

SARAMPO

Introdução

O sarampo, uma das afecções clássicas da infância, é uma doença aguda e autolimitada, contágio-infecciosa, exantemática, endemo-epidêmica, de etiologia virótica e alta transmissibilidade. Possui distribuição global, acometendo indiscriminadamente ambos os sexos, sem distinção de raça, clima ou nível social.

Nos países subdesenvolvidos, apesar da introdução da vacina, a doença constituía importante causa de hospitalização, morbidade e letalidade na infância. A taxa de mortalidade está diretamente ligada aos padrões de higiene, nutrição e desenvolvimento socioeconômico dos indivíduos.

Agente etiológico

O vírion do sarampo é composto por uma porção interna, o nucleocapsídeo, contendo um único genoma RNA, envolvido por uma camada externa de material lipídico-glicoprotéico. O nucleocapsídeo livre não é infectante, sendo necessário para isso, a substância lipoprotéica constituinte da camada externa. Do mesmo modo, esta camada é responsável pela especificidade sorológica do vírion, com antígenos contra os quais são produzidos anticorpos neutralizantes e fixadores do complemento.

O vírus do sarampo é frágil. Fora do organismo, sua sobrevivência é restrita. Perde 60% de sua infectividade em três a cinco dias, em temperatura ambiente. Sobrevive bem ao frio e é destruído rapidamente pelos raios ultravioletas e mesmo pela luz espectral visível, na ausência de substrato protéico.

O vírus é antigenicamente homogêneo. A infecção com vírus vivo estimula a produção de anticorpos; estes neutralizam a infectividade e fixam o complemento. A primeira imunoglobulina a aparecer é a IgM, seguida pela IgG. Estes anticorpos são produzidos por estímulo da infecção e da vacina, aparecem em torno do 12º e 15º dias e atingem o máximo por volta do 21º ao 28º dias; . Em seguida, a IgG persiste indefinidamente em quantidades mensuráveis. Em algumas pessoas, os níveis de anticorpos caem a títulos não detectáveis após longos períodos de observação. Reexposição à

vacina resulta em rápida resposta anamnésica, indicando persistência da imunidade.

Forma de Transmissão

A porta de entrada do vírus no organismo se faz pela penetração de gotículas contaminadas, que entram em contato com as mucosas, especialmente de vias aéreas superiores. Existem controvérsias se a mucosa conjuntival constitui porta de entrada efetiva do vírus.

O homem e o macaco são os únicos hospedeiros naturais. A fonte de contágio é constituída pelos doentes, disseminando-se aos susceptíveis através do contato direto com gotículas de secreções eliminadas pelas vias aéreas. O vírus sobrevive 36 horas, em média, no núcleo da gota à temperatura ambiente, fato que limita a transmissão indireta ou aérea

O contágio ocorre a partir do final do período de incubação até quatro dias antes a 4 dias depois o aparecimento do exantema. Considera-se o período pré-exantemático como o de maior contagiosidade.

Epidemiologia

O sarampo é uma doença de distribuição universal, endêmica nos grandes conglomerados urbanos, com epidemias, a cada 2 ou 4 anos, quando a cobertura vacinal é baixa. Em zona rural, a doença tem aumentos cíclicos mais espaçados. A distribuição geográfica do sarampo depende da relação do grau de imunidade e suscetibilidade da população e da circulação do vírus na área, variando ciclicamente de um local para outro. Nos climas tropicais, o aumento do número de casos ocorre durante a estação seca.

No Brasil, em 1991, foram notificados 42.532 casos, representando um coeficiente de incidência de 29,1 por 100 mil habitantes. Em 1992, com a implantação do Plano de Controle/Eliminação do Sarampo, duas estratégias foram priorizadas: a realização da Campanha Nacional de Vacinação Contra o Sarampo e a implementação das ações de Vigilância Epidemiológica. Com isso ocorreu significativa redução do número de notificações para 7.934 casos, com coeficiente de incidência de 5,3 por 100 mil habitantes. No ano de 1993, a doença permaneceu sobre controle, tendo sido notificados 6.814 casos e confirmados 271 casos com um

coeficiente de incidência de 0,2 por 100 mil habitantes. Em 1994, foram notificados 4.934 casos, tendo sido confirmados 53 casos.

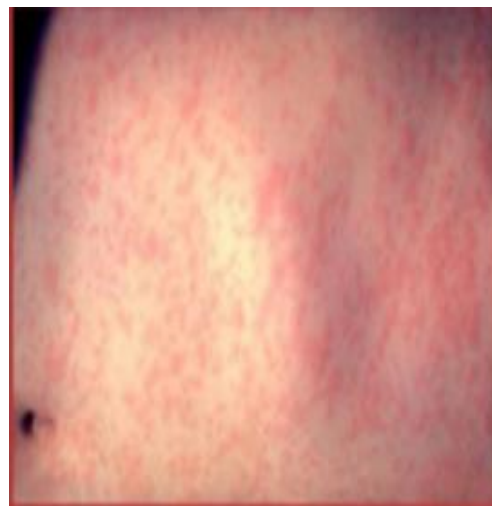
Embora possa ocorrer em recém-nascidos de mães susceptíveis, o sarampo é relativamente raro nos primeiros seis meses em decorrência da transferência transplacentária de anticorpos maternos. Essa questão é aqui levantada para que se reflita sobre conceito generalizado de que lactentes têm anticorpos maternos contra a virose até aproximadamente um ano, conceito este que influi sobre os programas de prevenção da doença.

