



NOTA TECNICA N°0009/2019 DIVE/SUV/SES/SC

Assunto: *Orienta os serviços de saúde quanto à conduta frente a casos suspeitos de Doença de Lyme-símile Brasileira ou Síndrome de Baggio-Yoshinari.*

A Doença de Lyme-Símile Brasileira ou Síndrome de Baggio-Yoshinari (SBY) é nova no território brasileiro, caracterizando-se como agravo inusitado de investigação obrigatória. Pela semelhança com outras doenças causadas por agentes infecciosos transmitidos por carrapatos, a vigilância epidemiológica/ambiental tem por objetivo a detecção de casos suspeitos e/ou confirmados, visando o tratamento precoce para redução de danos e o desencadeamento das medidas de controle.

1 - Sinonímia

Síndrome de Baggio-Yoshinari (SBY) ou Síndrome Infecto-Reacional Lyme-Símile (SIRLS).

2 - Doença de Lyme no Brasil

A pesquisa da Doença de Lyme (DL) em nosso país teve início em 1989, sendo os primeiros casos da enfermidade detectados em 1992. Entretanto, com os primeiros diagnósticos verificou-se grandes diferenças entre a Doença de Lyme descrita no hemisfério Norte e a descrita no Brasil.

Clinicamente, apesar da ocorrência do clássico eritema migratório (EM) e das complicações sistêmicas habituais encontradas na DL, a enfermidade brasileira cursava com recorrências, especialmente se a doença não era reconhecida em um estágio inicial.

Laboratorialmente, em nenhum momento foram isoladas bactérias do complexo *Borrelia burgdorferi* sensu lato nos fluidos biológicos e em tecidos. Embora a pesquisa de anticorpos contra a *B. burgdorferi* de origem americana ou europeia fosse relevante para o diagnóstico, revelava títulos baixos e oscilantes, desaparecendo rapidamente no sangue ou no líquido cefalorraquidiano.

Os pacientes do Brasil também exibem alta frequência de auto anticorpos dirigidos contra diferentes constituintes celulares, possivelmente induzidos pela infecção. Assim, a enfermidade identificada no país passou a receber inúmeras denominações como DL-símile, Síndrome Infecto-Reacional Lyme-símile (SIRLS) ou Doença de Lyme-Símile Brasileira com intuito de diferenciá-la da clássica DL. No Brasil, não existem relatos conclusivos da ocorrência da DL com características clínico-laboratoriais encontradas no hemisfério norte.



2.1 – Características do agravo no Brasil

A Doença de Lyme-Símile Brasileira é caracterizada por pequena lesão cutânea, expansiva, única ou múltipla, do tipo mácula ou pápula, de coloração avermelhada no local em que o carrapato ficou aderido, denominada de eritema crônico migratório (EM).

O EM é um importante marcador clínico para a suspeita diagnóstica e alerta à vigilância epidemiológica. O diagnóstico e tratamento em estágio inicial ou latente (recorrência) é de fundamental importância para evitar complicações sistêmicas recorrentes ao longo da evolução da doença. O surgimento de enfermidades crônicas com sequelas irreversíveis, especialmente neurológicas e articulares, parece estar relacionado a manifestações de autoimunidade.

3 - Agente etiológico

Espiroquetas pertencente ao complexo *Borrelia burgdorferi* sensu lato (s.l.).

3.1 - Reservatórios

Roedores silvestres e marsupiais (potenciais reservatórios no Brasil).

3.2 - Vetores

Os carrapatos das espécies *Ixodes loricatus*, *Amblyomma cajennense* e *Amblyomma aureolatum* são os vetores usuais coletados de animais em áreas onde a doença ocorre no Brasil. Carrapatos da espécie *Rhipicephalus microplus* não podem ser descartados.

4 - Modo de transmissão

O homem é infectado principalmente pelas larvas e ninfas do carrapato, que ficam aderidas a pele do hospedeiro.

5 - Período de incubação

O período de incubação médio entre a picada do carrapato e o desenvolvimento do EM é de 10 dias, mas pode variar de três dias a semanas. Mesmo que não haja lesão cutânea na fase inicial, a doença ainda pode se manifestar anos mais tarde. A lesão de pele costuma durar em média 30 dias, embora haja relatos de casos em que o EM persistiu por vários meses.

6 - Sinais e Sintomas:

Os sinais e sintomas mais comuns são eritema crônico migratório (EM), febre, artrite, paralisia facial, fraqueza muscular, meningite, entre outros.



