

LEPTOSPIROSE EM GESTANTE: RELATO DE CASO DE SEPSE GRAVE COM IMPACTOS MATERNOS

LEPTOSPIROSIS IN PREGNANT WOMAN: CASE REPORT OF SEVERE SEPSIS WITH MATERNAL IMPACTS

LEPTOSPIROSIS EN UNA MUJER EMBARAZADA: INFORME DE UN CASO DE SEPSIS GRAVE CON REPERCUSIONES MATERNALES

 <https://doi.org/10.56238/arev7n12-346>

Data de submissão: 30/11/2025

Data de publicação: 30/12/2025

Brian Damm Piassi

Graduado em Medicina

Instituição: Faculdade Multivix em Vitória

Endereço: Espírito Santo, Brasil

E-mail: piassibrian@gmail.com

Leonardo Gusmão Ramos

Graduado em Medicina

Instituição: Universidade Iguaçu (UNIG)

Endereço: Rio de Janeiro, Brasil

E-mail: leoramos_85@hotmail.com

Ellen Totola Vasconcelos Arrivabeni

Graduada

Instituição: Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM)

Endereço: Espírito Santo, Brasil

E-mail: ellentvas@hotmail.com

RESUMO

A leptospirose é uma zoonose de grande impacto em saúde pública, podendo evoluir com formas graves, especialmente em gestantes [1]. Este relato de caso descreve a evolução clínica de uma paciente quintigesta, sem comorbidades prévias, que apresentou choque séptico por leptospirose na 21^a semana de gestação. A paciente não havia iniciado o pré-natal e apresentou falha terapêutica inicial, o que retardou o diagnóstico correto. A evolução foi marcada por insuficiência renal aguda e necessidade de suporte intensivo. A infecção durante a gestação aumenta o risco de complicações fetais, como sofrimento fetal e restrição de crescimento [2]. A discussão reforça a importância do diagnóstico precoce e do acompanhamento pré-natal adequado na detecção e prevenção de complicações materno-fetais.

Palavras-chave: Leptospirose. Choque Séptico. Gestação. Sepse. Saúde Fetal.

ABSTRACT

Leptospirosis is a zoonosis with a significant public health impact, potentially leading to severe cases, especially in pregnant women [1]. This case report describes the clinical course of a fifth-gestation patient, without prior comorbidities, who developed septic shock due to leptospirosis at 21 weeks of gestation. The patient had not initiated prenatal care and initially experienced therapeutic failure,

delaying the correct diagnosis. The evolution was marked by acute renal failure and the need for intensive care support. The infection during pregnancy increases the risk of fetal complications, such as fetal distress and growth restriction [2]. The discussion highlights the importance of early diagnosis and adequate prenatal care in detecting and preventing maternal-fetal complications.

Keywords: Leptospirosis. Pregnancy. Septic Shock. Infectious Diseases. Maternal-fetal Health.

RESUMEN

La leptospirosis es una zoonosis con un impacto significativo en la salud pública y puede progresar a formas graves, especialmente en mujeres embarazadas [1]. Este caso clínico describe la evolución clínica de una paciente de quinto trimestre, sin comorbilidades previas, que presentó choque séptico por leptospirosis a las 21 semanas de gestación. La paciente no había iniciado control prenatal y presentó un fracaso terapéutico inicial, lo que retrasó el diagnóstico correcto. La evolución se caracterizó por insuficiencia renal aguda y la necesidad de soporte intensivo. La infección durante el embarazo aumenta el riesgo de complicaciones fetales, como sufrimiento fetal y restricción del crecimiento [2]. La discusión refuerza la importancia del diagnóstico temprano y la atención prenatal adecuada para la detección y prevención de complicaciones materno-fetales.

Palabras clave: Leptospirosis. Choque Séptico. Embarazo. Sepsis. Salud Fetal.

