



DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE FEBRE MACULOSA E LEPTOSPIROSE: UM RELATO DE CASO.

Ábila Dutra Oliveira¹, Marina Bonifácio Gomes Laignier Nolasco², Rúbia Soares de Souza Gomes³, Luiza Santiago Gomes⁴, Mariana Grolla Guimarães⁵, Vinícius Valentim⁶.

¹ Acadêmica de Medicina, Centro Universitário UNIFACIG. E-mail: abila.dutra@gmail.com,

² Acadêmica de Medicina, Centro Universitário UNIFACIG. E-mail: marina_bgln@hotmail.com,

³ Acadêmica de Medicina, Centro Universitário UNIFACIG. E-mail: rubiasousa.gomes@gmail.com,

⁴ Acadêmica de Medicina, Centro Universitário UNIFACIG. E-mail: luizasantiago14@hotmail.com,

⁵ Acadêmica de Medicina, Centro Universitário UNIFACIG. E-mail: mariana_bodart@hotmail.com,

⁶ Graduado em Medicina pelo Centro Universitário do Espírito Santo, Especializado em Cardiologia pela Santa Casa de Belo Horizonte, Especializado em Cardiologia Intervencionista e hemodinâmica pela Santa Casa de Belo Horizonte. E-mail: valentim.vpa@gmail.com.

Resumo: Febre Maculosa é uma doença infecciosa transmitida pela picada de carrapatos, com maior incidência entre junho e outubro. É uma doença febril e hemorrágica de notificação compulsória. Alta mortalidade é consequência do difícil diagnóstico, semelhante ao da leptospirose. Relato de caso realizado com base em entrevista com paciente e análise de prontuário, sobre provável FM. WPB, 45 anos, masculino, com quadro de prostração, artralgia, dores no corpo, sudorese e astenia, vômito, náusea, dor abdominal, icterícia e febre, evolui com exantema maculo-papular em hipocôndrio direito. Aguarda resultado de sorologias para confirmação diagnóstica. A leptospirose é uma zoonose tropical causada por espiroquetas aeróbicas, transmitida pela urina de animais reservatórios. Apresenta inicialmente cefaleia frontal, mialgia intensa, principalmente em região lombar e panturrilha, calafrios, anorexia, náusea, vômito, tosse, dor torácica, hemorragia cutânea, esplenomegalia, icterícia e febre. Diagnóstico por pesquisa específica da bactéria e anticorpos. Na FM os sintomas iniciais são febre elevada, mialgia, prostração, cefaleia, náuseas e vômitos, que evolui com exantema maculo-papular. O diagnóstico é clínico, epidemiológico e laboratorial, ambas podem ser tratadas com doxiciclina.

Palavras-chave: Febre maculosa; Leptospirose; Diagnóstico diferencial, exantema maculo-papular; zoonose tropical.

Área do Conhecimento:

1 INTRODUÇÃO

A febre maculosa (FM) é uma zoonose de países ocidentais transmitida principalmente pela picada de carrapatos e é causada por bactérias intracelulares obrigatórias do gênero *Rickettsia*, um cocobacilo gram-negativo. Entre os pacientes adultos, a maior incidência acontece na faixa etária entre 40 e 64 anos e aproximadamente 66% dos acometidos são homens. Os dados epidemiológicos demonstram que os índices tanto de mortalidade, quanto de morbidade estão intimamente relacionados ao diagnóstico preciso e precoce da doença. (DEL FIOLE et al., 2010; FACCINI-MARTÍNEZ et al., 2018).

A transmissão da doença acontece pela picada de vários tipos de carrapatos, principalmente do gênero *Amblyomma*. Um exemplo comum de vetor presente em área rural é o *Amblyomma cajennense*, conhecido como carrapato de cavalo. Estes vetores possuem maior atividade entre os meses de junho e outubro, culminando nos meses de sazonalidade da doença. (DEL FIOLE et al., 2010; BARROS-SILVA et al., 2014).

