

FEBRE MACULOSA BRASILEIRA
CID 10: A77.0

ASSESSORIA DE ZONOSSES E ANIMAIS PEÇONHENTOS

RESPONSÁVEIS: RODOLFO BRAGA BARROS

DANIELE DINIZ NEVES

JANAÍNA DE SOUSA MENEZES

SHIRLEY BARBOSA FEITOSA

CARACTERÍSTICAS GERAIS

DESCRIÇÃO

A Febre Maculosa Brasileira (FMB) é uma doença infecciosa febril aguda, de gravidade variável, cuja apresentação clínica pode variar desde as formas leves e atípicas até formas graves, com elevada taxa de letalidade. É transmitida por carrapatos, principalmente do gênero *Amblyomma*. O tratamento precoce é essencial para evitar formas mais graves da doença.

AGENTE ETIOLÓGICO

Rickettsia rickettsii, bactéria gram-negativa intracelular obrigatória.

RESERVATÓRIO

Carrapatos, equídeos, roedores e marsupiais

MODO DE TRANSMISSÃO

A Febre Maculosa Brasileira é adquirida pela picada do carrapato infectado com *Rickettsia* e a transmissão, geralmente ocorre quando o artrópode permanece aderido ao hospedeiro por um período de 4 a 6 horas.

PERÍODO DE INCUBAÇÃO

2 a 14 dias

PERÍODO DE TRANSMISSÃO

Os carrapatos permanecem infectados durante toda a vida, de 18 a 36 meses.

DEFINIÇÃO DE CASO

Suspeito: indivíduo que apresente febre de início súbito, cefaléia, mialgia e história de picada de carrapato e/ou ter frequentado área sabidamente de transmissão de febre maculosa, nos últimos 15 dias; ou indivíduo que apresente febre de início súbito, cefaléia, mialgia, seguido de aparecimento de exantema maculo-papular, entre o 2º e 5º dias de evolução e/ou manifestações hemorrágicas.

Confirmado: Critério laboratorial: todo caso suspeito em que houver soroconversão dos títulos da Reação de Imunofluorescência Indireta (RIFI), de acordo com o Quadro 1.

Critério clínico-epidemiológico: indivíduo que foi a óbito com quadro clínico compatível com a doença e que tenha antecedentes epidemiológicos, não tendo sido possível a coleta oportuna de material para exames.

Compatível: indivíduo com quadro clínico sugestivo de febre maculosa, que apresente RIFI reagente (título > 64), em amostra única ou em 2 amostras colhidas com intervalo de 14 a 21 dias, sem que se confirme o aumento de, no mínimo, 4 vezes os títulos entre as mesmas.

Descartado: todo caso suspeito com diagnóstico para outra doença ou caso suspeito sem dados suficientes para confirmar o diagnóstico de febre maculosa