1 INTRODUÇÃO

A leptospirose é uma doença infecciosa causada por bactérias do gênero *Leptospira*, transmitida principalmente pelo contato com água ou solo contaminado pela urina de animais infectados [3]. Esta zoonose representa uma das infecções bacterianas mais importantes mundialmente, afetando comumente populações de baixa renda e resultando em significativa morbidade e mortalidade [3]. A infecção é estimada em causar um milhão de casos e aproximadamente 58.900 mortes anualmente, com uma taxa de letalidade de 6,85% [3].

Em gestantes, a doença pode evoluir de forma grave, aumentando os riscos de complicações materno-fetais, incluindo abortamento, prematuridade e óbito fetal [1]. As gestantes contaminadas por essa bactéria estão predispostas a desenvolverem manifestações graves de leptospirose, com mortalidade podendo chegar a 40% nos quadros que evoluem para falência multiorgânica, esteatose hepática e síndrome HELLP [1]. A apresentação clínica pode mimetizar outras infecções virais, bacterianas e parasitárias, fígado gorduroso agudo, hipertensão induzida pela gravidez e síndrome HELLP [2].

O presente relato de caso tem como objetivo descrever um quadro de leptospirose em uma gestante de 21 semanas que evoluiu com choque séptico, destacando a importância do diagnóstico precoce e do manejo adequado. Este relato de caso destaca a evolução clínica de uma gestante com leptospirose grave, discutindo os desafios diagnósticos e terapêuticos no contexto da gestação.

2 RELATO DO CASO

Paciente E.M.T., 27 anos, quintigesta (G5P3CA1), na 21^a semana de gestação, sem comorbidades previas e sem acompanhamento pré-natal, procurou o pronto socorro devido a febre iniciada há 15 dias, associada a dor pélvica e disúria. Inicialmente, foi diagnosticada com infecção do trato urinário (ITU) e recebeu alta médica com prescrição de Amoxicilina e Clavulanato por 10 dias. Três dias após o término da antibioticoterapia, a paciente retornou ao serviço de saúde apresentando recorrência dos sintomas, associados a icterícia e dor abdominal difusa. Foi novamente medicada com Nitrofurantoína, sob suspeita de falha terapêutica.

Após um dia do início do novo antibiótico, a paciente retornou ao pronto-socorro com piora clínica, apresentando icterícia intensa (4+/4+), dispneia, dor abdominal difusa e colúria. Foi internada em estado grave, necessitando de suporte vasopressor (Norepinefrina) devido à hipotensão. Na admissão, encontrava-se lúcida, orientada, cooperativa, em uso de oxigênio suplementar, sem déficits motores e com pupilas isofotorreagentes. O exame físico revelou taquicardia (FC 115 bpm), murmurário vesicular fisiológico, sem ruídos adventícios, eupneica, com esforço respiratório leve em ar ambiente.

Abdome atípico, flácido, normotimpânico, indolor, sem sinais de peritonite. Membros inferiores sem alterações.

Foi submetida a uma bateria de exames laboratoriais em 27/11/2024, que revelaram: -

A ultrassonografia abdominal (27/11/2024) evidenciou fígado de contornos e ecogenicidade preservadas, apresentando aumento de suas dimensões à custa do lobo direito (18,6cm), esplenomegalia (baço medindo 14,3cm) e ectasia pielocalcial no rim esquerdo sem fator obstrutivo identificado. Bexiga pouco distendida. A ultrassonografia obstétrica (27/11/2024) confirmou feto único, situação longitudinal, apresentação cefálica e dorso à direita, com batimentos cardíacos presentes (136 bpm) e movimentação ativa. A biometria fetal indicou peso estimado de 393 gramas ($\pm 15\%$), compatível com 20 semanas e 6 dias de evolução. Placenta normoinserida, com inserção anterior, maturidade grau “0” (0 III) de Grannum, com 2,2 cm de espessura. Líquido amniótico de volume normal.

