

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CASSIANO ANTÔNIO MORAES - HUCAM

MARIAH FONSECA E GOBBO ALMEIDA

**CANDIDÍASE CUTÂNEA CONGÊNITA NEONATAL EM UM
RECÉM NASCIDO PREMATURO: RELATO DE CASO**

VITÓRIA

2018

MARIAH FONSECA E GOBBO ALMEIDA

**CANDIDÍASE CUTÂNEA CONGÊNITA NEONATAL EM UM
RECÉM NASCIDO PREMATURO: RELATO DE CASO**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Hospital
Universitário Cassiano Antonio
Moraes – HUCAM, como requisito
parcial para obtenção do certificado
de conclusão da residência em
neonatologia.
Orientador(a): Adriana Amaral Dias

VITÓRIA
2018

MARIAH FONSECA E GOBBO ALMEIDA

CANDIDÍASE CUTÂNEA CONGÊNITA NEONATAL EM UM RECÉM NASCIDO PREMATURO: RELATO DE CASO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Hospital Universitário Cassiano Antonio Moraes, como requisito parcial para obtenção do certificado de conclusão da residência em neonatologia.

Aprovado em 16 de maio de 2018

COMISSÃO EXAMINADORA

Dr.(a) Adriana Amaral Dias
Hospital Universitário Cassiano Antonio Moraes –
HUCAM
Orientador(a)

Dr.(a) Andrea Lübe Antunes de S.Thiago Pereira
Hospital Universitário Cassiano Antonio Moraes –
HUCAM
Neonatologista e preceptora do programa de residência
médica em neonatologia

Dr.(a) Jaqueline Alvarenga Rocha
Hospital Universitário Cassiano Antonio Moraes –
HUCAM
Ginecologista e obstetra, preceptora do programa de
residência médica em ginecologia e obstetria.

RESUMO

A candidíase neonatal congênita é causada pela infecção intrauterina do feto pela *Candida sp.*, apresenta-se nos primeiros 6 dias de vida com erupção cutânea, mais tipicamente está presente desde o primeiro dia de vida. O quadro pode se apresentar de forma diferente em RN prematuros extremos, com dermatite descamativa e/ou erosiva ampla. **Objetivo:** Descrever um caso de candidíase cutânea congênita, a fim de discutir um tema raro em nosso meio abrindo espaço para uma maior discussão sobre o tema e seu conhecimento. **Relato de caso:** Recém-nascido prematuro, nascido de parto vaginal devido trabalho de parto prematuro, Apresentou logo após o nascimento rash cutâneo difuso com lesões papulares com base eritematosa em tronco e membros com descamação difusa. Placenta evidenciando funisite e corioamnionite por *Cândida sp.*. Instituído tratamento com anfotericina B ainda no primeiro dia de vida. Evoluiu de forma favorável sem complicações da doença. **Discussão:** A infecção intra-uterina do bebê pode ocorrer por via ascendente ou pela corrente sanguínea. A incidência de infecção por ascensão vaginal é de menos de 1% e raramente causa corioamnionite. O curso da doença é auto-limitado, benigno e os sintomas geralmente são restritos a pele. O tratamento da forma cutânea da doença isoladamente consiste em antifungicos tópicos ou orais.

Palavras chaves: prematuro, candidíase cutânea congênita

ABSTRACT

Congenital neonatal candidiasis is caused by intrauterine infection of the fetus by *Candida sp.*. Presents in the first 6 days of life with rash, more typically present from the first day of life. May present differently in extremely preterm infants, with scaling and / or erosive broad dermatitis. **Objective:** To describe a case of congenital cutaneous candidiasis, in order to discuss a rare theme in our environment, opening space for a greater discussion about the topic and its knowledge. **Case report:** Premature newborn, born vaginally due to preterm labor, soon after birth presented diffuse cutaneous rash with papular lesions with erythematous base in the trunk and limbs with diffuse desquamation. Placenta evidencing funisitis and chorioamnionitis by *Candida sp.*. Institutionalized with amphotericin B treatment on the first day of life. It evolved favorably without complications of the disease. **Discussion:** Intrauterine infection of the baby can occur upward or through the bloodstream. The incidence of vaginal ascending infection is less than 1% and rarely causes chorioamnionitis. The course of the disease is self-limited, benign and the symptoms are usually restricted to the skin. The cutaneous treatment of the disease alone consists of topical or oral antifungal agents.

