



Um caso atípico de doença de Lyme

Nélia F. Costa, Sílvia Silva, Andreia Morais, Graça Seves, Aniceta Cavaco, Maurílio Gaspar

Serviço de Pediatria, Departamento da Saúde da Mulher e da Criança, Hospital José Joaquim Fernandes, Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, Beja

Resumo

A doença de Lyme é uma doença infecciosa causada pela bactéria *Borrelia burgdorferi*, cujo vetor é geralmente uma carraça infetada, que possui uma apresentação clínica bastante diversa. Relata-se o caso de uma criança do sexo masculino, oito anos de idade, com uma apresentação atípica de doença de Lyme: febre recorrente com um mês de evolução, acompanhada de sintomatologia inespecífica. Após extensa investigação e exclusão das principais patologias infecciosas, autoimunes e neoplásicas responsáveis por quadro de febre de origem desconhecida, o diagnóstico de doença de Lyme só foi possível à custa de um elevado índice de suspeição clínica.

Palavras-chave: doença de Lyme, carraça, febre recorrente

Acta Pediatr Port 2013;44(3):127-9

An atypical case of Lyme disease

Abstract

Lyme disease is an infectious disease caused by *Borrelia burgdorferi*, whose vector is usually an infected tick, and which clinical presentation can be quite diverse. We report the case of an eight-year-old boy, with an atypical presentation of Lyme disease: recurrent fever with about a month of evolution, accompanied by nonspecific symptoms. After extensive investigation and exclusion of main infectious, autoimmune and neoplastic diseases responsible for fever of unknown origin, Lyme disease diagnosis was only possible due to an high index of clinical suspicion.

Key words: Lyme disease, tick, relapsing fever

Acta Pediatr Port 2013;44(3):127-9

Introdução

As borrelioses são infeções causadas por espiroquetas anaeróbias do género *Borrelia*, das quais são conhecidas trinta e seis espécies, transmitidas principalmente por carraças ou piolhos. São reconhecidas cinco enfermidades transmitidas aos animais e/ou humanos, das quais se destacam a febre recorrente e a doença de Lyme^{1,2}.

A doença de Lyme tem como agente a bactéria *Borrelia burgdorferi*, cujo vetor é geralmente uma carraça da espécie *Ixodes scapularis* infetada.

Na Europa são descritos anualmente cerca de 25 casos/100.000 habitantes, sobretudo na Eslovénia, Áustria e Holanda³. A incidência em Portugal é relativamente baixa (1/100.000 habitantes)^{3,4}, ocorrendo mais frequentemente no verão e no outono.

Esta entidade tem um largo espectro de manifestações clínicas, dependentes em parte da genoespécie infetante, sendo as mais frequentes: dermatológicas (eritema migratório), reumatológicas (artrite), neurológicas (meningite, encefalite, paralisias e cardíacas (cardite, arritmias). Como infeção multissistémica, pode manifestar-se com sintomatologia diversa, tal como mal-estar, febre, cefaleias, rigidez de nuca, mialgias, artralgias migratórias e linfadenopatias⁵, podendo mimetizar outras patologias. Estão no entanto descritos quadros clínicos atípicos, de febre associada a sintomatologia inespecífica⁵.

Relato de caso

Relata-se o caso de uma criança de oito anos de idade, raça caucasiana, sexo masculino, com antecedentes pessoais e familiares irrelevantes, residente em meio rural e com contacto frequente com animais (nomeadamente roedores), que, em novembro de 2011, teve dois internamentos na sequência de quadro de febre com padrão recorrente (temperatura axilar máxima de 39-40°C), com 1 mês de evolução, acompanhada de cefaleias, cansaço e vômitos esporádicos.

Recebido: 07.09.2012

Aceite: 29.09.2013

Correspondência:

Nélia F. Costa
neliajoana@portugalmail.pt

No primeiro internamento, havia sido submetido a hemograma (hemoglobina 12.9g/dL, hematócrito 38.1%, VGM 81.1fL, $8.07 \times 10^9/L$ leucócitos com 80.2% de neutrófilos e 12.7% de linfócitos), proteína C reativa (3.5mg/dL), hemocultura (negativa) e, por prostração, punção lombar (exame citológico e citoquímico sem alterações, cultura negativa). Teve alta clinicamente melhorado, após dois dias de apirexia. Seis dias depois, foi reinternado por ressurgimento do quadro.

À entrada apresentava febre, palidez cutânea e mau-estado geral, sem outras alterações ao exame objetivo.

Foi internado por febre de origem desconhecida, para investigação. Durante o internamento manteve febre com padrão recorrente, acompanhada de sudorese e mal-estar geral, com períodos de apirexia de até quatro dias.

Perante um quadro de febre de origem desconhecida, foram colocadas inicialmente as hipóteses diagnósticas de doença infecciosa ou autoimune.

Dos exames laboratoriais iniciais, a referir: hemograma com esfregaço de sangue periférico, proteína C reativa e velocidade de sedimentação (sem alterações); hemo e urocultura (negativas).

Dada a negatividade dos exames anteriores, prosseguiu-se o estudo com realização de teste de Mantoux e pesquisa de BK no suco gástrico (negativos); reação de Widal, Huddleson e Rosa de Bengala (negativas); serologias para citomegalovírus, vírus Epstein-Barr, HIV1/2, Mycoplasma, Toxoplasma, Brucella e Leishmania (negativas); ecografia abdominal, TC-CE e seios perinasais, ecocardiograma e cintigrafia óssea (sem alterações).