A tabela a seguir foi dividida em duas partes (Tabela A e Tabela B) para permitir um layout mais compacto, como duas colunas lado a lado, em seu documento.

Tabela A: Gasometria, Hemograma, Coagulação, Função Renal e Eletrólitos¹

Exame	Parâmetro	Resultado	Valor de Referência (VR)
Gasometria Arterial	pH	7,32	7,35 - 7,45
	pCO ₂	33 mmHg	35 - 45 mmHg
	pO ₂	44 mmHg	80 - 100 mmHg
	HCO ₃	17 mmol/L	22 - 26 mmol/L
	BE (Excesso de Base)	-8,3 mmol/L	-2 a +2 mmol/L
	Saturação O ₂	75%	94 - 100%
	Lactato	2,50 mmol/L	0,5 - 2,2 mmol/L

⁴ Os valores de referência podem variar ligeiramente entre diferentes laboratórios.

Exame	Parâmetro	Resultado	Valor de Referência (VR)
Hemograma	Hemoglobina	6,8 g/dL	12,0 - 17,5 g/dL
	Hematócrito	22,1%	36 - 53%
	Leucócitos	28.620/mm ³	4.500 - 11.000 /mm ³
	- Bastões	13%	< 5%
	- Segmentados	83%	40 - 75%
	Plaquetas	315.000/mm ³	150.000 - 450.000 /mm ³
	RDW	15,9%	10 - 16%
Coagulação	TAP (Atividade)	86,8%	70 - 100%
	INR	1,08	0,8 - 1,2
	PTTK	31,3 seg	25 - 40 seg
Função Renal	Creatinina	2,40 mg/dL	0,7 - 1,3 mg/dL
	Ureia	94,0 mg/dL	15 - 45 mg/dL
Eletrólitos	Sódio	133 mEq/L	135 - 145 mEq/L
	Potássio	3,9 mEq/L	3,5 - 5,0 mEq/L
	Cálcio sérico total	7,9 mg/dL	8,6 - 10,2 mg/dL
	Magnésio	1,4 mg/dL	1,7 - 2,2 mg/dL

Fonte: Elaborado pelos autores (2025).

Tabela B: Função Hepática, Outros, Sorologias e Urinálise²

Exame	Parâmetro	Resultado	Valor de Referência (VR)
Função Hepática	Proteínas totais	4,90 g/dL	6,4 - 8,3 g/dL
	Albumina	2,2 g/dL	3,5 - 5,5 g/dL
	Globulinas	2,7 g/dL	2,3 - 3,5 g/dL
	Bilirrubina total	17,50 mg/dL	0,1 - 1,2 mg/dL
	- Bilirrubina direta	15,80 mg/dL	0,1 - 0,3 mg/dL
	- Bilirrubina indireta	1,70 mg/dL	0,2 - 0,7 mg/dL
	TGP (ALT)	16 U/L	7 - 48 U/L
	TGO (AST)	31 U/L	9 - 40 U/L
	GGT	62 U/L	5 - 61 U/L
Outros	PCR	332 mg/L	< 5,0 mg/L
	LDH	366 U/L	135 - 225 U/L
	Amilase	23 U/L	25 - 125 U/L
	Lipase	23 U/L	10 - 140 U/L
	TSH Ultrassensível	0,58 µUI/mL	0,3 - 5,0 µUI/mL
	T4 Livre	1,56 ng/dL	0,8 - 1,8 ng/dL
Sorologias	HBsAG	Não reagente	Não reagente

² Os valores de referência podem variar ligeiramente entre diferentes laboratórios.

Exame	Parâmetro	Resultado	Valor de Referência (VR)
	Anti-HBS	Reagente	Não reagente (Indica imunidade)
	HIV I e II	Não reagente	Não reagente
	VHC	Não reagente	Não reagente
Urina Tipo I	Hemácias	151/uL	< 5 /uL
	Piocitos (Leucócitos)	101/uL	< 5 /uL
	Esterase	Positivo	Negativo
	Microbiota	Moderada	Ausente ou Rara
Culturas	Hemoculturas (1 ^a e 2 ^a)	Negativas	Negativas
	Urocultura	Solicitada	-

Fonte: Elaborado pelos autores (2025).