Key-words: preterm; Congenital neonatal candidiasis

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	7
2 RELATO DE CASO.....	8
3 DISCUSSÃO.....	10
REFERÊNCIAS.....	12

INTRODUÇÃO

A candidíase neonatal congênita é causada pela infecção intrauterina do feto pela *Candida sp.*. Tal microorganismo é uma levedura que constitui o principal fungo patogênico oportunista que coloniza pele e mucosa de seres humanos. A colonização vaginal pela *Cândida* é duas a três vezes maior nas gestantes quando comparado a não gestantes, podendo chegar a mais de 30%, elevando assim, o risco de transmissão vertical (WAGGONER-FOUNTAIN, et.al, 1996; HOARAU, et.al, 2014). Além disso, da maior prevalência de colonização vaginal pela *cândida* durante a gestação, o fungo pode penetrar as membranas fetais ainda íntegras e causar infecções, levando ao trabalho de parto prematuro (HOARAU, et.al, 2014).

Atualmente existem cerca de 200 leveduras incluídas no gênero da *Cândida* e dessas aproximadamente 20 espécies são responsáveis por causar doenças em humanos. A candidíase cutânea congênita apresenta-se nos primeiros 6 dias de vida com erupção cutânea, mais tipicamente está presente desde o primeiro dia de vida. O rash típico

caracteriza-se por máculas, papulas ou/e pústula de 2-4 mm com base eritematosa de 5-10 mm. Um eritema irregular ou generalizado pode estar presente algumas vezes como quadro inicial. As lesões podem ser polimórficas evidenciando diferentes estágios da doença. O quadro pode se apresentar de forma diferente em RN prematuros extremos, com dermatite descamativa e/ou erosiva ampla. As lesões cutâneas tendem a se resolverem entre 1-2 semanas com descamação, sendo que palmas e plantas podem persistir por mais tempo (DARMSTADT, et.al, 2000). Corioamnionite e/ou funisite são mais comuns em prematuros abaixo de 1000g, quando comparados aos de maior peso (DARMSTADT, et.al, 2000).

A infecção sistêmica afeta principalmente o sistema respiratório e hematológico podendo ocorrer hiperglicemia persistente e glicosúria.

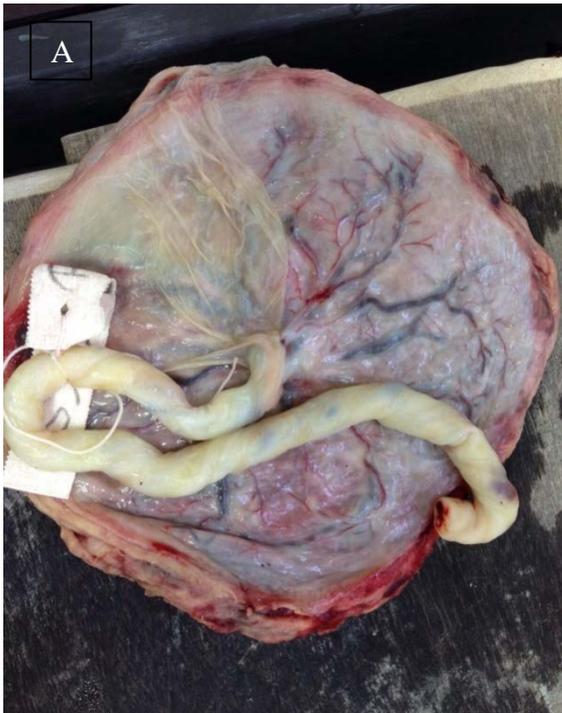
Nesse trabalho será relatado um caso de recém nascido prematuro de muito baixo peso com candidíase cutânea congênita, que evoluiu de forma favorável, a fim de discutir um

tema raro em nosso meio abrindo espaço para uma maior discussão sobre o tema e seu conhecimento.

