

FEBRE MACULOSA BRASILEIRA NA REGIÃO METROPOLITANA DE SÃO PAULO

UM NOVO OLHAR SOBRE A ANTIGA DOENÇA

Em um momento em que diversas doenças febris exantemáticas e/ou hemorrágicas, como dengue, zika, chikungunya, doença meningocócica e leptospirose, estarão ocorrendo simultaneamente, é muito importante estar atento para a febre maculosa brasileira também na região metropolitana de São Paulo.

A Febre Maculosa Brasileira (FMB) é uma doença infecciosa febril aguda, transmitida por carrapatos do gênero *Amblyomma* e causada pela *Rickettsia rickettsii*, uma bactéria gram negativa, parasita intracelular obrigatória, com tropismo por células endoteliais.

É uma zoonose amplamente conhecida no interior do Estado de São Paulo, estando relacionada ao vetor carrapato estrela (*Amblyomma sculptum*) e à presença de capivaras e equídeos em regiões quentes. Esse ecossistema é diferente do encontrado na região metropolitana de São Paulo (RMSP), onde **o carrapato amarelo do cão**

(*Amblyomma aureolatum*), o cão doméstico e a ocupação humana em áreas de Mata Atlântica degradada, tem papel fundamental na transmissão.

O conhecimento das diferenças ecoepidemiológicas entre as regiões é essencial para melhor compreensão da doença, aperfeiçoamento das ações de prevenção e aumento na precocidade do diagnóstico, o que é fundamental para o tratamento oportuno e redução da letalidade na FMB.

O Quadro 1 apresenta as principais características da FMB na RMSP e no interior do Estado.

Quadro 1 - Características ecoepidemiológicas da Febre Maculosa Brasileira na Região Metropolitana e no Interior de São Paulo

Características ecoepidemiológicas	FMB da RMSP	FMB do Interior de SP
Agente etiológico	<i>Rickettsia rickettsii</i>	<i>Rickettsia rickettsii</i>
Taxa de letalidade	56,12%	53,44%
Vetor	<i>Amblyomma aureolatum</i>	<i>Amblyomma sculptum</i>
Tx de infecção do carrapato no meio ambiente	Baixa (1-10%)	Muito baixa ($\leq 1\%$)
Capacidade de infecção e transmissão transovariana e transtadial da rickettsia	Alta (100%)	Baixa (< 50%)
Ocorrência de infestação no homem (hospedeiro acidental)	Rara (só por carrapatos adultos)	Muito comum (por larvas, ninfas e adultos)
Tempo de fixação do vetor para transmissão	10 minutos	Mínimo de 6 horas
Hospedeiros do vetor	Passeriformes que frequentam o solo (para as larvas e ninfas) Cães e canídeos silvestres (para os carrapatos adultos)	Cavalos, antas e capivaras (para todas as fases de desenvolvimento do carrapato)
Animal amplificador	Ainda desconhecido	Capivara
Necessidade de um animal vertebrado amplificador para manutenção da rickettsia na população de carrapatos	A médio e longo prazo	A curto prazo
Áreas de transmissão	Mata atlântica de altitude [degradada, com residências adjacentes aos seus limites e circulação de cães e gatos domésticos]	Cerrado e áreas degradadas [áreas de pastos sujos, matas ciliares, coleções hídricas e presença de equinos e capivaras]
Zona de transmissão	Urbana e periurbana	Rural (há tendência de urbanização)
Sazonalidade	Ocorrência de casos em todo o ano, com menor incidência de fevereiro a maio.	Maior incidência de junho a setembro, com alguns casos esporádicos durante o resto do ano.

Este artigo é um breve resumo do Boletim Epidemiológico Paulista (BEPa) Nº 151, de 2016, que está disponível para consulta na íntegra através do endereço eletrônico: http://www.saude.sp.gov.br/resources/ccd/homepage/bepa/edicao-2016/edicao_151_-_julho_2.pdf

A *Rickettsia rickettsii* é transmitida através da picada de carrapatos, e não de forma direta entre as pessoas. Mas há também a possibilidade de infecção através do arrancamento e esmagamento de carrapatos sem proteção das mãos, com consequente penetração da riquetsia através da pele lesada ou mucosas íntegras.