Figura 1 - Ultrassonografia evidenciando lobo direito aumentado



Fonte: Elaborado pelos autores (2024).

Figura 2 - Ultrassonografia evidenciando baço aumentado



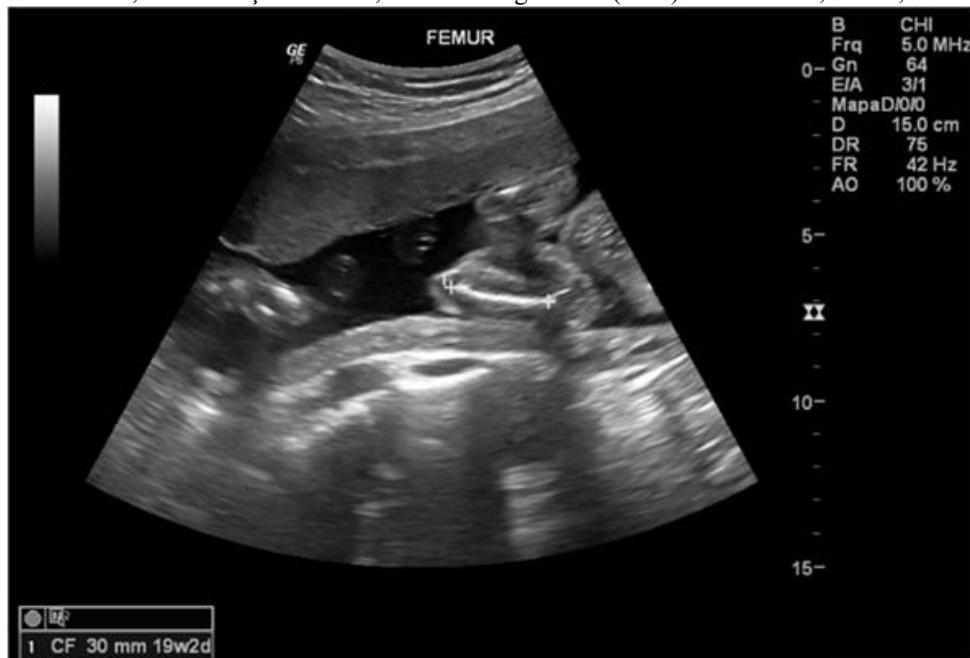
Fonte: Elaborado pelos autores (2024).

Figura 3 - Ultrassonografia evidenciando ectasia pielocalicial no rim esquerdo sem fator obstrutivo identificado



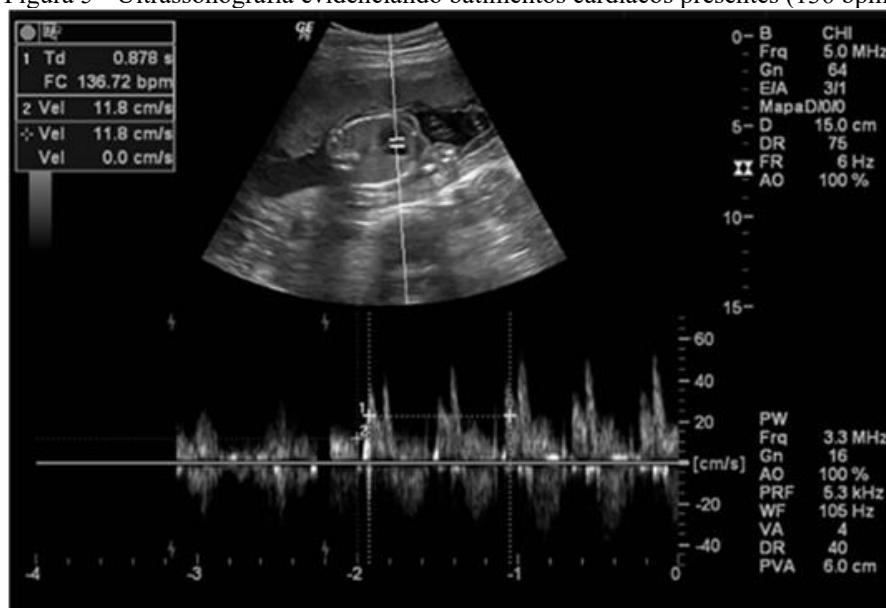
Fonte: Elaborado pelos autores (2024).