RELATO DE CASO

Récem-nascido 29 semanas e 6 dias, nascido de parto vaginal por trabalho de parto prematuro (TPP). Mãe secundigesta, 18 anos com pré-natal incompleto. Intercorrências no pré-natal: infecção do trato urinário por duas vezes, tratadas; vaginose típica de candidíase com prurido vaginal sem tratamento específico e diabetes mellitus gestacional controlada com dieta. Recebeu 1 ciclo de betametasona e antibioticoterapia um dia antes do parto, devido TPP. Peso de nascimento de 1450g. Apgar 6/8, necessitou de reanimação neonatal com ventilação com pressão positiva com ventilador manual em T e máscara, sendo posteriormente encaminhado a UTIN para cuidados intensivos. Evoluiu com desconforto respiratório necessitando intubação orotraqueal e ventilação pulmonar mecânica invasiva. Realizado cateterismo umbilical venoso e arterial à admissão.

Apresentou logo após o nascimento rash cutâneo difuso com lesões papulares com base eritematosa em tronco e membros com descamação difusa. Placenta evidenciando fusinite e corioamionite por *Cândida sp.*. Instituído tratamento com anfotericina B ainda no primeiro dia de vida. No terceiro dia de vida paciente não apresentava mais rash cutâneo, mantinha descamação difusa, extubada eletivamente com boa tolerância. Paciente evoluiu de forma favorável, hemocultura e cultura de liquor negativas, fundo de olho normal, ecocardiograma com PCA com repercussão hemodinâmica leve, resolvido e ultrassonografia de rins e vias urinárias normais. Usou anfotericina B por 21 dias. Teve alta com 42 dias de vida. Mãe não apresentou complicações após o parto, mas manteve queixa de prurido vaginal e leucorreia.



Preseça de corriomaiionite (A) e funisite (B) por cândida (lesões puntiformes esbranquiçadas)



Candidiase cutânea por cândida – rash típico (C e D)

DISCUSSÃO

Descrita pela primeira vez em 1960 por Sonnenschein et. al., a candidíase cutânea congênita é uma patologia de apresentação rara com pouco mais de 100 casos descritos em literatura internacional. A infecção intra-uterina do bebê pode ocorrer por via ascendente ou pela corrente sanguínea. Considerava-se que essa doença era resultado de um conjunto de fatores: infecção do trato vaginal materno, ruptura prolongada de membranas amnióticas e administração intensiva de antibióticos à mãe durante a gestação. Mais tarde, Dvorak e Gavaller descreveram um caso de candidíase cutânea congênita em um recém-nascido de parto cesáreo com membranas amnióticas integras e Bruner et.al. diagnosticaram corioamnionite por cândida em amniocentese (Cosgrove et.al., 1997). Sabe-se, portanto que a cândida é capaz de penetrar a barreira amniótica íntegra e causar infecção no feto. No caso em questão não houve ruptura prematura de membranas, mas o histopatológico evidenciou

presença de infecção por cândida no cordão e na placenta.

A incidência de infecção por ascensão da vaginal é de menos de 1% e raramente causa corioamnionite. Em contrapartida, o diagnóstico de corioamnionite é difícil, podendo muitas vezes ser responsável por abortos sem causa aparente, trabalho de parto prematuro e morte fetal intrauterina (Diana et.al., 2004). Alguns fatores de risco foram associados a maior incidência de candidíase congênita, são eles: cerclagem cervical uterina, presença de contraceptivos intrauterinos e conização cervical (Ito et.al., 2013). Outros como ruptura prematura de membranas, tipo de parto, antibioticoterapia e corticoterapia prolongadas, idade materna, estado imune do feto e paridade materna, não parecem estar associados ao desfecho da infecção congênita por cândida (Cosgrove et.al., 1997). Uma vez transposta à barreira amniótica a candidíase pode ser responsável por trabalho de parto prematuro e ruptura prematura de membranas (DARMSTADT, et.aL, 2000). Nossa paciente apresentou leucorreia clássica de candidíase vaginal

durante toda gestação sem tratamento específico, podendo esta ter sido a causa do TPP.