A transmissão da FMB na RMSP tem sido verificada no peri e intradomicílio pelo livre deslocamento de cães e gatos nas áreas de mata, de onde trazem o vetor, conforme esquematizado na Figura 1.

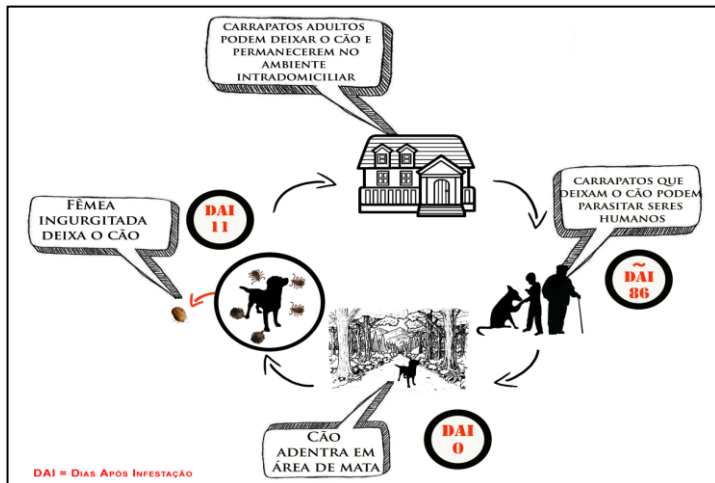


Figura 1: Esquema representativo da forma de transmissão da FMB pelo *Amblyomma aureolatum* na RMSP.

A doença começa com febre, mialgia e cefaleia intensa. O exantema geralmente surge até o 5º dia, mas pode estar ausente e dificultar e/ou retardar o diagnóstico e o tratamento, determinando maior letalidade; por isso os antecedentes epidemiológicos devem ser sempre investigados durante a anamnese, para direcionar a hipótese diagnóstica.

A forma grave evolui com sepse e comprometimento pulmonar, renal, neurológico, hepático e diátese hemorrágica, e o óbito ocorre entre o 5º e o 15º dias do início dos sintomas. Esta evolução é mais frequente quando o diagnóstico e o tratamento foram tardios.

Os exames laboratoriais específicos para o diagnóstico da FMB (sorologia, Reação em Cadeia da Polimerase, imunohistoquímica, cultura e

isolamento) são demorados. Assim, o tratamento deverá ser iniciado imediatamente após a suspeita clínica, mesmo sem resultados laboratoriais.

A terapêutica antibiótica instituída precocemente é eficaz. A febre regride após 24 a 72 horas do início do tratamento e o antibiótico poderá ser descontinuado após 2 ou 3 dias do desaparecimento da febre. O esquema terapêutico específico para o tratamento da FMB está descrito no Quadro 2.

A doxiciclina é o antimicrobiano de escolha independentemente da idade do paciente, porém a formulação injetável, indicada nos casos graves, ainda não está disponível no Brasil. Portanto, nestes casos, a indicação é o cloranfenicol por via venosa.

Quadro 2 – Tratamento da febre maculosa.

ADULTOS	
Doxiciclina	100 mg de 12 em 12 horas, por via oral ou endovenosa, até o 3º dia após o término da febre.
Cloranfenicol	Casos leves ou moderados: 500 mg de 6 em 6 horas, por via oral. Casos graves: 1,0 g de 6 em 6 horas, por via endovenosa, até a recuperação da consciência e melhora do quadro geral. Após isso, 500mg de 6 em 6 horas, por via oral, por mais 7 dias.
CRIANÇAS	
Doxiciclina	Peso < 45 Kg – 2,2 mg de 12 em 12 horas, por via oral ou endovenosa, até o 3º dia após o término da febre. Peso ≥ 45 Kg – seguir recomendação para adultos
Cloranfenicol	50 a 100 mg/Kg/dia, de 6 em 6 horas, por via oral ou endovenosa, até a recuperação da consciência e melhora do quadro geral. Nunca ultrapassar 2,0 g por dia.