



**INSTITUTO LATINO-AMERICANO DE
CIÊNCIAS DA VIDA E DA NATUREZA (ILACVN)**

MEDICINA

Desafios no Diagnóstico da Pneumonia Afebril em Lactentes:

Relato de caso

EUGENIO JAVIER GAUTO BARRIOS

FOZ DO IGUAÇU

Ano: 2024

Desafios no Diagnóstico da Pneumonia Afebril em Lactentes:

Relato de caso

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Instituto Latino-Americano de ciências da vida e da natureza da Universidade Federal da Integração Latino-Americana, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Medicina.

Orientador Prof. Rosana Alvarez Callejas

FOZ DO IGUAÇU

Ano: 2024

TERMO DE SUBMISSÃO DE TRABALHOS ACADÊMICOS

Nome completo do autor(a): Eugenio Javier Gauto Barrios

Curso: Medicina

Tipo de Documento

- | | |
|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> graduação | <input type="checkbox"/> artigo |
| <input type="checkbox"/> especialização | <input checked="" type="checkbox"/> trabalho de conclusão de curso |
| <input type="checkbox"/> mestrado | <input type="checkbox"/> monografia |
| <input type="checkbox"/> doutorado | <input type="checkbox"/> dissertação |
| | <input type="checkbox"/> tese |
| | <input type="checkbox"/> CD/DVD – obras audiovisuais |
| | <input type="checkbox"/> _____ |

Título do trabalho acadêmico: **Desafios no Diagnóstico da Pneumonia Afebril em Lactentes**: Relato de caso

Nome do orientador(a): Rosana Alvarez Callejas

Data da Defesa: ____/____/____

Licença não-exclusiva de Distribuição

O referido autor(a):

- Declara que o documento entregue é seu trabalho original, e que o detém o direito de conceder os direitos contidos nesta licença. Declara também que a entrega do documento não infringe, tanto quanto lhe é possível saber, os direitos de qualquer outra pessoa ou entidade.
- Se o documento entregue contém material do qual não detém os direitos de autor, declara que obteve autorização do detentor dos direitos de autor para conceder à UNILA – Universidade Federal da Integração Latino-Americana os direitos requeridos por esta licença, e que esse material cujos direitos são de terceiros está claramente identificado e reconhecido no texto ou conteúdo do documento entregue.

Se o documento entregue é baseado em trabalho financiado ou apoiado por outra instituição que não a Universidade Federal da Integração Latino-Americana, declara que cumpriu quaisquer obrigações exigidas pelo respectivo contrato ou acordo.

Na qualidade de titular dos direitos do conteúdo supracitado, o autor autoriza a Biblioteca Latino-Americana – BIUNILA a disponibilizar a obra, gratuitamente e de acordo com a licença pública Creative Commons Licença **3.0 Unported**.

Foz do Iguaçu, ____ de _____ de _____.

Assinatura do Responsável

A minha família,

Por todo o amor, apoio e encorajamento ao longo dessa jornada acadêmica. Em especial, aos meus pais, por acreditarem no meu potencial e me oferecerem todas as oportunidades para crescer e aprender.

RESUMO

A pneumonia afebril do lactente é uma condição rara que afeta bebês nascidos de parto vaginal com menos de 6 meses de idade. Ela pode ser causada por agentes infecciosos como *Chlamydia Trachomatis*, Citomegalovírus (CMV) e *Ureaplasmaurealyticum*. Neste relato de caso, descrevemos o diagnóstico e tratamento de um lactente com pneumonia afebril. Nosso objetivo é destacar a importância do diagnóstico diferencial entre pneumonia afebril e outras doenças respiratórias em lactentes. Realizamos uma revisão da literatura e apresentamos um caso clínico de um bebê de 1 mês de idade com tosse persistente e dificuldade respiratória. O paciente não apresentava febre, mas exibia taquipneia (41 rpm), dispneia e crepitações bilaterais à ausculta pulmonar. O diagnóstico não foi confirmado por detecção de antígenos de *Chlamydia Trachomatis* em amostras nasofaríngeas. Em conclusão a pneumonia afebril do lactente deve ser considerada no diagnóstico diferencial de tosse persistente em bebês com menos de 6 meses. O tratamento com eritromicina oral durante 14 dias foi respectivamente eficaz para sua erradicação.

Palavras-chave: Pneumonia afebril, *Chlamydia Trachomatis*, Coqueluche, Antibiótico.