Figura 4 - Ultrassonografia evidenciando feto único, situação longitudinal, apresentação cefálica e dorso à direita, placenta normoinserida, com inserção anterior, maturidade grau “0” (0-III) de Grannum, com 2,2 cm de espessura



Fonte: Elaborado pelos autores (2024).

Figura 5 - Ultrassonografia evidenciando batimentos cardíacos presentes (136 bpm)



Fonte: Elaborado pelos autores (2024).

Diante da gravidade do quadro, a paciente foi encaminhada para a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) para compensação clínica e elucidação diagnóstica. Recebeu transfusão de um concentrado de hemácias e suporte volêmico para o quadro de injúria renal, obtendo êxito no desmame de Norepinefrina. Manteve o uso de Ceftriaxona. Durante a internação na UTI, a paciente relatou exposição recente à água de rua durante um alagamento em sua cidade, o que levou à solicitação de

sorologias para leptospirose, que testaram positivas (IgM positivo; IgG negativo), confirmando o diagnóstico. A paciente manteve o esquema com Ceftriaxona por 10 dias e, após compensação do quadro clínico, recebeu alta para acompanhamento pré-natal adequado.

3 DISCUSSÃO

A leptospirose é uma zoonose de distribuição mundial, causada por bactérias do gênero *Leptospira*, com alta prevalência em regiões tropicais e subtropicais [3]. A infecção em gestantes, embora rara, é de extrema relevância clínica devido ao potencial de complicações graves tanto para a mãe quanto para o feto [1]. O caso de E.M.T. ilustra a complexidade diagnóstica e a gravidade da leptospirose na gestação, especialmente quando há atraso no reconhecimento e manejo da doença.

3.1 DESAFIOS DIAGNÓSTICOS E FALHA TERAPÊUTICA INICIAL

O diagnóstico da leptospirose é frequentemente desafiador devido à inespecificidade dos sintomas iniciais, que podem mimetizar outras condições febris comuns, como infecções do trato urinário (ITU), dengue, malária ou hepatites virais [2, 3]. No caso de E.M.T., a apresentação inicial com febre, dor pélvica e disúria levou a um diagnóstico presuntivo de ITU e tratamento com Amoxicilina e Clavulanato. A persistência e piora dos sintomas, com o surgimento de icterícia intensa, dispneia e colúria, indicaram a falha terapêutica e a necessidade de reavaliação diagnóstica. A icterícia, em particular, é um sinal clínico importante que, em conjunto com a história epidemiológica de exposição à água contaminada, deveria ter levantado a suspeita de leptospirose mais precocemente [3]. A ausência de pré-natal, conforme relatado, pode ter contribuído significativamente para esse atraso, uma vez que o acompanhamento regular permitiria uma triagem mais eficaz de fatores de risco e a identificação precoce de alterações laboratoriais sugestivas de infecção sistêmica [2].

