

# FEBRE MACULOSA. APRESENTAÇÃO DE UM CASO CLÍNICO

Evanil Pires de Campos \* e Domingos Alves Meira \*\*

## INTRODUÇÃO

A Febre Maculosa foi descrita pela primeira vez por médicos de Idaho (U.S.A) em 1873, como forma de "Sarampo Negro" encontrando próximo ao Vale do Rio das Cobras. Em 1899, Maxey descreveu-a com mais detalhes clínicos e, Earl Strain sugeriu que a transmissão da doença dar-se-ia à custa de um vetor.

Ricketts, em 1911, conseguiu transferir a doença a cobaias e macacos por inoculação de sangue de pacientes com Febre Maculosa. Verificou-se também que a transmissão de animal para animal se deve ao carrapato *Dermacentor D. andersoni*, na América do Norte e, *Amblyoma cayennense* na América do Sul.

A manutenção da *R. Nickettsi* na natureza se deve a um ciclo extra-humano de transmissão. A infecção ocorre em pequenos animais silvestres e em macacos, atingindo ocasionalmente o homem quando picado por carrapatos infectados (1,2,4,5,7).

No Brasil, as primeiras referências a doença acham-se nas Cartas de Anchieta, que cita o Tabardilho, nome que designa hoje o Tifo Americano. Lutz, em 1900, refere à autópsia o encontro de dois casos de Tifo Exantemático. O Hospital de Isolamento "Emílio Ribas" registra como diagnóstico 6 casos de 1904 a 1907 (3).

Em 1916, Arante e Toledo Piza, descreveram os aspectos clínicos de um caso de Tifo Exantemático de São Paulo (1). Em 1945, José de Toledo Piza publicou os resultados obtidos de uma Campanha Sanitária contra a Febre Ma-

culosa (6). De 1945 até a data da descrição do presente caso não encontramos referência de Febre Maculosa na região de Botucatu.

## APRESENTAÇÃO DO CASO

IDENTIFICAÇÃO: L.L., 16 anos, masculino, branco, natural de Botucatu, Fazenda Lageado, onde sempre residiu.

Figura I

Facies do paciente. Evolução para cura clínica.



Trabalho realizado no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina do Campus de Botucatu da Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho".

\* Professor Assistente Doutor do Departamento de Moléstias Infecciosas e Parasitárias, Dermatologia e Radiologia da Faculdade de Medicina do Campus de Botucatu da Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho".

\*\* Professor Titular do Departamento de Moléstias Infecciosas e Parasitárias, Dermatologia e Radiologia da Faculdade de Medicina do Campus de Botucatu da Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho".

Recebido para publicação em 19.2.79

Q.D. — Há 10 dias, febre e fraqueza nas pernas.  
H.M.A. — Refere o pai que, sem antes nada sentir, apresentou o paciente febre de início abrupto, com calafrios e cefaléia que o obrigou a deixar o trabalho. À noite desse mesmo dia, teve "alteração do comportamento". Sentiu na manhã seguinte intensa dor de garganta e muita sede.

Permaneceu em casa por 7 (sete) dias onde recebeu Melhoral e chás caseiros. Não houve melhora e, após esse período, foi internado na Santa Casa de Botucatu onde administraram-lhe: Megapen, Quemicetina, Pulmocilin, Plasil e Novalgina. Permaneceu internado por 3 (três) dias onde apresentou febre de 40°C do tipo contínua e um episódio de "sangue na urina".

Com essa história foi encaminhado ao Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu, onde foi internado.

Nos antecedentes pessoais foi referido sarampo, vacinação anti-tetânica e anti-variólica. Trabalhou em um charco que possuía "água contaminada" onde existiam ratos e carrapatos.

### Exame Físico Geral

Apresentava-se em mau estado, obnubilado, delirando e febril. Facies congestas com vespertilho exantemático. Ritmo respiratório do tipo Biot.

*Pele:* exantema máculo-papular generalizado, atingindo inclusive a palma das mãos e planta dos pés. Nestas áreas além de máculo-papular eram hemorrágicas.

*Mucosas:* úmidas, intensa congestão conjuntival e discreto sangramento da mucosa bucal. Icterícia discreta conjuntival.

*Musculatura:* dor à compressão das panturrilhas e do apêndice xifóide.

*Ossos:* sem deformidades e sem edema inflamatório nas juntas.

TA = 12 X 7 P = FC = 100 T = 37,8oC

### Exame Físico Especial

Congestão e hiperemia conjuntival, icterícia discreta, Dentes mal conservados. Hiperemia de amígdalas. Gânglios cervicais não dolorosos, móveis à palpação. Pré-córdio com taquicardia, rítmico, impulsivo, sem frêmito catáreo à palpação. Sopro sistólico suave ++ no foco aórtico

com irradiação ao foco mitral. Ritmo respiratório do tipo Biot. Palpação abdominal superficial sem tumorações, plano e tenso. Palpação profunda: fígado a 2 cm do rebordo costal direito, bordas finas, superfície lisa e discretamente doloroso, consistência amolecida. Baço: percutido a partir do 7º espaço intercostal direito, na linha axilar média, porém não palpado. Edema inflamatório de glândula, prepúcio e da bolsa escrotal.

