Residência RP Pediátrica
Publicação Oficial da Sociedade Brasileira de Pediatria
ISSN-Online: 2236-6814

Data de Submissão: 17/01/2019
Data de Aprovação: 24/04/2019

RELATO DE CASO

Febre maculosa: relato de caso

Spotted fever: case report

Thais Meneses Wyatt[1], Manoella Garcia Carrera[2], Thaís Simões Lacerda[2], Janinne Fachetti Rocha[2], Bárbara Freitas Pinto[2], Danielle Andrade Jaretta[1], Gabriela Franco Fabres[2], Racire Sampaio Silva[1]

Palavras-chave:
Doenças Transmitidas por Carrapatos,
Criança,
Rickettsiose do Grupo da Febre Maculosa.

Resumo

A febre maculosa é uma zoonose emergente grave causada pela bactéria *Rickettsia* e transmitida por carrapatos, esta pode ser fatal se não for diagnosticada e tratada no início dos sintomas clínicos. Segue o relato de caso de um paciente pediátrico, residente de área rural do interior do Espírito Santo, Brasil, com febre Maculosa que apresentou evolução desfavorável. O diagnóstico foi confirmado através da técnica de imunofluorescência indireta após o óbito. Considerando a alta letalidade e a prevalência da doença nas regiões Sudeste e Sul do Brasil, deve-se pensar nesse diagnóstico diferencial na presença de sintomatologia e epidemiologia sugestivas desse agravo, visando reduzir a morbimortalidade da população acometida.

Keywords:
Tick-Borne Diseases,
Child,
Spotted Fever Group
Rickettsiosis

Abstract

Spotted fever is a severe and emergent zoonosis caused by *Rickettsia* and transmitted by ticks, it can be fatal if not diagnosed and treated in the begging of clinical symptoms. The following report is the description of a case of a pediatric patient residing in a rural area in the countryside of the state of Espírito Santo, Brazil, with spotted fever presenting unfavorable evolution. The diagnosis was confirmed by the indirect immunofluorescence test after death. Considering the high lethality and prevalence of the disease in the southeastern and southern regions of Brazil, this differential diagnosis should be considered in the presence of symptomatology and epidemiology suggestive of this disease, in order to reduce the morbidity and mortality of the affected population.

[1] Hospital Estadual Infantil e Maternidade Alzir Bernardino Alves, Pronto Socorro e UTIP - Vila Velha - Espírito Santo - Brasil.
[2] Universidade Vila Velha, Curso de Medicina - Vila Velha - Espírito Santo - Brasil.

Endereço para correspondência:
Thais Meneses Wyatt.
Hospital Estadual Infantil e Maternidade Alzir Bernardino Alves
Av. Min. Salgado Filho, 918 - Cristóvão Colombo, Vila Velha - ES,Brasil. CEP: 29106-345. E-mail: thaiswyatt@hotmail.com

Este trabalho está licenciado sob uma Creative Commons Attribution 4.0 International License.

INTRODUÇÃO

A Febre Maculosa Brasileira (FMB), doença de notificação compulsória, também é conhecida como Tifo transmitido pelo carrapato ou Febre Petequial. Foi reconhecida pela primeira vez, no Brasil, em 1929, em São Paulo[1].

A febre maculosa tem sido registrada em São Paulo, Minas Gerais, Rio de Janeiro, Espírito Santo, Bahia, Santa Catarina, Paraná, Rio Grande do Sul, Distrito Federal, Goiás, Ceará, Mato Grosso do Sul, Rondônia e Pernambuco. Santa Catarina e São Paulo são as Unidades Federadas que apresentam os maiores coeficientes de incidência por 100 mil habitantes. Vale lembrar que a notificação compulsória deve ser feita imediatamente. A taxa de letalidade média é de 32,9%, no entanto, chama-se a atenção para a região Sudeste do Brasil, onde a taxa de letalidade é de aproximadamente 50%[1,4].

A bactéria gram negativa *Rickettsia,* causadora da febre maculosa, é intracelular obrigatória e transmitida por picada de carrapatos infectados do gênero *Amblyomma*[1,2].

Embora no Brasil o número de casos confirmados de febre maculosa esteja em declínio desde 2005, as taxas de mortalidade giram em torno de 20 a 30%, em função das dificuldades em fazer o diagnóstico e estabelecer a terapia apropriada, relacionadas ao pouco conhecimento sobre a doença e à sintomatologia inespecífica[1,3-4].