O curso da doença é auto-limitado, benigno e os sintomas geralmente são restritos a pele, em recém nascidos a termo mesmo na presença de funisite ou coriomnionite, porém quando acomete recém –nascidos prematuros abaixo de 1000g o risco de desenvolver doença sistêmica é mais pronunciado. Bebês com menos de 1500g ao nascimento e em ventilação mecânica invasiva tem maior chance de desenvolver pneumonia por cândida e sepse fúngica (Tubman, Reid, 1988). No caso em questão nosso paciente apesar de pretauro e MBP não apresentou doença sistêmica ou acometimento pulmonar, ficando apenas com diagnóstico de candidíase cutânea congênita.

Recém nascidos prematuros são mais afetados que recém nascidos a termo, provavelmente devido às particularidades do sistema imunológico dos prematuros (WAGGONER-FOUNTAIN, et.aL, 1996). Alguns autores demonstraram que 41% dos RN de muito baixo peso ao nascer estavam

colonizados por *Cândida albicans* por transmissão vertical (HOARAU, et.aL, 2014).

Exames como urocultura, hemocultura e cultura de líquido são úteis no diagnóstico de doença sistêmica e quando negativos podem excluí –la (Cosgrove et.al., 1997).

O diagnóstico diferencial da candidíase cutânea congênita deve ser feito com impetigo, infecção por herpes vírus, estafilococos, vírus da varicela zoster, enterovirus, sífilis, eritema tóxico neonatal, melanose pustulosa, entre outras doenças (DARMSTADT, et.aL, 2000). O diagnóstico definitivo dessa patologia é feito pela identificação microscópica de esporões ou pseudohifas da *Cândida albicans*, podendo também ser alcançado com a presença de corioamnionite e/ou funisite ((DARMSTADT, et.aL, 2000).

O tratamento da forma cutânea da doença isoladamente consiste em antifungicos topicos ou orais. Jonhson et.al., após estudar 31 casos da doença recomenda que recém nascido com candidíase cutânea congênita que apresentem pelo menos um dos 6 critérios sejam

incluídos no tratamento com antifúngico sistêmico, são eles: 1) dificuldade respiratória ou qualquer sinal de sepse no período neonatal; 2) peso de nascimento abaixo de 1500g; 3) tratamento com antibiótico de largo espectro de ação; 4) procedimentos invasivos como cateter venoso; 5) culturas positivas; 6) evidência de alteração da resposta imune.

O caso em questão aborda um recém-nascido com peso de nascimento inferior a 1500g, que evoluiu com necessidade de ventilação pulmonar mecânica no período neonatal e cateterismo umbilical, com apresentação clínica típica da doença e análise da placenta evidenciando funisite e corioamnionite por candida. Apesar de culturas negativas, paciente se enquadra em 3 critérios de Johnson et.al., fez uso de antifúngico sistêmico por 21 dias com boa evolução.

REFERÊNCIAS

COSGROVE, B.F.; et.al.; **Congenital cutaneous candidiasis**

associated with respiratory distress and elevation of liver function tests: A Case report and review of the literature. Journal of the American Academy of Dermatology, 1997; 37:817-23

DARMSTADT, G.L.; et.al.; **Congenital Cutaneous Candidiasis: Clinical Presentation, Pathogenesis, and Management Guidelines.** Pediatrics, 2000; 105:438.

DIANA, A.; et.al.; **“White dots on the placenta and red dots on the baby”:** congenital cutaneous candidiasis – a rare disease of the neonate. Acta Paediatr, 2004; 93:996-1001

HOARAU, G., et. al.; **Genetic Diversity Among Candida albicans Isolates Associated with Vertical transmission in Preterm Triplets.** Mycopathologia, 2014; 178:285–290.

ITO, F., et.al.; **Premature delivery due to intrauterine Candida infection that caused neonatal congenital cutaneous candidiasis: A case report.** The Journal of Obstetrics and Gynaecology Research, 2013; 39: 341-343.

TUBMAN, T.R.J., REID, M. M.; **Congenital cutaneous candidiasis.** The Ulster Medical Journal, 1988;57: 85-87

WAGGONER-FOUNTAIN, L. A., et. al.; **Vertical and Horizontal Transmission of Unique Candida Species to Premature Newborns.** Clinical Infectious Diseases, 1996; 22:803-8.