

Encefalite por rickettsia sem exantema: relato de caso

ENCEPHALITIS CAUSED BY RICKETTSIA WITHOUT EXANTHEMA: A CLINICAL CASE

Talita Fernandes Araújo^{1*}, Luís Pedro de Assis¹, Paulo Ricardo de Lima¹.

1- Universidade Federal de Goiás, Goiânia - GO- Brasil.

Resumo

Objetivo: Relatar caso raro de encefalite por *Rickettsia* sem exantema. **Relato do Caso:** Paciente sexo masculino de 44 anos, trabalhador rural, apresentou quadro de febre diária, mialgia e astenia progredindo com amaurose de olho esquerdo, ataxia, flutuação mental, paraparesia de membros inferiores e estrabismo divergente à esquerda. Concerniu-se em tratamento empírico com ceftriaxone e doxiciclina para Brucelose, *Rickettsia* e Lyme. Exame laboratorial positivou para *Rickettsia rickettsii*. **Discussão:** A febre maculosa é uma doença infecciosa febril aguda, causada pela *Rickettsia rickettsii*. É adquirida pela picada do carrapato infectado, do gênero *Amblyomma*. Apresenta um curso clínico variável. O início dos sintomas costuma ser abrupto e inespecíficos. Manifestações neurológicas estão presentes em cerca de 40% dos casos. A reação de imunofluorescência indireta é o padrão-ouro para o diagnóstico. Os fármacos de melhor eficácia para o tratamento são: doxiciclina e o cloranfenicol. No Brasil, as taxas de mortalidade giram em torno de 20 a 30%. **Considerações finais:** A suspeição clínica e início precoce de antibioticoterapia dirigida são fundamentais para prevenir manifestações mais severas e permitir o sucesso terapêutico.

Palavras-chave:

Febre maculosa.
Rickettsia rickettsii.
Rickettsioses.
Zoonoses.

Abstract

Objective: To report a rare case of *Rickettsia* encephalitis without exanthema. **Case report:** A 44-year-old male patient, a rural worker, presented daily fever, myalgia and asthenia progressing with left eye amaurosis, ataxia, mental fluctuation, paraparesis of the lower limbs, and divergent strabismus on the left. He was treated empirically with Ceftriaxone and doxycycline for Brucellosis, *Rickettsia* and Lyme. Positive laboratory test for *Rickettsia rickettsii*. **Discussion:** Macular Fever is an acute febrile infectious disease caused by *Rickettsia rickettsii*. It is acquired by the bite of the infected tick, of the genus *Amblyomma*. It presents a variable clinical course. The onset of symptoms is usually abrupt and nonspecific. Neurological manifestations are present in about 40% of the cases. The indirect immunofluorescence reaction is the gold standard for diagnosis. The drugs most effective for the treatment are: doxycycline and chloramphenicol. In Brazil, mortality rates are around 20-30%. **Comments:** Clinical suspicion and early initiation of targeted antibiotic therapy are critical to prevent more severe manifestations and to allow therapeutic success.

Keyword:

Spotted fever.
Rickettsia rickettsii.
Rickettsiosis.
Zoonosis.

*Correspondência para/ Correspondence to:

Talita Fernandes Araújo: [e-mail: talitaf.a@hotmail.com](mailto:talitaf.a@hotmail.com)

INTRODUÇÃO

A febre maculosa (FM) é uma doença infecciosa, aguda, transmitida por carrapato contaminado pela *Rickettsia rickettsii*, cuja apresentação clínica pode variar desde quadros clínicos clássicos a formas atípicas.¹

A suspeita de diagnóstico apoia-se no desenvolvimento de exantema. Contudo, a tríade clássica de febre, cefaleia e exantema raramente estão no estágio inicial, 60-70% apresentam até o fim da segunda semana e 30% não apresentam a tríade, tornando o diagnóstico difícil.²

Logo, a baixa suspeição clínica e retardo no tratamento são alguns dos fatores determinantes das elevadas taxas de letalidade da doença, mesmo em áreas endêmicas, e por este motivo é agravo de notificação obrigatória pelos serviços de saúde.

Os autores apresentam um caso raro de um doente que desenvolveu encefalite por *Rickettsia rickettsii* sem exantema.

DESCRIÇÃO DO CASO

Paciente masculino, 44 anos, trabalhador rural, apresentou febre diária por dois meses acompanhada de mialgia, astenia e náuseas evoluindo com persistência dos sintomas. Dois meses após, iniciou amaurose de olho esquerdo, marcha atáxica e flutuação mental. No mês seguinte, apresentou paraparesia de membros inferiores, retenção urinária, obstipação intestinal e estrabismo divergente à esquerda.

Ao exame neurológico foi observado nistagmo horizontal, oftalmoplegia e amaurose em olho esquerdo, arreflexia e força reduzida em membros inferiores. Apresentou altos títulos de FAN e aumento policlonal de gamaglobulinas na eletroforese de proteínas. A ressonância de crânio evidenciou insultos isquêmicos agudo, possivelmente de origem tromboembólicas, logo, foi iniciado rivaroxabana. Na tomografia de tórax revelou opacidades em vidro fosco no segmento anterior do lobo superior direito com árvore em brotamento. O líquido apresentou-se

turvo com pleocitose, hiperproteinorraquia e hipoglicorraquia.

Foi iniciado um tratamento empírico para Brucelose, *Rickettsia* e Lyme com ceftriaxona por 21 dias, doxiciclina por 28 dias e pulsoterapia. O resultado da reação de Weill-Félix foi positivo para *Rickettsia rickettsii*. Paciente apresentou melhora progressiva do quadro.