6.1 - Manifestações clínicas observadas na Doença de Lyme-símile Brasileira

- a) Cutâneas: eritema migratório (lesão macular ou papular, de crescimento centrífugo, de bordas eritematosas e centro mais claro, no local da picada), eritema anular secundário, linfocitoma benigno, acrodermatite crônica atrófica, paniculite e lesões de pele semelhantes à esclerodermia no local inicial da picada.



- b) Osteomusculares: artrite, artralgia, miosite e Síndrome da Fadiga Crônica (SFC). Essa síndrome é definida como cansaço físico ou mental com duração superior a seis meses que não melhora com repouso e é exacerbado por atividades físicas. Define-se SFC na presença de quatro dos seguintes sintomas: fadiga prolongada, cefaleia, mialgia, diminuição de memória ou concentração, artralgia, dor de garganta, adenomegalia cervical e distúrbio do sono.
- c) Neurológicas: meningite linfomonocitária, neurite de nervos cranianos (paralisia facial, diplopia, surdez, disfagia, dislalia, nevralgia do trigêmeo), radiculopatias periféricas sensitivo-motoras, síndrome de Guillain-Barré, mononeurite multiplex, convulsões, encefalomielite, encefalopatia e disfunção esfíncteriana.
- d) Distúrbios cardíacos como arritmias e insuficiência cardíaca por cardiomegalia.
- e) Distúrbios psiquiátricos como depressão grave, tentativas de suicídio, síndrome do pânico, transtorno bipolar e esquizofrenia.
- f) Distúrbios de adequação social como fuga de escolas, busca de isolamento e abandono de empregos.
- g) Distúrbios oculares intrínsecos como uveíte, corioretinite e arterite retiniana.
- h) Distúrbios cognitivo que incluem diminuição de memória, dificuldade de expressão, distúrbios do sono, dificuldades de concentração, memorização ou raciocínio.
- i) Disfunções imuno-alérgicas como maior sensibilidade a drogas e alimentos, urticárias e sintomas graves como edema angioneurótico adquirido.

7 - Caso suspeito

É considerado caso suspeito todo indivíduo com história recente de picada por carrapatos, com presença de lesão de pele característica (EM) e sem tratamento atual ou prévio com antibióticos.



8 – Critérios de confirmação da Doença de Lyme-Símile Brasileira

Os casos suspeitos serão confirmados quando apresentarem 03 parâmetros maiores ou 02 maiores e 02 menores, conforme Tabela 1.

Tabela 1 - Critério diagnóstico para Doença de Lyme-Símile Brasileira.

| Parâmetros maiores: |
|---|
| * Epidemiologia compatível quando do início da infecção: picada, visita às áreas de risco, visualização de carrapatos no ambiente ou animais, animais doentes no local; |
| * Sorologia positiva para <i>Borrelia burgdorferi</i> (Elisa ou Western Blotting); |
| * Clínica pertinente: Eritema Migratório ou complicação sistêmica (articular, neurológica, cardíaca ou ocular). |
| Parâmetros menores: |
| * Episódios de recorrência; |
| * Visualização de espiroquetas à microscopia de campo escuro; |
| * Síndrome da Fadiga crônica. |

Fonte: (LIM-17 HCFMUSP)

9 - Exame laboratorial

As técnicas utilizadas para diagnóstico da doença são o exame Elisa, Imunofluorescência e Western Blotting.

Na fase aguda da doença ocorre predomínio de anticorpos da classe IgM e na convalescência de IgG, mas esta distinção tende a desaparecer nos episódios de recorrências.

Coleta da amostra para diagnóstico da Doença de Lyme-Símile Brasileira

Deve ser coletada 1 amostra (mínimo 2ml de soro / tubo com gel separador) refrigerada, **no primeiro atendimento** (verificar detalhes no Manual de orientação para coleta, acondicionamento e transporte de amostras biológicas, disponível no link <http://lacen.saude.sc.gov.br/arquivos/MCT01.pdf>).

A amostra deverá ser encaminhada ao LACEN/SC com o pedido de exame (GAL) e o formulário específico de investigação conforme rotina já adotada (**anexo 4**) - Protocolo-Borreliose Humana Brasileira ou Síndrome de Baggio-Yoshinari.

Todas as amostras devem chegar ao LACEN (obrigatoriamente) identificadas com o nome completo do paciente.

Diagnóstico diferencial de outras riquetsias

Importante coletar amostra para diagnóstico diferencial de **Febre Maculosa**.