A FM é uma doença febril e hemorrágica de notificação compulsória com alta taxa de mortalidade, chegando a 30% dos pacientes. Entretanto, a região sudeste é considerada uma área endêmica da doença, com taxa de mortalidade maior que 50% dos casos. A alta mortalidade é consequência do difícil diagnóstico, visto que se assemelha a leptospirose, dengue, encefalite, malária, rubéola, ou seja, mediante aos inúmeros diagnósticos diferenciais, estabelecer o diagnóstico definitivo pode se tornar um desafio para os profissionais de saúde, por isso é importante conhecer o quadro sintomático da doença, bem como a sua fisiopatogenia. (MONTEIRO, 2014; FACCINI-MARTÍNEZ et al., 2018).

O trabalho objetiva relatar um caso clínico em que o diagnóstico é obscuro, discutindo os dois mais prováveis diagnósticos diferenciais: leptospirose e febre maculosa.

2 METODOLOGIA

O trabalho foi feito com base em entrevista e análise retrospectiva do prontuário de um paciente da enfermaria da unidade de Clínica Médica, de um hospital do leste mineiro, sob orientação do preceptor de Clínica Médica.

Foi realizado uma revisão bibliográfica sobre Leptospirose e Febre maculosa. Os critérios de escolha para os artigos da revisão bibliográfica foram estar nos sites Scholar Google e Scielo, apresentar importância científica, ter sido publicado em português, inglês ou espanhol e ter data de publicação posterior ao ano 2000. Foram utilizadas as palavras chaves: febre maculosa, leptospirose, febre hemorrágica, diagnóstico clínico, quadro clínico e epidemiologia.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

WPB, 45 anos, masculino, deu entrada na UPA no dia 8 de outubro com queixa de febre e dor no corpo. À admissão, foi diagnosticado com infecção urinária, medicado com urovite e ibuprofeno, recebeu alta com prescrição dos medicamentos durante 5 dias. Dia 15 de outubro, paciente deu entrada novamente a UPA com quadro de prostração, artralgia, dores no corpo, sudorese e astenia. Foi constatado edema em membros inferiores e exames demonstraram leve aumento de creatinina.

No dia 16 de outubro foi encaminhado e internado para o HCL, iniciou antibioticoterapia com doxiciclina sob suspeita de leptospirose e febre maculosa. Foi feito uso de dipirona em domicílio para melhora da febre, que foi substituída por Tramal.

Três dias depois o paciente evoluiu com exantema maculo-papular em hipocondrio direito (figura 1) e dia 20 com icterícia em região de palmar e plantar, vômitos e persistência da febre, variando de 38 a 40°.

Nos dois dias seguintes, a doxiciclina foi suspensa devido à possibilidade de o exantema ser um de seus efeitos adversos. No dia seguinte, o paciente apresentou artralgia migratória, náusea, anorexia e dificuldade de deambular devido à piora da dor.

Paciente relata que o mês anterior, aproximadamente 20 dias antes do início dos sintomas, esteve em um sítio onde teve intenso contato com carrapatos presentes em equinos. Revelou que no local, há também, um rio próximo a área de pastagem desses animais com presença de capivaras. Nega comorbidades anteriores e uso de medicamentos de uso contínuo e alergias.

Paciente permanece internado sob avaliação médica diária, pois ainda não foi estabelecido o diagnóstico definitivo. Durante internação foi colhido líquido cefalorraquidiano sem intercorrência, para realização de sorologia para chikungunya, febre maculosa citometria, citologia diferencial, gram, cultura, ADA, lactato, proteína.

Dessa forma, os autores propõem relatar um caso de suspeita de febre maculosa ou leptospirose em paciente previamente hígido. Não foi apresentado nenhum risco para paciente envolvido na pesquisa.

Figura 1- Exantema maculo-papular em hipocôndrio direito.



Fonte: própria, 2018.

A leptospirose é uma zoonose de países tropicais, é uma doença infecciosa, multissistêmica, causada por bactérias espiroquetas aeróbicas. Primariamente, ocorre a infecção de animais domésticos e silvestres que se comportam como reservatórios da espiroqueta, liberando-as na urina. A bactéria, quando em contato direto ou indireto (água contaminada) com pele, mucosas e conjuntivas humanas pode causar a leptospirose (MARINHO, 2012).

Dados epidemiológicos indicam que a taxa de mortalidade está diretamente relacionada ao diagnóstico quanto ao tratamento precoce, visto que as limitações para se estabelecer um diagnóstico definitivo devido ao pouco conhecimento sobre o quadro sintomático da doença, contribui consideravelmente com o aumento das taxas de mortalidade, sendo no Brasil de aproximadamente 20%. Pacientes com sistema imunológico comprometido tendem a demonstrar maiores taxas de mortalidade, devido à baixa resposta celular do organismo. (DEL FIORE et al., 2010).