### Exame Neurológico

Baseados nesses dados clínicos e semiológicos, levantaram-se as seguintes hipóteses diagnósticas: 1) Febre Maculosa; 2) Leptospirose; 3) Encefalite, Febre Tifóide; 4) Endocardite; 5) Toxoplasmose febril exantemática.

A suspeita de Febre Maculosa foi feita pelos seguintes dados: 1) História da moléstia atual e os antecedentes epidemiológicos; 2) Início abrupto e tipo de febre; 3) Comprometimento sensorial precoce; 4) A distribuição e a progressão do exantema máculo-papular petequial; 5) O vespertilho facial e dor intensa à palpação da musculatura; 6) Hepatoesplenomegalia e o edema inflamatório da bolsa escrotal; 7) Encontro de carrapatos na coxa do paciente; 8) A leucocitose intensa e a uréia elevada; 9) A reação positiva de Weil-Felix realizada no Instituto Adolfo Lutz de São Paulo em 17 de julho de 1972, com título de 1:1.600 (3º dia de internação); 10) A reação de Fixação de Complemento também realizada no Instituto Adolfo Lutz de São Paulo com os seguintes resultados:

1ª amostra — negativa em 17.07.72

2ª amostra — positiva = 1:16 em 23.07.72

3ª amostra — positiva = 1:32 em 29/07/72

### Exames Complementares

O hemograma revelou: Glóbulos brancos = 31.300 e Glóbulos vermelhos = 4.900.000.

Forma leucocitária: Metamielócitos = 2; Bastonetes = 18; Segmentados = 48; Linfócito = 27; Monócito = 5. Obs: Neutrófilos com granulações tóxicas e Plaquetas = 205.000/mm<sup>3</sup>.

Urina: Cór amarelo palha; Densidade = 1020; pH = 5; Glicose = negativa; Cetonúria = negativa; Proteínas = vestígios.

Sedimento urinário: 7 a 8 leucócitos por campo; 8 a 10 hemácias por campo; 3 a 4 cilindros, alguns cilindros granulosos, finos e vários cilindros hemáticos; Uréia = 216,57; Glicemia = 126,02; Na<sup>+</sup> = 132; Ca<sup>++</sup> = 6,90; Creatina = 1,73.

Widal = não reagente e hemocultura = negativa.

Imunofluorescência para Toxoplasmose = não reagente.

Bilirrubina direta = 2,05; Bilirrubina indireta = 1,02

Eletrocardiografia = Taquicardia sinusal. Alterações difusas da respolarização ventricular.

Fonocardiografia = Sôpro sistólico de baixa frequência, melhor registrado no 2º espaço intercostal esquerdo. 2ª bulha ampla. Não se registram sôpros diastólicos.

Leptospirose-soroaglutinação = negativa.

Estabelecido o diagnóstico de Febre Maculosa, foi prescrito o tratamento com Tetraciclina na dose de 350 mg de 8 em 8 horas, pela via intramuscular e, a seguir, pela via oral, durante 10 (dez) dias.

A evolução clínica e laboratorial encontra-se expressa no Gráfico 1.