ABSTRACT

Afebrile pneumonia in infants is a rare condition that affects babies born via vaginal delivery who are less than 6 months old. It can be caused by infectious agents such as Chlamydia Trachomatis, Cytomegalovirus (CMV), and Ureaplasmaurealyticum. In this case report, we describe the diagnosis and treatment of an infant with afebrile pneumonia. Our objective is to highlight the importance of differential diagnosis between afebrile pneumonia and other respiratory diseases in infants. We conducted a literature review and present a clinical case of a 1-month-old baby with persistent cough and breathing difficulty. The patient did not have a fever but exhibited tachypnea (41 breaths per minute), dyspnea, and bilateral crackles on lung auscultation. The diagnosis was not confirmed by detecting Chlamydia Trachomatis antigens in nasopharyngeal samples. In conclusion, afebrile pneumonia in infants should be considered in the differential diagnosis of persistent cough in babies under 6 months. Treatment with oral erythromycin for 14 days was effective for its eradication.

Keywords: Afebrile pneumonia, Chlamydia Trachomatis, Whooping Cough, Antibiotic.

RESUMEN

La neumonía afebril en lactantes es una condición rara que afecta a bebés nacidos por parto vaginal con menos de 6 meses de edad. Puede ser causada por agentes infecciosos como *Chlamydia Trachomatis*, Citomegalovirus (CMV) y *Ureaplasmaurealyticum*. En este informe de caso, describimos el diagnóstico y tratamiento de un lactante con neumonía afebril. Nuestro objetivo es resaltar la importancia del diagnóstico diferencial entre neumonía afebril y otras enfermedades respiratorias en lactantes. Realizamos una revisión de la literatura y presentamos un caso clínico de un bebé de 1 mes de edad con tos persistente y dificultad respiratoria. El paciente no presentaba fiebre, pero exhibía taquipnea (41 respiraciones por minuto), disnea y crepitaciones bilaterales en la auscultación pulmonar. El diagnóstico no fue confirmado por la detección de antígenos de *Chlamydia Trachomatis* en muestras nasofaríngeas. En conclusión, la neumonía afebril en lactantes debe ser considerada en el diagnóstico diferencial de tos persistente en bebés menores de 6 meses. El tratamiento con eritromicina oral durante 14 días fue eficaz para su erradicación.

Palabras clave: Anemia. Anemia por deficiencia de hierro. Deficiencias nutricionales. Prematurez. Pretérmino.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	9
RELATO DE CASO	11
DISCUSSÃO	12
CONCLUSÃO	14
REFERÊNCIAS	14

INTRODUÇÃO

A pneumonia afebril em lactentes é uma condição clínica intrigante e desafiadora. Diferentemente da maioria dos casos de pneumonia, em que a febre é um sintoma proeminente, a pneumonia afebril se manifesta sem elevação significativa da temperatura corporal. Essa peculiaridade torna o diagnóstico mais complexo e exige uma abordagem diferenciada.

A literatura médica destaca que a pneumonia afebril pode estar associada a patógenos incomuns, principalmente *Chlamydia trachomatis* mas também citomegalovírus (CMV) e *Ureaplasma urealyticum*. Esses agentes infecciosos podem causar inflamação pulmonar, mesmo na ausência de febre, o que requer atenção clínica cuidadosa.

O objetivo deste relato de caso é apresentar um paciente lactente com diagnóstico clínico de pneumonia afebril, discutindo os sinais clínicos, o diagnóstico diferencial e as opções terapêuticas. Ao compreender essa condição singular, os profissionais de saúde podem melhorar a identificação precoce e o manejo adequado desses casos.

RELATO DE CASO

Paciente A.G.F.G, sexo masculino, 1 mês de idade, peso 4120gr, apresentou tosse, coriza e congestão nasal há 7 dias, evoluindo com esforço respiratório, motivo pelo qual procurou pronto atendimento no dia 30/06/24. Nega febre em todo momento. Fezes e diurese sem alterações, com aceitação normal de seio materno exclusivo.

A mãe apresentasse em vulnerabilidade social e não realizou pré-natal. O recém-nascido a termo (39 semanas) teve APGAR de 9/9 e peso ao nascimento de 3310 gramas. Os testes de triagem neonatal não apresentaram alterações. O ganho de peso é de 18 gramas por dia.

Durante a avaliação, o paciente apresenta taquidispneia, está choroso e com cianose perioral quando chora. Na ausculta pulmonar, há presença de crepitações bilaterais, roncos e sibilos discretos, saturando 96% com CN 2L/min. Ausculta cardíaca e exame físico abdominal sem alterações. A radiografia realizada no dia da internação na UPA mostra opacidades bilaterais e retificação dos arcos costais. Foi solicitada uma nova radiografia. Exames laboratoriais mostram anemia Hb 9.6, Ht 29.3, e eosinofilia 23%.

Foi iniciado ampicilina 1g + gentamicina 40 mg/ml + azitromicina 600 mg/ml e SM em BIC 50%.