Nos pacientes infectados são observadas nas fases iniciais da doença, manifestações clínicas como: cefaleia frontal, mialgia intensa, principalmente em região lombar e panturrilha, calafrios, anorexia, náusea, vômito, tosse, dor torácica, hemorragia cutânea, esplenomegalia, icterícia e febre. Nas fases mais avançadas há a formação de imunocomplexos, podendo gerar meningite, uveíte e colapso circulatório (MARINHO, 2012; HÜTTNER, 2002).

O diagnóstico é realizado através de pesquisa direta das bactérias no sangue e na urina, além de estudos envolvendo imunoglobulinas contra antígenos da bactéria. Exames como hemograma, coagulograma, função hepática, função renal e gasometria podem auxiliar no diagnóstico e demonstrar comprometimento multissistêmico (HÜTTNER, 2002).

Entretanto, a febre maculosa apresenta-se inicialmente com sintomas inespecíficos como febre elevada, mialgia, prostração, cefaleia, náuseas e vômitos. Todos estes sintomas foram observados no momento da avaliação do paciente. Com o decorrer da internação o paciente evolui com exantema maculo-papular, semelhante ao encontrado na FM (BARROS-SILVA et al., 2014). Esse exantema pode ser considerado um dos principais sintomas da doença, sendo de muito importância para o diagnóstico, seu aparecimento predomina nos primeiros 5 dias da manifestação da doença. Quando o aparecimento desse sintoma é postergado, consequentemente o diagnóstico também é atrasado. Além disso, deve-se considerar que a localização mais comum desse sintoma é nas plantas dos pés e nas palmas das mãos, ressaltando que pode aparecer em outros locais do corpo humano também. (PICKERING, 2012; DEL FIORE et al., 2010).

Algumas complicações dos sintomas da febre maculosa é o aparecimento de necrose e gangrena nas extremidades, decorrente da baixa perfusão do local devido ao extenso comprometimento da região, mais uma vez, ressaltando que as maiores taxas de complicações se associam ao diagnóstico e tratamento tardios. (DEL FIORE et al., 2010).

Primeiramente, para definir o diagnóstico correto, é necessário conhecer os possíveis diagnósticos diferenciais da doença, entretanto esse é um desafio a ser cumprido, devido a sintomatologia inespecífica inicial de febre. Por isso, é essencial que os especialistas conheçam o

quadro clínico da doença, assim como os fatores epidemiológicos da região e demais fatores de risco. (CUNHA, 2008).

O diagnóstico de FM é clínico, epidemiológico e laboratorial. O diagnóstico laboratorial é feito com exames específicos e inespecíficos. Os exames específicos são obtidos através de pesquisa direta da bactéria por meio de histopatologia ou imuno-histoquímica e pesquisa de anticorpos específicos contra riquétsia. Já os exames inespecíficos auxiliam no diagnóstico da doença com achados no hemograma: anemia e trombocitopenia; e alteração enzimática: CK, LDH, TGO, TGP e bilirrubinas aumentadas (DEL FIOLE et al., 2010; MONTEIRO et al., 2014).

O paciente apresenta hipótese diagnóstica confirmada pela clínica e epidemiologia, aguardando os resultados de exames complementares específicos. Na figura 2, é possível observar elevação de CK, TGO, TGP, creatinina e VHS com o decorrer da internação.

Figura 2- Valores dos exames laboratoriais do paciente.

