



NOTA TÉCNICA – NT 04 / DVDTV / 2015

FEBRE MACULOSA BRASILEIRA E OUTRAS RIQUETSIOSES

CARACTERÍSTICAS GERAIS:

Doença infecciosa febril, causada por riquetsias (*Rickettsia rickettsii*, *Rickettsia parkeri*) transmitida por carrapatos (gênero *Amblyomma*) conhecido como carrapato estrela, cursando com formas leves e atípicas até formas graves com alta letalidade. Pode potencialmente ser transmitida pelo carrapato do cão. Equídeos, roedores (capivara), e marsupiais como o gambá têm importância no ciclo de transmissão. Ocorre quando o artrópode permanece aderido ao hospedeiro por um período de 4 a 6 horas.

SINTOMATOLOGIA.

Período de incubação de 2 a 14 dias. Início costuma ser abrupto com sintomas inespecíficos: febre, em geral alta; cefaléia; mialgia intensa; mal-estar generalizado; náuseas; vômitos.

Entre o 2º e o 6º dia da doença surge o exantema máculo-papular, de evolução centrípeta e predomínio nos membros inferiores, podendo acometer região palmar e plantar (em 50 a 80% dos pacientes).

Embora seja o sinal clínico mais importante, o exantema pode estar ausente, o que pode dificultar e/ou retardar o diagnóstico e o tratamento, determinando uma maior letalidade.

Nos casos graves, o exantema vai se transformando em petequiral e, depois, em hemorrágico, constituído principalmente por equimoses ou sufusões. No paciente não tratado, as equimoses tendem à confluência, podendo evoluir para necrose, principalmente em extremidades.

Nos casos graves, é comum a presença de:

- edema de membros inferiores;
- hepatoesplenomegalia;
- manifestações renais com azotemia pré-renal caracterizada por oligúria e insuficiência renal aguda;
- manifestações gastrointestinais, como náusea, vômito, dor abdominal e diarreia;
- manifestações pulmonares: tosse, infiltrado alveolar com pneumonia intersticial e derrame pleural;
- manifestações neurológicas: déficit neurológico, meningite e/ou meningoencefalite com líquido claro;
- manifestações hemorrágicas, como petéquias e sangramento muco-cutâneo, digestivo e pulmonar.

Se não tratado, o paciente pode evoluir para um estágio de torpor e confusão mental, com frequentes alterações psicomotoras, chegando ao coma profundo. Icterícia e convulsões podem ocorrer em fase mais avançada da doença. Nesta forma, a letalidade, quando não ocorre o tratamento, pode chegar a 80%.

DIAGNÓSTICO LABORATORIAL:



As amostras para isolamento devem ser coletadas, preferencialmente, antes do uso de antibióticos, exceto as amostras para sorologia, que podem ser colhidas em qualquer tempo, e encaminhadas ao Laboratório Central de Saúde Pública (Lacen), acompanhadas das solicitações de exames preenchidas.

EXAMES:

Reação de imunofluorescência indireta (RIFI). Deve-se coletar a primeira amostra de soro nos primeiros dias da doença (fase aguda) e a segunda amostra de 14 a 21 dias após a primeira coleta.

Pesquisa direta da riquetsia

- Imuno-histoquímica: amostras de tecidos obtidas em biópsia de lesões de pele de pacientes infectados.
- Técnicas de biologia molecular: reação em cadeia da polimerase (PCR).
- Isolamento: isolamento do agente etiológico a partir do sangue ou fragmentos de tecidos ou órgãos.

Exames inespecíficos e complementares

Hemograma: anemia e a plaquetopenia são achados comuns e auxiliam na suspeita diagnóstica. Os leucócitos podem apresentar desvio à esquerda.

Enzimas: Creatinoquinase (CK), desidrogenase láctica (LDH), aminotransferases (ALT/TGP e AST/TGO) e bilirrubinas estão geralmente aumentadas.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:

Durante os primeiros dias de doença, as manifestações clínicas podem sugerir leptospirose, dengue, hepatite viral, salmonelose, meningoencefalite, malária e pneumonia por *Mycoplasma pneumoniae*.

Com o surgimento do exantema, os diagnósticos diferenciais são meningococcemia, sepse por estafilococos e por gram-negativos, viroses exantemáticas (enteroviroses, mononucleose infecciosa, rubéola, sarampo), outras riquetsioses do grupo do tifo, erliquiose, borrelioses (doença de Lyme), febre purpúrica brasileira, farmacodermia, doenças reumatológicas (como lúpus), entre outras.

TRATAMENTO:

Doxiciclina: antimicrobiano de escolha para terapêutica de todos os casos suspeitos de infecção pela *Rickettsia rickettsii* e de outras riquetsioses. Na impossibilidade de sua utilização oral ou injetável, preconiza-se o cloranfenicol como droga alternativa. Em geral, quando a terapêutica apropriada é iniciada nos primeiros 5 dias da doença, a febre tende a desaparecer entre 24 e 72 horas após o início da terapia e a evolução tende a ser benigna.

Antibioticoterapia recomendada

Adultos

Doxiciclina: 100mg de 12 / 12 horas, via oral ou endovenosa a depender da gravidade do caso, mantido por 3 dias após o término da febre. Sempre que possível a doxiciclina deve ser priorizada.



Cloranfenicol: 500mg de 6 / 6 horas, via oral, mantido por 3 dias após o término da febre. Em casos graves, recomenda-se 1,0 g, por via endovenosa, a cada 6 horas, até a melhora do quadro clínico, mantendo-se o medicamento por mais de 7 dias, por via oral, na dose de 500mg, de 6 em 6 horas.

Crianças

Doxiciclina: nas crianças com peso inferior a 45kg, a dose recomendada é 2,2mg/kg de 12 / 12 horas, por via oral ou endovenosa, a depender da gravidade do caso, mantido por 3 dias após o término da febre. Sempre que possível seu uso deve ser priorizado.

Cloranfenicol: 50 a 100mg/kg/dia, de 6 / 6 horas, até a melhora do quadro clínico, nunca ultrapassando 2,0g por dia, por via oral ou endovenosa.

A partir da suspeita de febre maculosa, a terapêutica com antibióticos deve ser iniciada imediatamente, não se devendo esperar a confirmação laboratorial do caso.

O cloranfenicol na apresentação líquida (125mg/5ml), para uso oral é disponibilizado exclusivamente pelo Ministério da Saúde, fornecidos para os serviços de Saúde Municipais pelo CEMEPAR.

O cloranfenicol e a doxiciclina, nas apresentações: oral (comprimidos) e endovenoso, são adquiridos pelos Serviços Municipais de Saúde ou pelos Consórcios Intermunicipais de Saúde como medicamentos destinados a agravos prevalentes e prioritários da Atenção Básica, presentes na RENAME vigente.

NOTIFICAÇÃO:

Todo caso suspeito de febre maculosa requer notificação compulsória e investigação. A notificação da febre maculosa deve ser registrada no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), do Ministério da Saúde, através do preenchimento da Ficha de Investigação de Febre Maculosa.

Fonte: Ministério da Saúde. Guia de Vigilância Epidemiológica. Brasília – DF 2014.
<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/novembro/27/guia-vigilancia-saude-linkado-27-11-14.pdf>