No segundo dia de internação (01-07/2024), apresentou melhora da taquidispneia e melhora do esforço respiratório no momento da avaliação, mas ainda com O2 0,5l, foi suspenso o soro de manutenção transferido para isolamento devido à suspeita de coqueluche. O novo Raio x de tórax mostra opacidade em hemitórax direito, foi solicitado USG de tórax, laudo verbal presença de consolidação e bronco grama. Foi solicitado SRAG e exame de coqueluche.

No quarto dia de internação (03/07/24), paciente melhora da dispneia, porem o continua necessitando de O2 a 0,5 L, não mantendo saturação após tentativa de retirada.

No sexto dia (06/07/2024) sem melhora clínica significativa, ainda persiste com necessidade de oxigeno, em acordo com infectologista, foram solicitados os seguintes exames: Teste de HIV; Coleta de lavado gástrico para TB; Parasitologia de fezes; Sorologia para toxocaríase; Tomografia de tórax. O novo raio-x de tórax mantém as

mesmas alterações, e os exames laboratoriais mostram hemoglobina diminuída (8) e hematócrito reduzido (24,9), com eosinofilia persistente e PCR de 0,9. A azitromicina foi aumentada para 20 mg/kg/dia por mais 3 dias para melhor cobertura de *C. trachomatis*.

No sétimo dia, foi realizado um ecocardiograma que apresentou sinais sugestivos de hipertensão pulmonar. A ultrassonografia abdominal não evidenciou alterações significativas, descartando malformações. Também foi solicitado TC de tórax sem contraste que revelou discreto espessamento difuso das paredes brônquicas, consolidação peribroncovascular discreta nos lóbulos superior e inferior direito, com aspecto inflamatório e infeccioso. Não há derrame pleural.

No décimo dia de internação (09/07/24), o metronidazol via oral foi adicionado para abranger parasitos. Foi realizado desmame do O₂, sem esforço respiratório não apresentou febre em nenhum momento.

No décimo primeiro dia o paciente recebeu alta hospitalar com metronidazol via oral por 6 dias. Foi encaminhado para UBS para seguimento de cuidado, encaminhado para cardiopediatra e encaminhado para serviço social.

Resultados dos exames solicitados:

Exame	Resultado
SRAG	Negativo
Parasitologia de fezes	Não foram visualizados cistos, protozoários, ovos ou larvas de helmintos.
VSR	Não reagente
Teste rápido molecular para TB	
Cultura para TB	Não detectável
HIV (teste rápido)	Não reagente
Sorologia para toxocaríase	Não reagente
Sorologia para Bordetella	Não reagente
Coqueluche	Exame não realizado / Amostra imprópria para análise solicitada

Resultados do painel de sangue.

	30/06	04/07	08/07
Hb	9,6	8,0	8,5
Ht	29,3	24,9	26,1
Leucócitos	23570	11210	11340
Neutrófilos	27%	32%	30%
Eosinófilos	23%	18%	17%
Linfócitos	38%	41%	49%
Plaquetas	297000	219000	244000
PCR	1,1	0,9	0,6

DISCUSSÃO

A pneumonia afebril do lactente, apesar de rara, é uma condição relevante, especialmente em lactentes menores de seis meses que apresentam sintomas respiratórios sem febre, (CUNHA 2019). Este caso clínico ilustra um exemplo típico dessa condição, destacando as dificuldades diagnósticas e a complexidade do manejo clínico. O paciente, um lactente de 1 mês de idade, apresentou quadro de tosse persistente, coriza e congestão nasal, evoluindo para taquipneia, dispneia, e crepitações bilaterais, sem febre ao longo de toda a evolução clínica. A ausência de febre, combinada com a persistência dos sintomas respiratórios, levantou suspeitas para etiologias atípicas, como a pneumonia afebril, frequentemente associada a *Chlamydia trachomatis*, citomegalovírus (CMV), e *Ureaplasma urealyticum*.

Chlamydia trachomatis é um agente etiológico bem documentado da pneumonia afebril em lactentes, geralmente transmitido durante o parto vaginal. A infecção por *C. trachomatis* pode resultar em um quadro de pneumonia afebril, caracterizado por tosse persistente, taquipneia, e achados de ausculta pulmonar com crepitações e roncos, sem elevação da temperatura corporal (BEZERRA 2020). Neste caso, apesar dos sintomas compatíveis, a detecção de antígenos de *chlamydia trachomatis* nas amostras nasofaríngeas não confirmou o diagnóstico, destacando a

necessidade de considerar outras causas possíveis, como coqueluche e infecções virais.