Devem ser coletadas 2 amostras (mínimo 2 ml de soro), sendo a primeira na fase aguda (a partir do 1º contato com o paciente) e a segunda na fase de convalescência (14 a 21 dias após a primeira coleta).



10 – Tratamento

A escolha do esquema antimicrobiano a ser adotado está relacionada a manifestação da doença e características do paciente. A antibioticoterapia inicialmente preconizada para os casos agudos ou com diagnóstico recente é:

Adultos: Doxiciclina 100 mg 12/12 horas ou amoxicilina 500 mg 8/8 horas ou cefuroxima axetil 500 mg 12/12 horas (tempo de tratamento preconizado em média 30 dias).

Crianças: Amoxicilina 40 a 80 mg/kg/dia 8/8 horas ou cefuroxima axetil 20 a 30 mg/kg/dia 12/12 horas (tempo de tratamento preconizado em média 30 dias).

- A doxiciclina é contraindicada em gestantes ou menores de 09 anos.
- A azitromicina 500 mg uma vez ao dia para adultos ou 10 mg/kg/dia uma vez ao dia para crianças (pelo prazo de 30 dias) pode ser empregada com resultados menos efetivos.

As recidivas de sintomas clínicos podem ser abordadas inicialmente com os mesmos esquemas com duração média de 03 meses, porém com resultados menores. Na presença de complicações neurológicas ou quadro articular recorrente, o caso deve ser encaminhado ao serviço de referência regional ou estadual para avaliação e possível internação. Os sintomas como fadiga crônica e alterações da cognição respondem pouco ao uso de antibióticos e recebem outras formas de abordagem terapêutica, assim como os quadros de evolução clínica prolongada com episódios de recidivas.

11 - Conduta da vigilância epidemiológica frente ao caso suspeito

Os casos suspeitos devem ser notificados por meio da Ficha de Notificação Individual do SINAN (**anexo 1**).

A investigação epidemiológica e ambiental deve ser preenchida no “Formulário de Investigação Ambiental da Doença Lyme-Símile Brasileira” (**anexo 2**).

A investigação ambiental e coleta de carrapatos deverá ser realizada em todo caso suspeito e é de responsabilidade do município. Caso haja necessidade, a GERSA de referência prestará o apoio para a investigação.

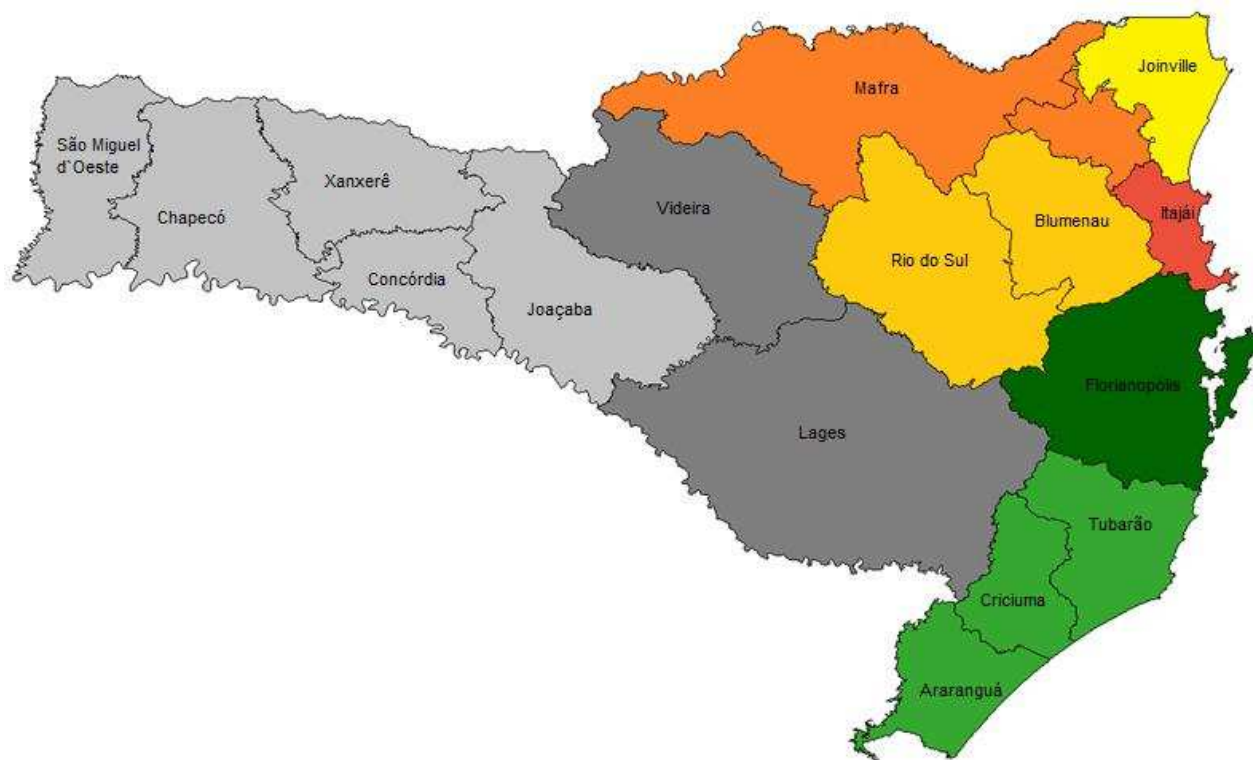
Os carrapatos encontrados aderidos ao indivíduo no momento da consulta ou que já tenham sido retirados, mas estão armazenados em algum recipiente, assim como àqueles provenientes de coleta na investigação do caso devem ser conservados em álcool 70% ou isopropílico, mantidos em temperatura ambiente e encaminhados ao Laboratório de Entomologia da Diretoria de Vigilância Epidemiológica (DIVE) para identificação, juntamente com a ficha de coleta (**anexo 3**).