DISCUSSÃO

A FM é uma doença infecciosa febril aguda, causada pela *Rickettsia rickettsii*, cocobacilo Gram-negativo com tropismo para células endoteliais.³ É adquirida pela picada do carrapato, do gênero *Amblyomma*, infectado com *Rickettsia*. Não existem relatos de transmissão pessoa a pessoa.⁴

Por ser uma doença sistêmica, pode apresentar um curso clínico variável, desde quadros clássicos a formas atípicas sem exantema. O início costuma ser abrupto e os sintomas são inespecíficos de início (febre, em geral alta; cefaleia; mialgia intensa; mal-estar generalizado; náuseas; vômitos).¹

Em geral, entre o segundo e o sexto 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 com esta manifestação. 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.¹

Manifestações neurológicas estão presentes em cerca de 40% dos casos, variando entre letargia, fotofobia, meningismo, amnésia, sinais focais e hipertensão intracraniana. 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%.^{3,5-6}

Encefalite por rickettsia sem exantema

É importante ressaltar que no acometimento por meningoencefalite na FM, há alterações líquóricas caracterizada por pleocitose linfocítica e baixa proteinorraquia.⁷

A reação de imunofluorescência indireta (RIFI) é o padrão-ouro para o diagnóstico das riquetsioses. É necessário que seja coletada amostra de soro nos primeiros dias da doença e outra entre 14 e 21 dias após, aumento de quatro vezes nos títulos de anticorpos na segunda amostra confirma o diagnóstico. Os anticorpos IgG são mais específicos e indicados para interpretação diagnóstica, pois o IgM pode apresentar reação cruzada com outras doenças.¹

O sucesso do tratamento está relacionado à precocidade e à especificidade de sua instalação. Os únicos fármacos com comprovada ação e eficácia são a doxiciclina e o cloranfenicol. Sendo a primeira como antimicrobiano de primeira escolha, na impossibilidade do uso da mesma tanto oral como endovenoso, preconiza o cloranfenicol como alternativa. A terapêutica é empregada rotineiramente por um período de sete dias, devendo ser mantida por três dias, após o término da febre.^{1,8-9}

A taxa de mortalidade está claramente relacionada ao diagnóstico precoce e à instalação rápida da terapia apropriada. Em casos em que a terapia é iniciada nos três primeiros dias da doença, a taxa de mortalidade está em torno de 2% em crianças e 9% em idosos (> 65 anos). Pacientes com deficiência da glicose-6-fosfato desidrogenase também apresentam maiores taxas de mortalidade, provavelmente em função de menor atividade do sistema imunológico.¹⁰

No Brasil, as taxas de mortalidade giram em torno de 20 a 30%, em função das dificuldades em fazer o diagnóstico e estabelecer a terapia apropriada, relacionadas ao pouco conhecimento sobre a doença e à sintomatologia pouco específica.¹¹

DECLARAÇÃO DE CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores declaram a inexistência de conflito de interesses.

Forma de citar este artigo: Talita Fernandes Araújo TF, Luís Pedro de Assis LP¹, Paulo Ricardo

de Lima PR. Encefalite por rickettsia sem exantema: relato de caso. Rev. Educ. Saúde 2018; 6 (1): 99-102.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. Guia de Vigilância em Saúde: volume único [recurso eletrônico]. 2. ed. 2017. Brasília: Ministério da Saúde.
2. Walker DH, Paddock CD, Dumler JS. Emerging and re-emerging tick-transmitted rickettsial and ehrlichial infections. *Med Clin North Am.* 2008; 92: 1345-1361.
3. Sexton DJ, McClain MT. Clinical manifestations and diagnosis of rocky mountain spotted fever. UpToDate. [Citado em 2016 set. 10]. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-and-diagnosis-of-rocky-mountain-spotted-fever?source=search_result&search=febre%20macuosa&selectedTitle=1~56. Acessado em: 28 abr. 2018.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Febre maculosa brasileira. In: Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso. 2010. 8ª ed. Brasília: Ministério da Saúde.
5. Buckingham SC, Marshall GS, Schutze GE, Woods CR, Jackson MA, Patterson LE, et al. Clinical and laboratory features, hospital course, and outcome of Rocky Mountain spotted fever in children. *J Pediatr.* 2007; 150-8.
6. Cunha BA. Clinical features of rocky mountain spotted fever. *Lancet Infect Dis.* 2008; 8(3): 143-4.
7. Chen LF, Sexton DJ. What's new in Rocky Mountain spotted fever? *Infectious Disease Clinics of North America.* 2008; v. 22, n. 3, p. 415-432.
8. American Academy of Pediatrics. Rocky mountain spotted fever. In: Pickering LK, editor. Red Book: 2012 Report of the Committee on Infectious Diseases. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics; 2012. 29th ed.

9. Torres FD. Rocky mountain spotted fever. *Lancet Infect Dis.* 2007; 7(11): 724-32.
10. Abramson JS, Givner LB. Rocky Mountain spotted fever. *Pediatr Infect Dis J.* 1999;18(6):539-40.
11. São Paulo. Secretaria de Vigilância Epidemiológica. Incidência, óbitos e taxa de letalidade de Febre Maculosa, por ano no estado de São Paulo — 1985 a 2009.

Disponível em:
www.cve.saude.sp.gov.br/htm/zoo/fm_i8503.htm. Acessado em: 28 abr. 2018.