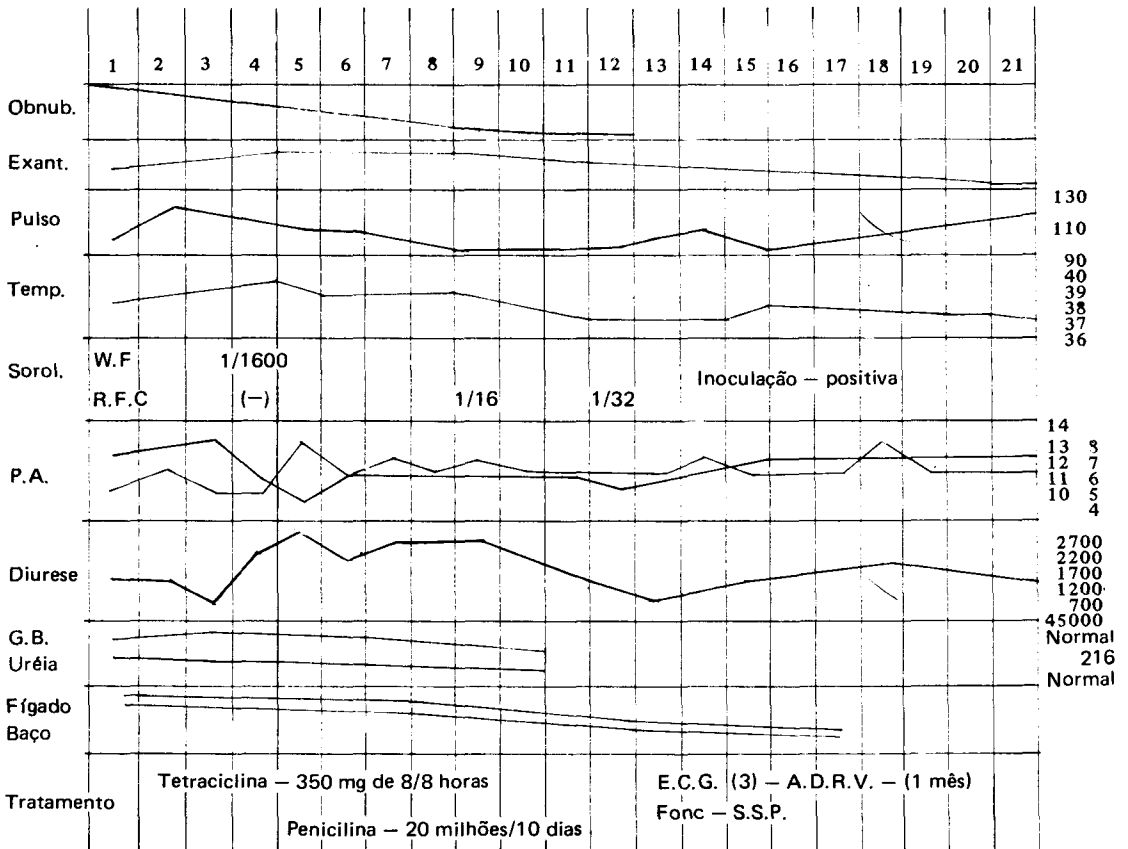
Foram enviados os carrapatos retirados do paciente para inoculação em animal de laboratório.

Após 5 (cinco) anos, o paciente foi reexaminado e colheram-se os exames complementares efetuados evolutivamente na doença. Assim, concluiu-se: EXAME CLÍNICO GERAL E ESPECIAL = NORMAL.

**Exames Complementares**

Urina tipo I = normal. Hemograma: Glóbulos brancos = 5.800; Glóbulos vermelhos = 17,36; Forma leucocitária: Bastonetes = 2; Segmentados = 38; Eosinófilos = 2; Linfócitos = 52;; Monócitos = 6. Obs.: Presença de linfócitos com vacúolos no citoplasma. Bilirrubinas totais = 0,7; Bilirrubina direta = 0,2; Bilirrubina indireta = 0,5, T.G.O. = 22. T.G.P. = 8. Uréia = 25. Creatinina = 1,0. Eletrocardiograma = traçado compatível com a normalidade. Reação de Weil-Felix = não houve condições para realização. Fixação de complemento para Febre Maculosa = não houve condições para realização devido a falta de antígeno específico.

Gráfico 1  
Evolução clínica e laboratorial durante a internação.



## CONCLUSÃO

O paciente foi acompanhado periodicamente. A descrição e a evolução clínica tardia permitem demonstrar a cura radical do paciente.

Esse caso motivou um estudo epidemiológico levado a efeito na Fazenda Lageado, Município de Botucatu.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. FIALHO, A. Tifo exantemático de São Paulo. *Revista Médico Cirúrgica do Brasil*, 7: 183-205 1932.
2. LAGOA, F. & CUNHA, W.C. Tifo exantemático neotrópico. "O Hospital" 49:(3): 299-323, 1956.
3. LEMOS MONTEIRO, E.V. & TIRIBA, A. da C. Riquetsioses. In: VERONESI, R. *Doenças infecciosas e parasitárias*, 6. ed. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 236-49, 1976.
4. MAGALHÃES, O. Diagnóstico do tifo exantemático neotrópico no Brasil. 2: 20-7, 1953.
5. MONTEIRO, L.J. Estudo sobre o tifo exantemático de São Paulo. *Memórias Instituto Butantan*, 6: 7-135, 1931.
6. PIZA, J.T. Aspectos de uma campanha sanitária contra Febre Maculosa. (Tifo exantemático de São Paulo) em plena zona rural. "O Hospital" 27(6): 917-55, 1945.
7. RICKETTS, H.T. & WILDER, R.M. The etiology of the typhus fever (Tabardilho) of Mexico City. *JAMA*, 54(17): 549-53, 110.
8. SNYDER, J.C. The typhus fevers. In: Horsfall, F.L.Jr. & Tamm, I. *Viral and rickettsial infections of man* 4. ed. Philadelphia, Lippincott Co., 1965, 1130.
9. YOUNG, PATERSON & SOMMERS Rickettsial diseases. In: *The biologic and clinical basis of infectious diseases*. Philadelphia W.B. Saunders, 1975, 647.