	16/10/18	22/10/18	25/10/18
<i>Hb</i>	15,8g/dl	-	17,10 g/dl
<i>Leucócitos</i>	8.000/mm ³	-	6.870/mm ³
<i>Bastões</i>	1%	-	-
<i>Segmentados</i>	45%	-	46%
<i>Plaquetas</i>	350.000/mm ³	-	358.000/mm ³
<i>Ureia</i>	30 mg%	32mg%	-
<i>Creatinina</i>	1,38	1,33 mg%	-
<i>TGO</i>	30 U/L	27 U/L	28 U/L
<i>TGP</i>	-	56 U/L	54 U/L
<i>GGT</i>	32 U/L	59 U/L	81U/L
<i>FA</i>	101 U/L	-	106 U/L
<i>Bilirrubina total</i>	0,86	0,67mg%	0,63mg%
<i>Bilirrubina indireta</i>	0,48mg%	0,46mg%	0,42 mg%
<i>Bilirrubina direta</i>	0,38mg%	0,21mg%	0,21 mg%
<i>Sódio</i>	-	138 mEq/l	-
<i>Potássio</i>	-	4,3 mEq/l	-
<i>VHS</i>	32 mm	26 mm	21mm
<i>PCR</i>	negativo	-	-
<i>Fator reumatóide</i>	-	negativo	15,3 UI/ml
<i>CK</i>	-	-	233U/L

Fonte: própria, 2018.

O tratamento da febre maculosa e da leptospirose pode ser feito com a mesma classe antimicrobiana. O tratamento de escolha para a FM é doxiciclina, uma tetraciclina com dose diária de

100 mg por sete dias ou cloranfenicol 1 g intravenoso de seis em seis horas por sete dias (DEL FIOLE et al., 2010).

A melhor opção para tratamento da leptospirose, em caso de menor gravidade é a doxíciclina na dose de 100 mg via oral de doze em doze horas, já em caso de maior gravidade, utiliza-se a penicilina G cristalina 1.5 milhões UI intravenosa de seis em seis horas. A escolha feita pelos médicos assistentes do paciente em questão correspondem ao tratamento das duas principais hipóteses (FERREIRA et al., 2010).

4 CONCLUSÃO

Diante do exposto, conclui-se que o diagnóstico mais provável de WPB possa ser febre maculosa, devido à compatibilidade clínica, epidemiológica e laboratorial. Entretanto, a confirmação somente será feita com o resultado dos exames específicos já solicitados. A Febre Maculosa possui alta mortalidade devido a dificuldade de diagnóstico, por se tratar de uma patologia que não possui quadro clínico exclusivo e assemelhar-se com as demais doenças supracitadas.

Por tudo isso, é necessário ressaltar a importância de conhecer o quadro sintomático e característico da febre maculosa e conhecer os possíveis diagnósticos diferenciais, afim de se obter um diagnóstico mais rápido e preciso, além de, dessa forma, iniciar o tratamento o quanto antes e, assim, propiciar ao paciente um melhor prognóstico.

5 REFERÊNCIAS

DEL FIOLE, F.S., JUNQUEIRA, F.M., ROCHA, M.C.P., TOLEDO, M.I., BARBERATO FILHO, S. A febre maculosa no Brasil. **Rev Panam Salud Publica**. 2010;27(6):461–6.

FACCINI-MARTÍNEZ, Á.A., DE OLIVEIRA, S.V., JUNIOR, C.C., LABRUNA, M.B. Febre Maculosa por *Rickettsia parkeri* no Brasil: condutas de vigilância epidemiológica, diagnóstico e tratamento. **Journal of Health & Biological Sciences**. 2018; 6(3), 299-312.

BARROS-SILVA, P.M.R., PEREIRA, S.V.C., FONSECA, L.X., MANIGLIA, F.V.P., DE OLIVEIRA, S.V., DE CALDAS, E.P. Febre maculosa: uma análise epidemiológica dos registros do sistema de vigilância do Brasil. *Scientia Plena*, 2014;10(4 (A)).

MONTEIRO, K.J.L., ROZENTHAL, T., LEMOS, E.R.S.D., Diagnóstico diferencial entre a febre maculosa brasileira e ao dengue no contexto das doenças febris agudas. **Rev Patol Trop**. Vol. 43 (3): 241-250. jul.-set. 2014

MARINHO, M. Leptospirose: fatores epidemiológicos, fisiopatológicos e imunopatogênicos. **Veterinária e Zootecnia**, v. 15, n. 3, p. 428-434, 2012.

HÜTTNER, M.D. PEREIRA, H.C.P., TANAKA, R.M. Pneumonia por leptospirose. **J Pneumol** 28(4) – jul-ago de 2002

FERREIRA, T., COSTA, V.C., PEREIRA, N.G. Diretrizes para Diagnóstico e Tratamento de Leptospirose. **Serviço de Doenças Infecciosas e Parasitárias do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho**, 2010.