As manifestações clínicas têm início cerca de uma semana após a picada do carrapato, com febre alta, cefaleia, dores abdominais e erupção maculopapular. A doença pode evoluir para complicações respiratórias e renais, transtornos de coagulação e encefalite. Devido à gravidade da doença, a antibioticoterapia com tetraciclinas ou cloranfenicol deve ser iniciada rapidamente, independentemente da análise laboratorial[1,5-6].

Os exames laboratoriais são inespecíficos, porém para confirmação do caso, há disponível no Brasil a cultura com isolamento da *Rickettsia*, este é o método diagnóstico ideal, a reação sorológica de imunofluorescência indireta (RIFI), utilizando antígenos específicos para *Rickettsia*, que é o mais utilizado. Deve ser considerado como confirmatório um aumento de 4 vezes no título em uma segunda amostra coletada, pelo menos, 2 semanas após a primeira. Outros métodos utilizados são a reação em cadeia da polimerase (PCR) e a imuno-histoquímica[1,6].

Este relato almeja contribuir para melhor compreensão da doença pelos profissionais da saúde, a fim de auxiliá-los no reconhecimento de um caso suspeito, além de descrever um caso confirmado de febre maculosa evidenciando critérios clínicos e laboratoriais para diagnóstico, reforçando a importância da identificação precoce da febre maculosa e suas características clínicas, para melhor prognóstico.

RELATO DE CASO

R.V., masculino, 10 anos, morador de área rural no estado do Espírito Santo, encaminhado ao serviço de emergência do Hospital Estadual Infantil e Maternidade Alzir Bernardino Alves, em Vila Velha, com relato de febre há 3 dias, associada a cefaleia, mialgia e dor em panturrilha, que evoluiu com exantema difuso, vômitos e diarreia.

História epidemiológica evidenciou moradia próxima a ratos e cavalos. Ao exame físico apresentava-se desidratado, ictérico +/4+, hipocorado +/4+, linfonodomegalia cervical e hepatomegalia, restante do exame sem alterações. O exame laboratorial evidenciou pancitopenia. Iniciado ceftriaxone e feito expansão volêmica com 20 ml/kg.

Após 14 horas paciente evoluiu obnubilado, taquipneico, taquicárdico, com sinais de má perfusão periférica, petéquias disseminadas e piora da icterícia. Sem resposta ao tratamento inicial, foi encaminhado à UTI pediátrica (UTIP) com hipotensão, exantema violáceo em membros inferiores e sangramento em locais de punção. Realizado intubação orotraqueal, iniciado adrenalina em infusão contínua, concentrado de plaquetas, vitamina K e associado oxacilina em antibioticoperapia.

Em 24 horas da entrada no hospital, o paciente teve piora do estado geral, com pulsos não palpáveis, múltiplas sufusões hemorráficas e insuficiência renal. Associado drogas vasoativas e hemoconcentrados, sem resposta. Evoluiu com cinco paradas cardíacas, sendo a última sem sucesso na reanimação. Veio a óbito 12 horas após admissão na UTIP. O corpo foi encaminhado ao Serviço de Verificação de Óbitos (SVO) para elucidação diagnóstica. Resultado confirmou Febre Maculosa através da reação sorológica de imunofluorescência indireta.

DISCUSSÃO

A *Rickettsia* tem sua evolução em estrito relacionamento com a de seus animais-reservatório, os equídeos, os roedores, como a capivara, e os marsupiais, como o gambá. Os animais mantêm infecção persistente ao amplificar as riquétsias, assim como transportar carrapatos potencialmente infectados[2]. No caso, o paciente residia em área rural próxima a cavalos no interior do Espírito Santo, um dos estados do Brasil que a Febre Maculosa tem sido registrada[3,4,9].

O paciente apresentou um quadro febril inespecífico, gerando, por isso, muitas hipóteses diagnósticas, como leptospirose, dengue, salmonelose e viroses exantemáticas. Com a progressão da doença, a piora da icterícia e os sinais de má perfusão tecidual, outros diagnósticos diferenciais passaram a ser considerados, como meningococcemia, febre amarela, forma grave de leptospirose (Síndrome de Weil), ou ainda outras doenças transmitidas por carrapatos, como a Doença de Lyme[1,4-6].

Já na UTIP, o paciente evoluiu com hipotensão, múltiplas sufusões hemorrágicas e insuficiência renal. Juntando todos os dados epidemiológicos bem como os exames laboratoriais e a evolução do agravo, a hipótese de Febre Maculosa se apresentou mais factível, porém não a principal, tendo em vista que a

comprovação pela sorologia ainda não havia sido determinada. Desse modo, o paciente foi tratado com antibioticoterapia empírica de amplo espectro, além da realização do tratamento de suportes hemodinâmico e ventilatório.