No que diz respeito à pesquisa de doença autoimune, foram solicitados: anticorpos anti-citrulina, anticorpos anti-nucleares (ANA's), anticorpos anti-antígeno nuclear extraível (ENA's), anticorpos anti-dsDNA e fator reumatoide (negativos).

Excluída, à partida, doença infecciosa e autoimune, colocou-se a hipótese de doença neoplásica (nomeadamente leucemia ou linfoma), tendo sido efetuado mielograma, cujo resultado não revelou alterações.

Por persistência da clínica, no 11º dia de internamento foi alargado o estudo para doenças infecciosas menos comuns, com pedido de novas serologias: Leptospira, F. tularensis, Rickettsias e Coxiella (negativas) e Borrelia (inconclusiva).

Face à suspeita clínica e aos resultados laboratoriais, cerca de 1,5 meses após o início da doença (em D18 internamento), repetiu-se a serologia para Borrelia, obtendo-se nessa altura IgM e IgG positivas para *B. burgdorferi* (por método de Elisa) e IgM suspeita com IgG positiva (por método de Western Blot).

Chegou-se finalmente ao diagnóstico de doença de Lyme e instituiu-se terapêutica com amoxicilina (100mg/Kg/dia) durante catorze dias.

A criança teve alta ao 29º dia de internamento, após nove dias de apirexia; atualmente (cerca de oito meses depois), encontra-se clinicamente bem.

Discussão

Febre de origem desconhecida define-se pela presença de febre com duração superior a oito dias, na qual não se identifica etiologia após história clínica, exame físico e investigação laboratorial preliminar. Trata-se geralmente de patologia infecciosa (50%), autoimune (20%) ou neoplásica (10%), ficando a etiologia por esclarecer em 10-20% dos casos⁶.

No nosso caso, perante uma criança com febre com padrão recorrente, com um mês de evolução, começamos por pensar em patologia infecciosa, iniciando a nossa investigação pelas etiologias mais frequentemente implicadas numa febre de origem desconhecida. Dada a negatividade dos exames complementares efetuados, alargámos o nosso estudo, procurando pesquisar patologia autoimune e neoplásica, que foram igualmente excluídas.

Dada a persistência da sintomatologia e o contexto sócio-ambiental da criança, decidimos procurar agentes menos frequentes, como a *Borrelia*, responsável pela doença de Lyme. Apesar da sua baixa incidência no nosso país, ocorre com maior frequência no verão e outono e a maioria dos casos resulta de picadas de carraça não reconhecidas⁵. De facto, encontrávamo-nos em pleno mês de novembro e apesar de não ter sido notada qualquer picada, a criança residia em meio rural de coutada e contactava diariamente com diversos animais, tais como roedores.

Por outro lado, a doença de Lyme tem um largo espectro de manifestações, estando, no entanto descritos quadros clínicos atípicos, de febre associada a sintomas inespecíficos (como neste caso), cuja frequência é desconhecida, estimando-se contudo que seja inferior a 0,3%⁵.

Assim, o diagnóstico só foi possível devido ao elevado índice de suspeição clínica, confirmado serologicamente por Western Blot³, método usado para aumentar a especificidade dos testes serológicos⁷, nomeadamente para confirmar o ELISA¹.

É importante lembrar que, a Doença de Lyme, apesar de ser aparentemente pouco comum no nosso país, é uma doença de declaração obrigatória^{3,8} sendo fundamental notificá-la para perceber a sua verdadeira incidência.

Agradecimentos:

Serviço de Infeciologia Pediátrica do HSM (Dr. José Gonçalo) e Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge

Referências

1. Soares CO, Ishikawa MM, Fonseca AH, Yoshinari NH. Borrelioses, agentes e vetores. *Pesq Vet Bras* 2000; 20:1-19.
2. Alvim NC. Diagnóstico, tratamento e vetores da borreliose. *Rev Cient Eletrôn Med Vet* 2004; Ed 3; julho. Acessível em http://faef.revista.inf.br/imagens_arquivos/arquivos_destaque/vWezTPdJu-4zSZZ_2013-5-20-9-51-20.pdf
3. Mariano A, Moura M, Barros MF, Virtuoso MJ, Caetano S. Doença de Lyme. *Acta Pediatr Port* 2009;40:214-216.

4. Behrman RE, Kliegman RM. *Nelson Princípios de Pediatria*. 4th ed. Guanabara Koogan; 2004; 388-389.
5. Shapiro MD. Lyme Disease: Clinical Manifestations in Children. [acedido em 10-05-2012]. Acessível em: <http://www.uptodate.com>.
6. Feigin RD, Demmes-Harrison GJ, Cherry JD, Keplon SL. *Feigin & Cherry's Textbook of Pediatric Infectious Diseases*. 6th ed. Saunders Elsevier; 2009; 831-860, 1797-810.
7. Dresser F, Whalen JA, Reinhardt BN, Steere AC. Western blotting in the serodiagnosis of Lyme disease. *J Infect Dis* 1993; 167:392-400.
8. Doenças de Declaração Obrigatória. Portaria da Direção Geral da Saúde nº1071/98, de 31 de dezembro de 1998. [acedido em 10-05-2012]. Acessível em: <http://www.dgs.pt>.