

CARTAS AO DIRECTOR

Brucelose em Pediatria – a propósito das recomendações da Secção de Infecção da SPP e das resistências das Brucelas Portuguesas ao Cotrimoxazol.

No último número da Acta Pediátrica Portuguesa foi publicado uma oportuna reflexão sobre a Brucelose em Pediatria (1) e é de realçar o esforço dos autores em conseguirem dados microbiológicos nacionais.

Tendo em conta a informação importante, embora muito limitada - dos dados nacionais disponíveis sobre a susceptibilidade das *Brucellas melitensis e abortus* ao Cotrimoxazol em Portugal, (1) não me parece lógico que nas crianças com menos de 8 anos se ponha a hipótese da utilização deste fármaco visto que, pelo que é surgido, se as estirpes forem resistentes as crianças ficarão sob medicação antibiótica única (rifampicina ou gentamicina, sendo que, nesta última hipótese, a terapêutica é de uma semana), com maior probabilidade de ineficácia terapêutica.

Por outro lado a utilização da Doxiciclina abaixo dos 8 anos (como é também surgerido) em terapêutica prolongada (6 semanas), coloca delicadas questões - e creio que esta recomendação não tem suporte nem é defensável a nível internacional. Que saiba só existe um artigo publicado (2) em que se aborda a questão das eventuais lesões dentárias com Doxiciclina em que surge que tratamentos curtos (poucos dias) com este antibiótico não causam lesões significativas do esmalte dentário.

Parece-me haver bons argumentos para a utilização, abaixo dos 8 anos, da associação Rifampicina (6 semanas) + Gestamicina (7 dias).

Luis de Lemos - Hospital Pediátrico de Coimbra.

EM RESPOSTA

São pertinentes as questões levantadas pelo Colega, gostaríamos no entanto de contrapor alguns factos que motivaram a nossa escolha, naturalmente, discutível.

Parece consensual que os regimes terapêuticos mais eficazes para o tratamento da Brucelose são os que incluem uma tetraciclina ou derivado (doxiciclina).

São conhecidos os efeitos secundários indesejáveis da tetraciclina (descoloração dentária dose dependente que poderá ser permanente e a inibição do crescimento ósseo

reversível após a interrupção da terapêutica) em crianças com menos de 8 anos de idade. No entanto, há também estudos, que parecem demonstrar que esse efeito não é tão acentuado com a doxiciclina, devido à menor ligação ao cálcio que as outras tetraciclinas e acontece sobretudo em crianças menores de 2 anos. (1,2,3,4).

Recentemente, o CDC publicou directrizes no que concerne à terapêutica após exposição ao antraz em caso de bio-terrorismo, onde se aconselha claramente o uso de doxiciclina durante períodos de 60 dias, mesmo em crianças com menos de 8 anos (1,5).

Como referido no texto, a Brucelose é na criança uma doença menos grave. No entanto estão descritas várias complicações com desfecho nem sempre favorável, pelo que, em nosso entender, é defensável a utilização do fármaco mais eficaz (doxiciclina) como terapêutica de 1.ª linha mesmo em crianças menores de 8 anos de idade.

Quanto à utilização do cotrimoxazol, baseada na informação que revelamos, acerca da sensibilidade das estirpes de *Brucella* isoladas em Portugal, o número de estirpes testadas é baixo e os resultados, efectivamente, não são condizentes com outros estudos (4,6,7). Por isso, parece-nos válido aceitar como alternativa, os esquemas propostos, com os cuidados também referidos.

A associação rifampicina/gentamicina de facto, também, em nosso entender, poderá ser uma adequada alternativa terapêutica.

Bibliografia:

1. Lochary M, Lockhart P, Williams WT Doxycycline and staining of permanent teeth *Pediatr Infect Dis* 1998; 17 (5): 429-31.
2. Benavides S, Nahata M C Anthrax: Safe treatment for children *Ann Pharmacother* 2002; 36:334-7.
3. Edoard J Y *Brucella* Species; Antimicrobial therapy and vaccines;ed Jonathan W. Pine Júnior; 1999: 71-82.
4. Hall WH Modern Chemotherapy for Brucellosis in humans *Rev Infect Dis* 1990; 12 (6): 1060-99.
5. Update: interim recommendations for antimicrobial prophylaxis for children and breastfeeding mothers and treatment of children with anthrax *MMWR* 2001; 50: 1014-6.
6. Ariza J, Godiol F, Pallares RG, Fernandez-Viladrich P Comparative trial of cotrimoxazole versus tetracycline-estreptomycin in treating human Brucellosis *J Infect Dis* 1985; 156 (2): 1358-9.
7. El-Amin EO, George L, Kotty NK, Sharma PP, Choithramani RS, Jhaveri VP, Salil P, Bedair SM; Bruceellosis in children of Dhofar Region, Oman *Saudi Med J* 2001; 22 (7): 610-5.