OBS: O laboratório de referência (Fiocruz) somente realiza a pesquisa de riquetsias nos carrapatos de áreas em que houve a suspeita da doença (casos notificados no SINAN) ou daqueles que foram retirados de humanos.

Após avaliação dos pacientes com suspeita clínica, os profissionais médicos podem buscar mais informações com as referências regionais, conforme Mapa 1. Os contatos podem ser obtidos com as Gerências Regionais de Saúde.

Mapa 1: Referências nas regionais de saúde – SC.



| | |
|--|--|
| | Dr. Eduardo Campos de Oliveira / Dr. Gustavo de Araújo Pinto |
| | Dr. Roberto Teixeira Oening |
| | Dr. Luiz Escada |
| | Dra. Clarissa Guedes |
| | Dr. Pablo Sebastian Velho |
| | Dr. Willy M. Hiraga |
| | Dr. Ricardo Alexandre Freitas |
| | Dr. Paula Cristina Mendivil |



12 - Medidas de Prevenção e Controle

- Realizar a busca ativa de casos a partir de uma suspeita, identificando o local provável de infecção;
- Estabelecer comunicação ativa com serviços de saúde, para notificação dos casos;
- Promover capacitações para profissionais de saúde e alertar para a importância do diagnóstico precoce e diferencial com outras doenças;
- Informar a população sobre a circulação sazonal do carrapato, de forma educativa e preventiva;
- Locais públicos, conhecidamente infestados por carrapatos, devem apresentar informações à população, por meio de placas, sobre a presença de carrapatos e as formas de proteção;
- Orientar a população como se proteger:

- Evitar áreas infestadas pelo carrapato, se não for possível, usar calças e camisas de manga comprida e de cor clara para facilitar a visualização do artrópode,
- Após a exposição a ambientes de risco, deve-se inspecionar o corpo para verificar a presença de carrapatos e retirá-los imediatamente,
- Aparar os gramados para a entrada de raios solares, que evitam a proliferação dos carrapatos,
- Retirar os carrapatos caso sejam encontrados no corpo, preferencialmente com auxílio de pinça, não esmagar com as unhas, pois pode haver liberação das bactérias e contaminar partes do corpo que já apresentem lesões,
- A limpeza e a capina de lotes não construídos e a limpeza de áreas públicas, com cobertura vegetal, deve ser planejada.

Para informações adicionais, favor contatar as equipes técnicas:

DIVE - gezooreservatorios@saude.sc.gov.br (48) 3664-7484.

Florianópolis, 23 de setembro de 2019.

**Gerência de Vigilância de Zoonoses, Acidentes por Animais Peçonhentos e Doenças
Transmitidas por Vetores
GEZOO/DIVE/SUV/SES/SC**

**Diretoria de Vigilância Epidemiológica
DIVE/SUV/SES**



Referências

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de vigilância epidemiológica. Doenças infecciosas e parasitárias: Guia de bolso – 8ª Edição.

RODRIGUES, BD; MEIRELES, V M B; BRAZ, M N. BORRELIOSE DE LYME SÍMILE. Revista Paraense de Medicina v.21 (3) 2007 Yoshinari NH, et al. Rev. Assoc. Med. Bras. 2010.