A primeira escolha para tratamento de casos de Febre Maculosa é a Doxiciclina, independentemente da faixa etária, enquanto o cloranfenicol é a segunda opção terapêutica. Porém, há obstáculos técnicos e terapêuticos devido a não existência de doxiciclina via parenteral no Brasil[1,6,9]. De maneira análoga, as dificuldades existentes em todo o país, no serviço do presente caso, o tratamento de escolha seria o cloranfenicol endovenoso. Lamentavelmente, o paciente veio a óbito após a quinta parada cardiorrespiratória na UTIP, não proporcionando o tempo hábil para início da antibioticoterapia apropriada.

O diagnóstico de Febre Maculosa foi baseado na história clínico-epidemiológica e confirmado no SVO por meio da imunofluorescência indireta em apenas uma amostra, uma vez que o desfecho clínico do paciente impossibilitou uma segunda coleta. Foi realizada notificação compulsória ao centro de vigilância epidemiológica do município de Vila Velha.

Levando em consideração a alta letalidade e a prevalência da doença nas regiões Sudeste e Sul, o diagnóstico diferencial da febre maculosa deve ser instituído em quadros clínicos semelhantes para que não haja atraso no diagnóstico e tratamento, a fim de diminuirmos o desfecho desfavorável de tal doença[6,9].

CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

REFERÊNCIAS

1. Del Fiol FS, Junqueira FM, Rocha MCP, Toledo MI, Barberato Filho S. A febre maculosa no Brasil. Rev Panam Salud Publica. 2010; 27(6): 461–6.
2. Szabó MPJ, Pinter A, Labruna MB. Ecology, biology and distribution of spotted-fever tick vectors in Brazil. Frontiers in Cellular and Infection Microbiology. 2013 Jul 12; 3(27): 1-9.
3. Oliveira SV, Pereira SVC, Pinna FV, Fonseca LX, Serra-Freire NM, Cardoso KM, et al. Vigilância de ambientes da febre maculosa: explorando as áreas silenciosas do Brasil. Rev Pan-Amaz Saúde. 2016; 7(3): 65-72.
4. Araújo RP, Navarro MBMA, Cardoso TAO. Febre maculosa no Brasil: estudo da mortalidade para a vigilância epidemiológica. Cad. Saúde Colet. 2015; 23(4): 354-61.
5. Bonoldia VLN, Marangonia RG, Gauditanoa G, Moraes-Filho J, Labrunab MB, Yoshinari NH. Primeiro caso de febre maculosa brasileira branda associada à artrite. Rev Bras Reumatol. 2014; 54(3): 237-40.
6. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2014. Available in: http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2015/fevereiro/06/guia-vigilancia-saude-atualizado-05-02-15.pdf
7. Walker DH, Raoult D. Rickettsia ricketsii and other spotted fever group rickettsiae (Rocky Mountain spotted fever and other spotted fever). In: Mendel GL, Bennett JE, Dolin R. Mandell, Douglas, and Bennett´s principles and practices of infectious diseases. Philadelphia: Churchill Livingstone; 2005.
8. Woods C.R. Rocky Mountain Spotted Fever in Children. Pediatric Clinics of North America. 2013 Abril; 60(2): 455-70.
9. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Sistema de informação de agravos de notificação – Sinan: Normas e rotinas. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. Available in: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_informacao_agravos_notificacao_sinan.pdf
10. Baldeo C, Seegobin K, Zuberi L. Immune thrombocytopenia as a consequence of rocky mountain spotted fever. Case Reports in Oncology. 2017 out 23; 10: 945–7.
11. Drexler NA, Yaglom H, Casal M, Fierro M, Kriner P, Murphy B, et al. Fatal rocky mountain spotted fever along the United States–Mexico border, 2013–2016. Emerging Infectious Diseases. 2017 out; 23(10): 1621-6.
12. Silva N, Eremeeva ME, Rozental T, Ribeiro GS, Paddock CD, G Ramos EA et al. Eschar-associated spotted fever Rickettsiosis, Bahia, Brazil. Emerging Infectious Diseases. 2011; 17(2): 275-8.
13. Spolidorio MG, Labruna MB, Mantovani E, Brandão PE, Richtzenhain LJ, Yoshinari NH. Novel spotted fever group Rickettsiosis, Brazil. Emerging Infectious Diseases. 2010; 16(3): 521-3.
14. Campos EP, Meira DA. Febre maculosa: Apresentação de um caso clínico. Revista Sociedade Brasileira de Medicina Tropical. 1982; 15: 121-4.