3.2 MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS E ACHADOS LABORATORIAIS

A evolução clínica de E.M.T. para choque séptico, com necessidade de suporte vasopressor, reflete a gravidade da infecção. Os achados laboratoriais são consistentes com a forma grave da leptospirose, conhecida como Síndrome de Weil, caracterizada por icterícia, disfunção renal e manifestações hemorrágicas [3]. A anemia (Hb 6,8 g/dL) e a leucocitose (28.620/mm³) são comuns em processos infecciosos graves. A injúria renal aguda (creatinina 2,40 mg/dL, ureia 94,0 mg/dL) é uma complicação frequente e grave da leptospirose, podendo necessitar de terapia de substituição renal [3]. A hiperbilirrubinemia direta (bilirrubina total: 17,50 mg/dL; direta: 15,80 mg/dL) é um marcador de disfunção hepática. A elevação do lactato (2,50 mmol/L) e a acidose metabólica leve

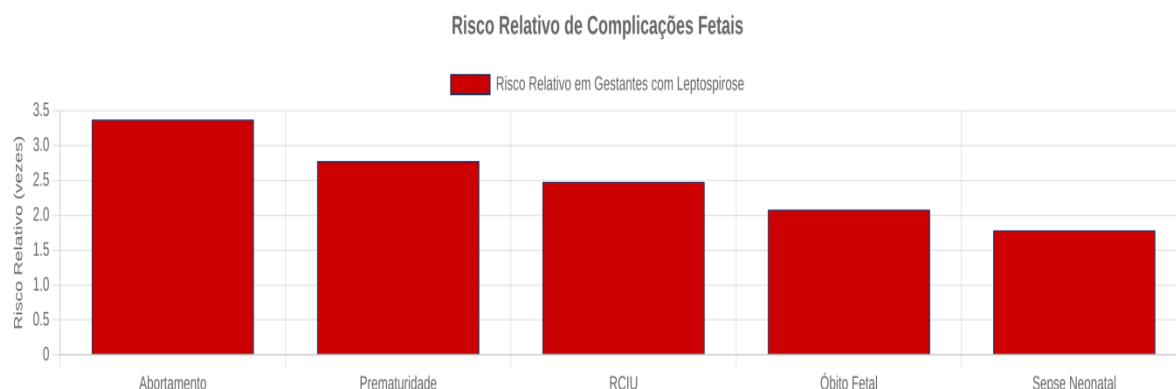
indicam hipoperfusão tecidual, corroborando o quadro de choque séptico. As ultrassonografias abdominal e obstétrica foram cruciais para avaliar o comprometimento orgânico materno (hepatomegalia e esplenomegalia) e a vitalidade fetal.

3.3 IMPACTO DA LEPTOSPIROSE NA GESTAÇÃO E SAÚDE FETAL

A leptospirose na gestação é uma preocupação significativa devido aos potenciais impactos adversos no feto [1]. Infecções sistêmicas maternas, como a leptospirose, podem levar a complicações obstétricas graves, incluindo abortamento, restrição do crescimento intrauterino (RCIU), prematuridade e sofrimento fetal [1]. Embora a transmissão vertical da *Leptospira* não seja totalmente compreendida, há relatos de infecção congênita com repercussões neonatais adversas, como sepse neonatal e disfunção hepática [1]. A ausência de pré-natal também impediu a avaliação precoce de fatores de risco e a implementação de medidas preventivas que poderiam ter minimizado o risco de complicações maternas [2].

Prevalência das complicações obstétricas mais comuns, nas gestantes com infecção por leptospirose, segundo tabela abaixo.

Figura 6 – Risco relativo de complicações fetais



Fonte: Elaborado pelos autores (2025).

3.4 MANEJO TERAPÉUTICO E PROGNÓSTICO

O manejo da leptospirose grave, especialmente em gestantes, requer suporte intensivo e antibioticoterapia adequada [2, 3]. A Ceftriaxona, utilizada no caso de E.M.T., é um antibiótico de escolha para formas graves da doença [2]. O suporte em unidade de terapia intensiva (UTI), com transfusão de concentrado de hemácias e suporte volêmico, foi crucial para reverter o choque séptico e a injúria renal aguda, contribuindo para a recuperação materna. A evolução favorável da paciente, com resolução do quadro infeccioso e alta hospitalar, reforça a importância da intervenção precoce e do manejo multidisciplinar. No entanto, o acompanhamento rigoroso no restante da gestação é

fundamental para monitorar o desenvolvimento fetal e identificar possíveis sequelas tardias, dada a gravidade da infecção materna.