ANEXOS

Anexo 1: Ficha de notificação

http://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Agravos/NINDIV/Ficha_conclusao_v5.pdf

Anexo 2: Ficha de investigação

https://docs.google.com/forms/d/1Kc6zbeYMbV0vNI7e6JJcjQoMZNjbcG1uqZD4a5vGHD_/edit

Anexo 3: Formulário de encaminhamento de vetores de riquetsias

http://www.dive.sc.gov.br/conteudos/FebreMaculosaBrasileira/FebreMaculosa%20_FichaEncaminhamentoDeAmostraParaLaboratorio.pdf



Anexo 4: Formulário/ Lacen – Protocolo Borreliose Humana Brasileira ou Síndrome de Baggio-Yoshinari

Protocolo – Borreliose Humana Brasileira ou Síndrome de Baggio-Yoshinari

Universidade de São Paulo – Prof. Dr. Natalino Hajime Yoshinari
Av. Dr Arnaldo, 455, sala 3184, CEP 01246-903, Fone: (11) 3061-7496
e-mail: yoshinari@lim17.fm.usp.br

DADOS DO PACIENTE: (preencher todos os campos com letra legível, preferencialmente digitado)

Nome: _____

Idade: _____ Data de nascimento: _____

CPF: _____ RG: _____

Estado civil: _____ Profissão: _____

Raça: _____ Sexo: (M) (F)

Nome da mãe: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Município: _____ Estado: _____

CEP: _____ Telefone(DDD): _____

Nome do médico responsável: _____

E-mail para envio de resultado: _____

Epidemiologia:

Local possível do contágio: urbana () rural ().

Picada por carrapato (S) (N), Presença de carrapato na localidade (S) (N), Mata (S) (N),

Animais silvestres (S) (N), Animais domésticos: cachorro (S) (N), cavalo (S) (N),
bovinos (S) (N) ou outros (S) (N), Animais infestados por carrapatos (S) (N), Animal
doente (S) (N) ou morte recente de animal (S) (N),

Frequêntou áreas com carrapatos (S) (N)

Casos humanos semelhantes na localidade (S) (N).

Carrapato: explicar de onde foi coletado o espécime _____

Dados Clínicos do Paciente:

Intervalo presumível entre contato e doença: _____ anos/ meses/dias.

Estágio Primário (<3m) () Estágio Secundário ou Recorrente (> 3m) ().

Sintomas Atuais: Febre (), Mialgia (), Artralgia (), Fadiga (), Cefaléia (),

Gânglios()



GOVERNO DE SANTA CATARINA
Secretaria de Estado da Saúde
Sistema Único de Saúde
Superintendência de Vigilância em Saúde
Diretoria de Vigilância Epidemiológica

Protocolo – Borreliose Humana Brasileira ou Síndrome de Baggio-Yoshinari
Universidade de São Paulo – Prof. Dr. Natalino Hajime Yoshinari
Av. Dr Arnaldo, 455, sala 3184, CEP 01246-903, Fone: (11) 3061-7496
e-mail: yoshinari@lim17.fm.usp.br

Lesão de pele (S) (N), **Expansiva** (S) (N), **>5cm** (S) (N), **Lesões múltiplas** (S) (N).
Borda Eriematosa (S) (N). **Duração:** ____ dias.
Outras lesões: morbiliforme (), petéquias ou púrpuras (), escleroderma-like (),
linfocitoma (), eritema nodoso ()

Neuroológico:

Meningite (S) (N), **Neurite craniana** (S) (N).

Qual queixa _____

Neurite periférica (S) (N)

Qual queixa? _____

Queixa psiquiátrica (S) (N).

Qual sintoma? _____

Queixas cognitivas (S) (N)

Fadiga crônica (S) (N).

Articular:

Artralgia (S) (N), **Artrite** (S) (N) local _____

Miopatia (S) (N).

Cardíaco:

Cardiomegalia (S) (N), **ICC** (S) (N), **Arritmia** (S) (N). **Qual?** _____

Laboratório: **Anemia** (), **Leucopenia** (), **Plaquetopenia** (),

Elevação Transaminases (),

Elevação Bilirrubinas (), **FAN** positivo (), **Latex** positivo (), **VHS** _____

PCR positivo (),

Ureia _____, **Creatinina** _____ **Hematuria** (), **Leucocitúria** (), **Proteinúria** ()

Líquor: **celularidade:** _____ ml, **Linfo-mono?** (S) (N), **Proteína:** _____ mg/dl

Outros dados laboratoriais:

HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS E JUSTIFICATIVA DO(S) EXAME(S)