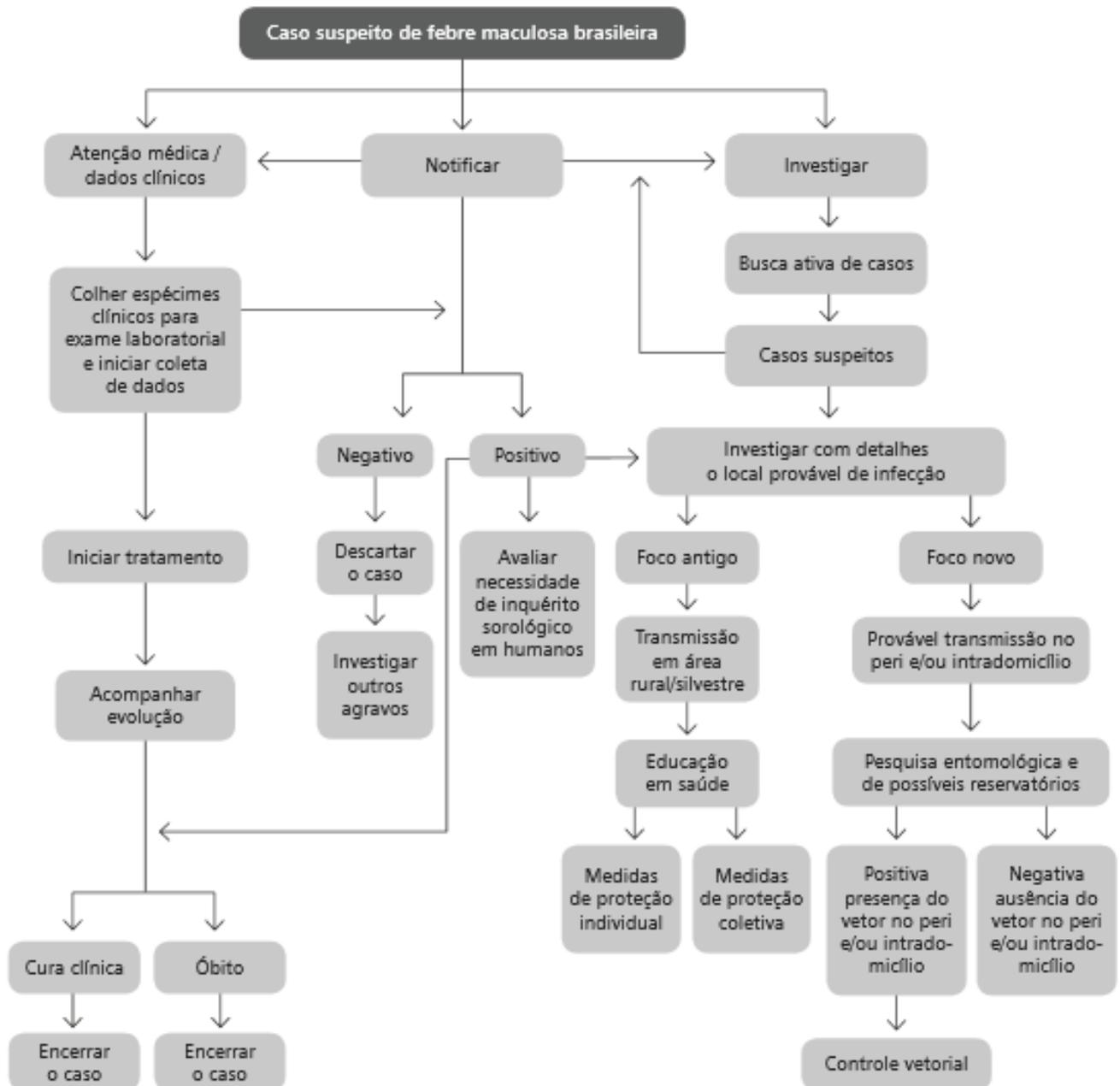
NOTIFICAÇÃO

Todo caso humano suspeito requer notificação compulsória e investigação.

INVESTIGAÇÃO

A investigação de casos de FMB deve ser iniciada imediatamente após a notificação, de acordo com a Figura 1, para permitir que as medidas de controle e prevenção de novos casos possam ser adotadas em tempo oportuno.

Fluxograma de investigação epidemiológica da febre maculosa brasileira



ASPECTOS CLÍNICOS E LABORATORIAIS

QUADRO CLÍNICO

A Febre Maculosa pode apresentar um curso clínico variável, desde quadros clássicos a formas atípicas sem exantema. O início geralmente é abrupto e os sintomas são inicialmente inespecíficos e incluem: febre (em geral alta), cefaléia, mialgia intensa, mal-estar generalizado, náuseas e vômitos.

Em geral, entre o 2º e o 5º dias de doença, surge o exantema maculo-papular, de evolução centrípeta e predomínio nos membros inferiores. Nos casos graves, o exantema vai se transformando em petequiral e, posteriormente, em hemorrágico, constituído principalmente por equimoses ou sufusões. Embora seja o sinal clínico mais importante, o exantema pode estar ausente, o que pode dificultar e/ou retardar o diagnóstico e tratamento, determinando uma maior letalidade.

Nos casos graves, é comum a presença de edema de membros inferiores, hepatoesplenomegalia, manifestações renais, gatrointestinais, pulmonares, neurológicas e hemorrágicas.

DIAGNÓSTICO LABORATORIAL

O diagnóstico laboratorial é realizado por reação de imunofluorescência indireta (RIFI) e é estabelecido pelo aparecimento de anticorpos específicos no soro de pacientes, que com a evolução da doença aumentam em título. Para tanto, é necessário a coleta de duas amostras de soro, sendo a 1ª amostra coletada nos primeiros dias da doença (fase aguda) e a 2ª amostra de 14 a 21 dias após a coleta da 1ª amostra e o processamento das mesmas deve ser pareado, ou seja, nas mesmas condições e analisadas pelo mesmo operador. A interpretação dos resultados se dá conforme o Quadro 1.