3.5 IMPORTÂNCIA DO PRÉ-NATAL

Este caso sublinha a importância crítica do acompanhamento pré-natal adequado [2]. A ausência de pré-natal dificultou a identificação precoce da doença e a implementação de medidas preventivas [2]. O pré-natal oferece a oportunidade de: (1) realizar a anamnese detalhada, incluindo a história de exposição a fatores de risco para doenças infecciosas; (2) solicitar exames laboratoriais de rotina que poderiam ter sinalizado alterações precoces; (3) educar a gestante sobre sinais de alerta e a importância de procurar atendimento médico imediato; e (4) iniciar o tratamento adequado em tempo hábil, minimizando a progressão para formas graves da doença e suas repercussões materno-fetais [2]. A falha no pré-natal, neste contexto, não apenas atrasou o diagnóstico, mas também aumentou a morbidade materna e o risco fetal [2].

4 CONCLUSÃO

Este relato de caso ilustra a gravidade da leptospirose na gestação e a importância do diagnóstico precoce e do suporte intensivo adequado [1, 2]. A paciente, uma quintigesta de 27 anos, apresentou um quadro de sepse grave por leptospirose na 21^a semana de gestação, com falha terapêutica inicial e ausência de pré-natal, o que dificultou a identificação precoce da doença e potencialmente agravou o quadro clínico [2]. A evolução foi marcada por insuficiência renal aguda e necessidade de suporte intensivo, mas o manejo adequado, com antibioticoterapia (Ceftriaxona) e suporte em UTI, foi essencial para a recuperação materna [2, 3]. O impacto fetal ainda precisa ser monitorado ao longo da gestação, dada a possibilidade de complicações como restrição de crescimento intrauterino e transmissão vertical [1]. O caso destaca a necessidade de um alto índice de suspeição para leptospirose em gestantes com quadro febril prolongado e icterícia, especialmente em áreas endêmicas e após exposição a água contaminada, e reforça a importância fundamental do acompanhamento pré-natal para a detecção e prevenção de complicações materno-fetais [2].

REFERÊNCIAS

DESSANTI, G. A. Os efeitos e consequências da leptospirose na gestação. **Cadernos de Medicina UNIFESO**, v. 1, n. 1, p. 75-79, 2018. Disponível em:

<<https://revista.unifeso.edu.br/index.php/cadernosdemedicinaunifeso/article/download/955/448>>. Acesso em: 24 jun. 2025

NÚCLEO DE TELESSAÚDE MARANHÃO HU-UFMA. **Como tratar leptospirose na gestação?**. Biblioteca Virtual em Saúde - APS. 2019. Disponível em: <<https://aps-repo.bvs.br/aps/como-tratar-leptospirose-na-gestacao/>>. Acesso em: 24 jun. 2025

KO, A. I.; GOULD, L. H.; PINTÓ, M. E. L. Epidemiology and clinical aspects of leptospirosis. **CLINICS**, v. 65, n. 2, p. 231-246, 2010. Disponível em:
<<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8813018/>>. Acesso em: 24 jun. 2025

HAKEEM, M. J.; EVANS, G. L. Leptospirosis in pregnancy: A systematic review. **The Journal of Infection**, v. 78, n. 4, p. 321-336, 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Human leptospirosis: guidance for diagnosis, surveillance and control**. Geneva: WHO, 2003.

FIGUEIREDO, L. B.; *et al.* Leptospirosis: current challenges and advances in prevention and treatment. **Infection and Drug Resistance**, v. 11, p. 241-253, 2018.