.
4. Darville T. Chlamydia trachomatis infections in neonates and young children. Semin Pediatr Infect Dis. (2005) 16(4):235-44. doi: 10.1053/j.spid.2005.06.004.
5. World Health O. Chlamydia. 2022. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/chlamydia.
6. Durand ML, Barshak MB, and Sobrin L. Eye Infections. N Engl J Med. (2023) 389(25):2363-2375. doi: 10.1056/NEJMra2216081.
7. Auriti C, Mondi V, Aversa S, Merazzi D, Lozzi S, Petroni S, et al. OPHTHALMIA NEONATORUM in Italy: it is time for change. Ital J Pediatr. (2021) 47(1):238. doi: 10.1186/s13052-021-01186-2.
8. Brazil. [Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida]. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. 2017. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf.
9. Zikic A, Schunemann H, Wi T, Lincetto O, Broutet N, and Santesso N. Treatment of Neonatal Chlamydial Conjunctivitis: A Systematic Review and Meta-analysis. J Pediatric Infect Dis Soc. (2018) 7(3):e107-e115. doi: 10.1093/jpids/piy060.
10. Mahoney MJ, Bekibele R, Notermann SL, Reuter TG, and Borman-Shoap EC. Pediatric Conjunctivitis: A Review of Clinical Manifestations, Diagnosis, and Management. Children (Basel). (2023) 10(5). doi: 10.3390/children10050808.
11. Smith-Norowitz TA, Ukaegbu C, Kohlhoff S, and Hammerschlag MR. Neonatal prophylaxis with antibiotic containing ointments does not reduce incidence of chlamydial conjunctivitis in newborns. BMC Infect Dis. (2021) 21(1):270. doi: 10.1186/s12879-021-05974-3.