Clínica



Após o período de incubação de cerca de onze dias, a doença se manifesta com pródrômicos de três a quatro dias de duração. Estes se iniciam com febre, mal-estar, coriza seromucosa e, depois, mucopurulenta, tosse seca, conjuntivite com fotofobia e epífora, sendo ocasionalmente observada na conjuntiva palpebral inferior uma linha marginal transversal (linha de Stimson).

A febre eleva-se gradualmente, com pico máximo no início do período exantemático; a curva térmica pode ainda ser bifásica, com elevação inicial, declínio após 24 horas e posterior exacerbação, sendo também máxima no início de exantema (38,5 a 40,5°C). Sua queda ocorre a partir do terceiro dia do exantema. Febre persistente, após o quarto dia de exantema, impõe minucioso exame clínico à procura de complicações bacterianas.



No final do período prodrômico e antecedendo em 24 a 48 horas, às vezes 72 horas, ao período exantemático, podem ser visualizadas as manchas de Koplik; estas são pontos brancos-azulados localizados na mucosa bucal na região próxima aos molares, que às vezes se estendem a toda mucosa oral. São máculas como grãos de areia, rodeadas por halo vermelho, com fundo eritematoso difuso e que desaparecem 24 a 48 horas após o início da

erupção, corroborando com sua presença o diagnóstico de sarampo mesmo antes do início do exantema. Durante toda a evolução do sarampo verifica-se também hiperemia difusa da mucosa oral, com aumento de vascularização.

Em torno do quarto dia de período prodrômico inicia-se o exantema maculopapular de tonalidade avermelhada, começando pelo rosto, regiões retroauricular e cervical. Como apresenta caráter descendente, atinge o tronco e membros superiores no segundo dia e estende-se aos membros inferiores no terceiro dia, quando pode ocorrer sua confluência no tronco e rosto.

A partir do terceiro dia o exantema adquire tonalidade castanho-acinzentada, evoluindo para descamação furfurácea no final da primeira semana do período exantemático.

Durante o período febril do sarampo podem ser ainda observadas: adenomegalia, estomatite, às vezes pronunciada, laringite, diarreia, ocasionalmente com muco e sangue, e raramente esplenomegalia. Na fase exantemática, a radiografia de tórax revela habitualmente a presença de adenopatia hilar em um quarto dos casos e aumento da trama broncovascular, que irradia principalmente dos hilos para os lobos inferiores.

Resumindo, a doença chega ao seu clímax no primeiro e segundo dias do exantema, quando o quadro clínico se exterioriza mais florido: a febre eleva-se ao máximo, o exantema torna-se exuberante, as manchas de Koplik ainda estão presentes, as conjuntivas congestas com fotofobia e lacrimejamento, coriza abundante e tosse produtiva. Estes achados configuram a fácies "sarampenta", já observada no final do período prodrômico. Nas 24 horas seguintes há queda da temperatura, melhora da coriza, da conjuntivite e da tosse. Esta, porém, persiste por cinco a dezesseis dias após o exantema.

Diagnóstico Laboratorial

O sarampo clássico é diagnosticado clinicamente. Nestes pacientes, o diagnóstico virológico é excepcionalmente necessário para confirmar a suspeita.

Os testes mais freqüentemente empregados do ponto de vista laboratorial são os sorológicos. Uma elevação de quatro vezes nos títulos iniciais, entre os estágios agudo e convalescente, é considerada diagnóstica para o sarampo, assim como a presença de anticorpos IgM.

A dosagem de IgM específica para sarampo é considerada exame sensível e rápido, sendo o diagnóstico realizado com apenas uma dosagem; a técnica representa uma grande contribuição ao diagnóstico da doença, principalmente nas formas atípicas. Anticorpos IgM podem não ser detectáveis nas primeiras 72 horas do início do exantema e normalmente não o são 30 a 60 dias após o "rash".

Além da IgM, pode-se fazer a pesquisa de IgG. Seja por aumento dos títulos dessa imunoglobulina ou por sua soroconversão.

Vacinação

A vacina contra o sarampo é constituída por vírus vivo atenuado, preparada em cultura celular de embrião de galinha. Essa imunização ativa está disponível em formulações combinadas como a tríplice viral (sarampo, caxumba e rubéola) ou tetraviral (sarampo, caxumba, rubéola e varicela).

