

Autor: Joana Cardoso

Última atualização: 2017/07/03

Palavras-chave: Febre Escaro-Nodular; Infecções por Rickettsia; Rickettsia conorii

Resumo

A Febre da carraça (Febre Escaro-Nodular) é uma infecção aguda provocada por Rickettsias, microrganismos que se transmitem através da picada de carraças. Os principais sintomas manifestam-se pelo aparecimento de pequena ferida no local da picada, erupção cutânea e febre.

A carraça, quando detetada, não deve ser retirada em casa de qualquer modo. É fundamental recorrer ao médico assistente de forma a confirmar o diagnóstico e proceder ao tratamento.

Após o seu aparecimento devem ser tomadas medidas preventivas, de modo a evitar a reinfestação.

Febre da carraça (Febre escaro-nodular)

A Febre Escaro-Nodular ou Febre Botonosa vulgarmente conhecida como Febre da Carraça, é uma doença infecciosa aguda de declaração obrigatória, provocada pela bactéria Rickettsia conorii. Tem como principal vetor o ixodídeo Rhipicephalus sanguineus conhecido por carraça do cão.

Atinge principalmente os países do Mediterrâneo e sul da Europa, sendo uma doença endémica em Portugal.

Epidemiologia

A incidência da febre da carraça é mais elevada no Verão e início do Outono, com predomínio nas zonas rurais. Segundo os dados estatísticos da Direção Geral da Saúde os meses em que são notificados mais casos em Portugal são Julho, Agosto e Setembro, distribuição relacionada com o ciclo de vida da carraça. No entanto, as condições climáticas em algumas zonas do país permitem que o vetor se mantenha ativo durante todo o ano e possa transmitir o agente mesmo fora da época estival.

Transmissão ao homem

A Rickettsia conorii habita nas glândulas salivares das carraças que parasitam alguns animais domésticos, sobretudo cães de zonas rurais, alimentando-se do seu sangue. O contágio ao ser humano realiza-se através da picada acidental de carraças infetadas, que transmitem a bactéria através da saliva contaminada. Considera-se no entanto que, para haver transmissão efetiva do agente infeccioso (Rickettsia conorii) ao homem através da picada, são necessárias entre 6 e 20 horas de parasitação.

Manifestações clínicas

O período de incubação pode ter a duração de uma a três semanas. A doença manifesta-se de forma brusca através de febre elevada, acompanhada por arrepios, suores intensos, sensação de fragilidade e dores de cabeça.

O local da picada da carraça, através do qual o agente patogénico entrou, evidencia uma lesão denominada escara de inoculação - pequena mancha negra, por vezes ulcerosa e indolor, que habitualmente cresce progressivamente até atingir cerca de 2 cm de diâmetro. Por vezes, surgem duas ou três lesões semelhantes, correspondentes a pequenas picadas. Devido à localização, algumas lesões podem passar despercebidas, por exemplo, presentes no couro cabeludo.

Cerca de cinco dias após o início dos sinais e sintomas, evidencia-se um rash (lesão avermelhada no corpo), com o aparecimento de inúmeras pequenas manchas elevadas de cor vermelha. A erupção tem início nos membros, normalmente nos inferiores, irradiando para o tronco e cabeça, até revestir praticamente toda a superfície do corpo, incluindo as palmas das mãos e as plantas dos pés. As lesões cutâneas não são dolorosas, podem desaparecer de forma espontânea após uma ou duas semanas, sem deixarem marcas.

Quando a doença afeta crianças, idosos ou doentes imunocomprometidos, podem surgir complicações graves com evolução desfavorável.

Tratamento

O tratamento de doentes com diagnóstico possível de febre da carraça, é realizado com antibióticos, devendo iniciar-se o mais precocemente possível. Os resultados dos testes para confirmação da doença são importantes, mas podem demorar algumas semanas.

A notificação da doença por parte do médico que faz o diagnóstico, é obrigatória, permitindo à autoridade de saúde local a implementação de medidas de prevenção e controlo, que limitem a disseminação da doença e a ocorrência de casos adicionais.

Prevenção e Controlo

A Febre da carraça é uma zoonose cujos vetores e reservatórios circulam na natureza, pelo que a sua erradicação é praticamente impossível. A melhor forma de prevenir a infeção é manter as carraças longe da pele, evitando, por exemplo, passar em zonas infestadas. Devem, por isso, ser adotadas algumas medidas preventivas:

- Usar vestuário claro em passeios e outras atividades no campo, para facilitar a identificação dos parasitas.
- Proteger a maior superfície possível do corpo usando, por exemplo, camisolas de manga comprida e as calças presas nas botas ou nas meias.
- Aplicar repelente de insetos na roupa e proteger a pele com produtos que contenham DEET (N,N-dietil-m-toluamida).
- Inspeccionar a roupa, a pele e o couro cabeludo no regresso do campo, e remover eventuais parasitas. Se estes estiverem agarrados, deve recorrer aos serviços de saúde para que estes sejam retirados, de modo a garantir que não ficam pequenas partículas dos parasitas que possam causar doença.
- Sendo o cão um animal doméstico que frequentemente acompanha o Homem nas suas deslocações e viagens, é recomendável que sejam tomadas precauções ao nível da eliminação das carraças para impedir a circulação de ixodídeos.

Conclusão

O diagnóstico precoce da Febre Escaro-Nodular e a instituição de tratamento em tempo útil evita a evolução para quadro clínico grave.

A notificação da doença é fundamental.

As medidas de prevenção são estratégias úteis para diminuir o risco da doença.

Referências recomendadas

- Centers for Disease Control and Prevention. National Center for Emerging and Zoonotic Infectious Diseases (NCEZID). Division of Global Migration and Quarantine. Rickettsial (Spotted & Typhus Fevers) & Related Infections (Anaplasmosis & Ehrlichiosis).
- European Centre for Disease Prevention and Control. Epidemiological situation of rickettsioses in EU/EFTA countries. Stockholm: ECDC; 2013. Stockholm, October 2013.
- Joaquim Oliveira, Rui Côrte-Real. Rickettsioses em Portugal. Acta Médica Portuguesa 1999; 12: 313- 321
- Rita de Sousa, Sónia Dória Nóbrega, Fátima Bacellar., et al. Sobre a realidade da Febre Escaro-Nodular em Portugal . Acta Médica Portuguesa 2003; 16: 429-436

[Voltar à página inicial](#) [Tem alguma dúvida? Fale connosco](#) *****

Joana Cardoso