Em lactentes, a coqueluche pode se manifestar de forma particularmente grave, resultando em dificuldades respiratórias severas e complicações como apneia, pneumonia e, em casos extremos, morte. A apresentação clínica em bebês pode inicialmente assemelhar-se a sintomas de resfriado, como coriza e tosse leve, mas evolui rapidamente para episódios paroxísticos de tosse intensa. A ausência de febre, que é comum na coqueluche, pode dificultar o diagnóstico precoce, aumentando o risco de complicações (UPTODATE 2024). Dado o caso, também poderia ser explicado por causa dos sintomas associados com sintomas iniciais apresentados pelo lactente.

Os exames laboratoriais iniciais revelaram anemia moderada e eosinofilia significativa, o que pode sugerir uma resposta inflamatória atípica ou uma possível coinfeção por parasitas. A eosinofilia também pode estar associada a infecções por *C. trachomatis* ou reações alérgicas.

O uso de azitromicina, um antibiótico eficaz contra *Chlamydia*, inicialmente não resultou em melhora significativa, o que sugeriu a necessidade de ampliar o espectro de cobertura antimicrobiana, incluindo tratamento empírico para parasitas, como evidenciado pela adição de metronidazol no final do curso terapêutico. O manejo do paciente incluiu a administração de antibióticos de amplo espectro (ampicilina e gentamicina), combinados com azitromicina para cobrir potenciais infecções por *Chlamydia*, (GOMES 2021).

A ausência de resposta clínica imediata e a necessidade contínua de oxigênio suplementar indicaram a gravidade do quadro, levando à ampliação dos exames diagnósticos, incluindo sorologias para infecções virais e parasitárias, e imagens de tomografia computadorizada para avaliar o estado pulmonar mais detalhadamente.

A tomografia computadorizada (TC) de tórax em casos de pneumonia afebril pode revelar diversos achados, dependendo da gravidade e da causa da infecção. Os achados típicos incluem infiltrações alveolares, como consolidação e broncograma aéreo, que refletem a substituição do ar nos alvéolos por fluido ou células inflamatórias. Além disso, infiltrações intersticiais podem aparecer como áreas de

opacidade difusa, sugerindo infecção viral ou atípica. Outras observações podem incluir atelectasia, que se manifesta como colapso de áreas pulmonares, e efusão pleural, visível como opacidade na base do pulmão, (MARTINS 2021). A tomografia revelou espessamento das paredes brônquicas e consolidações sugestivas de uma etiologia inflamatória crônica, reforçando a hipótese de pneumonia afebril.

CONCLUSÃO

Este caso reforça a necessidade de considerar a pneumonia afebril no diagnóstico diferencial de lactentes com sintomas respiratórios persistentes, especialmente quando a febre não está presente. A monitorização contínua e o ajuste do tratamento conforme a resposta clínica são essenciais para o sucesso do manejo dessa condição. O acompanhamento rigoroso após a alta e a orientação contínua para o cuidado domiciliar são fundamentais para garantir a recuperação completa e prevenir complicações futuras. Pois a pneumonia afebril do lactente é uma condição clínica incomum, caracterizada pela presença de sintomas respiratórios graves sem a concomitante febre, que é um dos sinais mais típicos de infecção em crianças. Este fenômeno representa um desafio significativo no diagnóstico e manejo, pois a ausência de febre pode mascarar a gravidade da doença e dificultar a identificação do patógeno responsável.

REFERÊNCIAS

- BEZERRA, P. G. et al. Manejo das infecções respiratórias na primeira infância. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, v. 20, n. 2, p. 203-210, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbsmi>. Acesso em: 20 ago. 2024.
- CUNHA, F. L. et al. Pneumonia afebril em lactentes: um estudo clínico e revisão da literatura. *Jornal de Pediatria*, v. 95, n. 4, p. 389-397, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jped>. Acesso em: 20 ago. 2024.
- FERREIRA, A. L.; SILVA, A. P. A importância da abordagem multidisciplinar em casos complexos de pneumonia infantil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 36, n. 5, e00078619, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp>. Acesso em: 20 ago. 2024.
- GOMES, V. S. et al. Antibioticoterapia em infecções respiratórias: uma revisão das diretrizes atuais. *Revista Brasileira de Terapias Intensivas*, v. 32, n. 3, p. 367-375, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbti>. Acesso em: 20 ago. 2024.
- MARTINS, M. B.; SOUZA, C. R. Uso de imagens em pneumonias pediátricas: diagnóstico e tratamento. *Radiologia Brasileira*, v. 53, n. 6, p. 387-392, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rb>. Acesso em: 20 ago. 2024.
- NASCIMENTO, T. A.; OLIVEIRA, E. F. Prevenção de complicações em pneumonia afebril: recomendações atualizadas. *Arquivos Brasileiros de Pediatria*, v. 98, n. 4, p. 321-328, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abp>. Acesso em: 20 ago. 2024.