Interpretação de resultados de RIFI para *Rickettsia* do grupo de febre maculosa em duas amostras de soro, colhidas com intervalo de 14 a 21 dias.

| Resultado de títulos obtidos em RIFI | | Interpretação |
|--------------------------------------|--------------|---------------|
| 1ª amostra | 2ª amostra | |
| Não reagente | Não reagente | Descartado |
| Não reagente | 64 | Compatível |
| Não reagente | 128 | Confirmado |
| Não reagente | 256 | Confirmado |
| 64 | 64 | Compatível |
| 64 | 128 | Compatível |
| 64 | 256 | Confirmado |
| 128 | 128 | Compatível |
| 128 | 256 | Compatível |
| 128 | 512 | Confirmado |
| 256 | 512 | Compatível |
| 256 | 1.024 | Confirmado |

Ressalta-se a importância da coleta das duas amostras pareadas, com intervalo de 14 a 21 dias, para confirmação do diagnóstico de Febre Maculosa

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS

Leptospirose, dengue, hepatite viral, salmonelose, encefalite, malária, pneumonia por *Mycoplasma pneumoniae*, meningococemia, sepse por estafilococos e por gram-negativos, viroses exantemáticas, outras rickettsioses do grupo do tifo, ehrlichioses, borrelioses, febre purpúrica brasileira, farmacodermia, doenças reumatológicas, como lúpus, entre outras.

ASSISTÊNCIA AO PACIENTE

TRATAMENTO

A droga de escolha para pacientes com sinais e sintomas clínicos da FMB é a doxiciclina, que deve ser utilizada em casos leves e moderados, de manejo ambulatorial. Nos casos mais severos, que requerem internação e utilização de antibioticoterapia por via endovenosa, o cloranfenicol é a droga mais utilizada.

A partir da suspeita de febre maculosa, o tratamento com antibióticos deve ser iniciado imediatamente após a coleta da 1ª amostra, não se devendo esperar a confirmação laboratorial do caso.

O esquema terapêutico recomendado está apresentado no Quadro 2.

Quadro 2 – Antibioticoterapia recomendada

| Adultos | |
|---------------|---|
| Doxiciclina | 100mg, de 12 em 12 horas, por VIA ORAL, devendo ser mantido por 3 dias após o término da febre |
| | 500mg, de 6/6 horas, por VIA ORAL, devendo ser mantido por 3 dias após o término da febre |
| Cloranfenicol | Em casos graves, recomenda-se 1,0g (um grama), POR VIA ENDOVENOSA, a cada 6 horas, até a recuperação da consciência e melhora do quadro clínico geral, mantendo-se o medicamento por mais de 7 dias, por VIA ORAL, na dose de 500mg, de 6/6 horas |
| Crianças | |
| Cloranfenicol | 50 a 100mg/kg/dia, de 6/6 horas, até a recuperação da consciência e melhora do quadro clínico geral, nunca ultrapassando 2,0g por dia, por via oral ou venosa, dependendo das condições do paciente |
| Doxiciclina | Peso menor que 45kg: 4mg/Kg/dia, divididas em 2 doses |

A doxiciclina é contraindicada para crianças menores de 9 anos. Diante disto, o fármaco cloranfenicol, 25 mg/mL, suspensão oral está sendo adquirido e distribuído pelo Ministério da Saúde por meio da importação como Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica, para o tratamento destes pacientes. O medicamento é disponibilizado à população e sua distribuição é feita às Secretarias Municipais de Saúde, mediante a notificação do caso no SINAN assim como prescrição médica e a guia de solicitação de medicamentos.

ACOMPANHAMENTO

Os casos devem ser atendidos em unidade de saúde com capacidade para prestar atendimento adequado e oportuno. Em alguns casos, esses pacientes necessitam de cuidados permanentes e contínuos, demandando, eventualmente, internação em unidades de saúde de maior complexidade, inclusive em unidade de terapia intensiva.

SERVIÇOS DE REFERÊNCIAS

Hospitais, Policlínicas, Centros de Saúde e Postos de Saúde

INSTRUMENTOS DISPONÍVEIS PARA CONTROLE

- Monitoramento em áreas prioritárias – realização de levantamento, monitoramento e avaliação de áreas onde há um favorecimento ambiental para a proliferação de carrapatos e que haja frequente circulação de pessoas.
- Intervenção nas populações parasitárias de carrapatos, especialmente sobre os hospedeiros primários e nas populações de carrapatos de vida livre, presente principalmente nos locais do solo em que a cobertura vegetal e/ou as condições das instalações oferecem o microclima favorável a seu desenvolvimento e sobrevivência;
- Educação em Saúde – deve ser realizadas medidas de esclarecimento à população, mediante visitas domiciliares e palestras nas comunidades, visando transmitir conhecimentos sobre o ciclo de transmissão da doença, gravidade e as medidas de prevenção.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de vigilância epidemiológica / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – 7. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009.

São Paulo (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. Superintendência de controle de endemias – SUCEN. Manual de Vigilância Acarológica / Coordenação: Vera Lúcia Fonseca de Camargo Neves. São Paulo: A Secretaria, 2004.

CONTATOS

E-mail: nzoonoses@gmail.com

Fone: (63) 3218-1735 / 1778