

INSTITUTO DE INFECTOLOGIA EMÍLIO RIBAS

Febre Maculosa Brasileira: surto familiar



Fábio Miranda Junqueira¹, Maria Carolina Pereira da Rocha¹, Marcos Vinicius da Silva^{1,2}, Rachel Biasi Nahima Salum Fontana¹, Bruna Heloisa Melikardi Rossi¹, Patrícia da Silva Cunha¹, Silvio Carvalho da Silva³, Fabiana Cristina Pereira dos Santos⁴.
 1 Faculdade de Medicina da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2 Instituto de Infectologia Emílio Ribas, 3 Superintendência de Controle de Endemias (SUCEN) –Regional de Sorocaba e 4 Instituto Adolfo Lutz, São Paulo, Brasil.
mvsilva@pucsp.br



Introdução

A Febre Maculosa Brasileira (FMB) é uma zoonose causada pela *Rickettsia rickettsii*, cujo principal vetor no Brasil é o carrapato *Amblyomma cajennense*. Os principais reservatórios do carrapato são as capivaras (*Hydrochoerus hydrochaeris*) e eqüinos. As capivaras, além de reservatório, agem como amplificadores da riquetsia. A manifestação clássica da doença humana é constituída por febre, cefaléia e exantema, que está presente em 44% a 70% dos casos. As outras manifestações clínicas são polimórficas, ficando muitas vezes sem diagnóstico. A Febre Maculosa é a mais letal das riquetsioses e passou a ser Doença de Notificação Compulsória no Brasil em 2011.

Objetivo

Relatar surto familiar com letalidade de 67%.

Relato de surto

Mãe, 37 anos, do lar, apresentando febre, mialgia intensa e cefaléia há três dias. Ao exame físico estava em mal estado geral, grave, icterica, hipotensa (100x60 mmHg) responsiva a volume e com edema discreto nos membros inferiores, sem lesões de pele ou sinais meníngeos. Evoluiu com exantema generalizado, piora da icterícia e hipotensão arterial não responsiva a volume, administradas drogas vasoativas. Apresentou crise convulsiva, rebaixamento do nível de consciência e evoluiu para o óbito no dia seguinte. Com diagnóstico clínico de meningococemia, não foram solicitados exames laboratoriais para FMB.

Pai, idade 38 anos, branco, tratorista, apresentou febre, mialgia e petéquias em tronco e membros há 2 dias da internação, sintomas que se iniciaram no dia do falecimento da esposa. Foi internado e iniciado tratamento com cloranfenicol por via venosa. No segundo dia de internação foi transferido para UTI devido à instabilidade hemodinâmica e plaquetopenia importante. Manteve-se febril por 4 dias, com mialgia intensa, dor abdominal, icterícia, infiltrado pulmonar interstício-alveolar bilateral e vasculite obliterante na região distal dos pés. Evoluiu com insuficiência respiratória aguda necessitando de ventilação mecânica, foi associada doxiciclina devido ao agravamento do quadro. A partir desse momento apresentou boa evolução clínica. Na fase de convalescença necessitou de amputação da extremidade dos pés, por necrose. O diagnóstico laboratorial foi realizado por conversão sorológica (Imunofluorescência Indireta IFI-IgG) e por método de biologia molecular (PCR).

Filho, idade 5 anos, apresentou febre, vômitos, mialgia intensa, dor abdominal, exantema, petéquias nos punhos e nos tornozelos, com edema nas mãos e nos pés há 3 dias da internação, que se iniciaram no dia do falecimento da mãe. Foi internado e tratado com cloranfenicol por via venosa. No segundo dia de internação houve piora clínica e apesar dos cuidados intensivos e tratamento adequado, evoluiu para o óbito no sétimo dia de internação com plaquetopenia importante, sangramento generalizado e choque refratário. A confirmação diagnóstica laboratorial foi por conversão sorológica (IFI-IgG) e por PCR.

Investigação epidemiológica de campo: o pai informou que foi encontrada grande quantidade de carrapatos em seu corpo dias antes de adoecerem e que tinha sido auxiliado pela esposa na remoção dos mesmos, depois dessa remoção ele ainda persistiu com alguns carrapatos em seu corpo, encontrados no dia seguinte. Os três pacientes dormiam na mesma cama.

A SUCEN realizou coleta de carrapatos nas margens do Rio Tietê no município de Itu, no local de trabalho e onde o paciente informou ter se infestado. Utilizou na captura dos carrapatos armadilha de gelo seco (CO₂), capturando 435 larvas e 163 ninfas de carrapato do gênero *Amblyomma*. Também foram coletados carrapatos nas vestes dos funcionários da SUCEN que realizaram a pesquisa com captura de 218 larvas e 34 ninfas de carrapatos do gênero *Amblyomma* e um macho e uma fêmea de carrapato *Amblyomma adubitatum* (carrapato de capivara). O imóvel onde os pacientes residiam foi tratado pelo Centro de Controle de Zoonose (CCZ) do município de Porto Feliz – SP com Amitraza 12,5%.



Figura 1: Filho, exantema purpúrico



Figura 2: Filho, exantema purpúrico



Figura 3: Pai, vasculite necrotizante

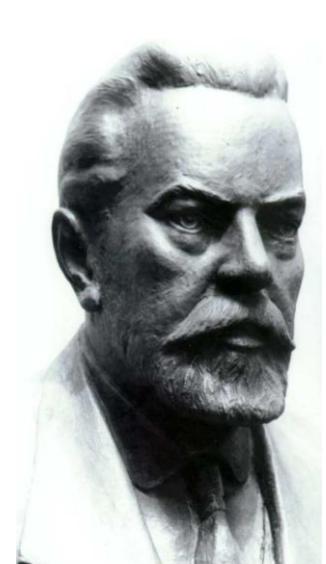


Figura 4: Pai, RX de tórax com intenso comprometimento interstício-alveolar, bilateral

Discussão

No nosso meio, o desequilíbrio ecológico de uma única espécie como o da capivara (*Hydrochoerus hydrochaeris*), levou a proliferação descontrolada desse animal, que em muitas regiões ribeirinhas passou a freqüentar áreas urbanas, periurbanas e peridomiciliares. Nesse relato, mostramos o risco do indivíduo infestado levar a doença para os familiares, nos carrapatos existentes no seu corpo, que muitas vezes são de difícil visualização e remoção, principalmente nas formas jovens. A importância desse relato é mostrar a mudança na cadeia epidemiológica de uma doença antiga que num momento de desequilíbrio de um dos seus elos, passa a por em risco um grupo maior de pessoas.

APOIO



CENTRO DE ESTUDOS "EMÍLIO RIBAS"