O esquema básico de imunização contra sarampo, adotado no Brasil, é da seguinte maneira: uma dose a partir dos 9 meses. Recomenda-se dose adicional a partir dos 12 meses, com a finalidade de proteger o percentual de crianças que não respondem à vacinação aos 9 meses, preferencialmente aos 15 meses, junto com o reforço da tríplice e da Sabin. Em geral, de 87% a 99% dos vacinados após os 12 meses de idade apresentam anticorpos detectáveis e a imunidade é duradoura, acredita-se por toda vida. Em situação com alto risco de infecção (suspeita de surtos ou contatos intra-familiares com caso suspeito), a vacina deverá ser administrada em todas as faixas etárias. Quando a vacina for administrada antes dos 9 meses de vida, não deve ser considerada a dose válida, devendo ser agendada a partir dos 9 meses, conforme o calendário vigente.

Os efeitos colaterais incluem: Urticária; falta de apetite; dor; sensação de queimação ou agulhadas; vermelhidão; inchaço ou sensibilidade no local da injeção; artrite; dor nas juntas; convulsão febril; dor de cabeça; mal estar; sensação de formigamento.

É contra indicado a vacinação de crianças com histórico de hipersensibilidade aos componentes da vacina; incluindo gelatina ou neomicina; imunodeficiência primária; AIDS; discrasias sanguíneas; leucemia; linfoma ou qualquer tipo de neoplasma maligno que afete a

medula óssea ou sistema linfático; tratamento imunossupressor; doença respiratória febril ou outras infecções febris; tuberculose ativa; e crianças menores de 6 meses de idade.

Tratamento

Não há terapêutica específica contra o vírus do sarampo e tampouco drogas capazes de prevenir ou interromper os sintomas da doença uma vez instalados. Entretanto, vários estudos têm observado que o uso de vitamina A em crianças com sarampo tem se associado à redução de mortalidade e da morbidade.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) tem recomendado a suplementação de vitamina A para toda criança de áreas onde exista deficiência dessa vitamina (nível sérico inferior a 10mg/dl) e onde a taxa de mortalidade associada ao sarampo seja maior ou igual a 1%. A dose recomendada é de 100 000 UI, por via oral, para crianças menores de doze meses de idade e de 200 000 UI para crianças maiores de um ano. Na presença de sinais oftalmológicos de deficiência da vitamina A, tais como cegueira noturna, mancha de Bitot ou xeroftalmia, a OMS recomenda que a dose seja repetida em 24 horas e novamente quatro semanas após.

Os líquidos devem ser oferecidos, de acordo com a preferência da criança, a curtos intervalos. A dieta é livre, normal para idade, porém respeitando a inapetência natural que ocorre. Os cuidados com os olhos limitam-se, na maioria das vezes, à limpeza diária com soro fisiológico; quando há intensa hiperemia com abundante secreção mucosa, pode ser feita limpeza com água boricada. Na presença de conjuntivite purulenta estão indicados os colírios de antibióticos por cinco a sete dias. Ambiente escuro é recomendado para o paciente quando a fotofobia é intensa. A hipertermia deve ser combatida com os antitérmicos usuais. Compressas frias são úteis, especialmente quando se deseja controlar com rapidez febre intensa em paciente predisposto a apresentar convulsão febril. Umidificação do ar ambiente é indicada na fluidificação das secreções, bem como no tratamento adjuvante da laringite do sarampo. Derivados codeínicos, em pequenas doses, ou barbitúricos e outros antitussígenos são necessários nos casos mais rebeldes.

Os antimicrobianos não possuem qualquer efeito no curso do sarampo, nem qualquer capacidade de alterar o quadro inflamatório causado pelo vírus. Não devem, pois, ser utilizados, a não ser nos casos com complicação bacteriana. Prescrever antibióticos sistematicamente, visando prevenir complicações, é inútil e até mesmo desvantajoso, pois estes são capazes de mascarar certas complicações, como a otite, e de alterar o equilíbrio

bacteriológico das vias aéreas. Por outro lado, os antibióticos podem condicionar o surgimento de infecções graves, por germes de tratamento mais difícil. Apesar disso, essa conduta está muito arraigada na mente de grande número de médicos e deve ser rigorosamente combatida.

Referências

American Academy of Pediatrics, Committee on Infectious Diseases. Vitamin A treatment of measles. Pediatrics 1993; 91: 5.

FREIRE L.M.S.; MENEZES F.R. *Sarampo*. In: TONELLI E; FREIRE L.M.S.; *Doenças Infecciosas na Infância e Adolescência*. 2ª ed. Rio de Janeiro: MEDSI; 2000. P. 851-83.

RIBEIRO J.G.L. *Vacinações*. In: LEÃO E; CORREA J.C.; MOTA J.A.C.; VIANNA B.M. *Pediatria Ambulatorial*. 5ª Ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2013. p. 175-176.

DE QUADROS C.A.; IZURIETA H.; CARRASCO P.; BRANA M.; TAMBINI G. *Progress toward measles eradication in the region of Americas. Infect Dis*. 2003;187 Suppl 1:S102-10.

MMWR, May 7, 2010, Vol 59 #RR03 MMRV – Use of combination Measles, Mumps, Rubella and Varicella Vaccine Recommendations of the ACIP.

<http://cuidedesuasaude.com.br/doencasinfantis/sarampo> (acessado em 25/04/2014)