

BORRELIOSE DE LYME SÍMILE – RELATO DE CASO¹

LYME DISEASE – FIRST CASE REPORT IN PARÁ

Brenda Diniz RODRIGUES², Vera Maria de Barros MEIRELES³ e Marcelle Nobre BRAZ⁴.

RESUMO

Objetivo: relatar o primeiro caso de borreliose de Lyme símile documentado no Estado do Pará. **Relato do caso:** paciente apresentou, inicialmente, lesão eritematodescamativa, ovalar, de aspecto arciforme, com clareamento central, crescimento centrífugo e lento, acompanhado de cefaléia e cansaço. Posteriormente novas lesões surgiram em joelho, panturrilha e dorso do pé esquerdo. Ao exame histopatológico, observou-se leve infiltrado linfocitário perivascular, edema e congestão, bem como nervos dérmicos e músculos piloretos livres de infiltrado inflamatório. A coloração por impregnação pela prata resultou negativa para espiro. A sorologia para doença de Lyme foi positiva. Realizado tratamento com tetraciclina e posteriormente com oxacilina, sem resultados satisfatórios, pois o paciente evoluiu com novas lesões, prolongando seu tratamento com a oxacilina. **Considerações finais:** relatado o primeiro caso de borreliose de Lyme símile no estado do Pará. São discutidas dificuldades terapêuticas, com prognóstico reservado em relação à cura definitiva.

DESCRIPTORIOS: borreliose de Lyme Símile, eritema migrans, *Borrelia burgdorferi*.

INTRODUÇÃO

A doença de Lyme é uma moléstia crônica polissistêmica, que cursa com alterações cutâneas, articulares, neurológicas e cardíacas. É causada pelo espiroqueta *Borrelia burgdorferi*, usualmente transmitido por minúsculos carrapatos, podendo infectar seres humanos e animais.^{1,2}

A doença é mais comum na costa leste dos Estados Unidos, nas áreas do meio-oeste e nos vales do extremo oeste do país. É, ainda, bem conhecida na Europa e tem ocorrência relatada na antiga União Soviética, na China, no Japão e Austrália.^{2,3}

No Brasil, os primeiros relatos de manifestações cutâneas foram realizados em 1987 e 1993 por Yoshinari e colaboradores, que descreveram os primeiros casos de doença de Lyme com

manifestações extracutâneas em pacientes com sorologia positiva, utilizando as técnicas de ELISA e Western Blotting. Focos já foram detectados em São Paulo, Santa Catarina e no Rio Grande do Norte. Por ser doença rara em território brasileiro, é de notificação compulsória e investigação obrigatória.²

Considerando as diferenças etiológicas e os aspectos clínicos e laboratoriais, quando comparada com a borreliose de Lyme norte-americana ou européia, a infecção no Brasil deve ser referida como borreliose de Lyme *simile*, tendo sido os primeiros casos publicados no início da década de 1990. O agente etiológico no Brasil não foi isolado até a presente data e os prováveis carrapatos responsáveis pelo ciclo silvestre pertencem aos gêneros *Ixodes* enquanto o gênero *Amblyomma* estaria implicado na transmissão a animais domésticos e seres humanos.^{1,4}

Recebido em 09.04.2007 – Aprovado em 22.08.2007

¹ Trabalho realizado no Ambulatório de Dermatologia do Centro de Saúde Escola do Marco - CCBS/UEPA

² Graduandas do Curso de Medicina da Universidade do Estado do Pará - UEPA

³ Professora assistente da Disciplina de Dermatologia da Universidade do Estado do Pará - UEPA

⁴ Médica graduada pela Universidade do Estado do Pará - UEPA

A bactéria *Borrelia burgdorferi* penetra na pele no local da picada do carrapato, que geralmente pertence ao gênero *Ixodes*. Após um período de 3 a 32 dias, as bactérias migram da pele e disseminam-se na linfa ou através do sangue para outros órgãos ou zonas cutâneas.¹

A lesão dermatológica é iniciada por uma pequena mácula ou pápula eritematosa que aumenta lentamente, tomando uma forma ovalar. Pode ser única ou múltipla e é denominada de eritema *migrans* (EM). Além do acometimento cutâneo, a doença costuma apresentar manifestações gerais, como mal-estar, febre, cefaléia, rigidez de nuca, mialgias e artralgias. Semanas ou meses após o início do EM, manifestações neurológicas precoces podem surgir, como: meningite asséptica, paralisia facial, mielite e encefalite, perdurando por meses ou tornando-se crônicas.^{4,5}

Distúrbios cardíacos também podem ser observados após poucas semanas do EM, como bloqueio atrioventricular, miocardite aguda ou aumento da área cardíaca. Meses após os sintomas iniciais, podem surgir edemas articulares recorrentes, principalmente dos joelhos. A doença pode, inclusive, ficar latente por longos períodos, após os quais apresenta manifestações neurológicas crônicas tardias, como encefalopatias, polineuropatia ou leucoencefalite.⁶

O diagnóstico é eminentemente clínico, baseado nas características básicas da lesão, bem como na anamnese colhida; ainda assim, imunofluorescência indireta, ELISA e cultura auxiliam na confirmação diagnóstica. O tratamento do quadro recente baseia-se na antibioticoterapia (penicilinas, tetraciclina e/ou ceftriaxona), sendo que nem sempre ocorre resolução das lesões com a medicação. Para as demais manifestações, podem ser utilizados anti-inflamatórios não hormonais; apesar da terapêutica, as manifestações tardias podem ser irreversíveis.^{1,5}

A profilaxia deve ser enfatizada, orientando-se o paciente quanto a vestimentas e repelentes químicos aplicados ao corpo ou às roupas. É também de grande valia ações de educação em saúde sobre o ciclo de transmissão para impedir que novas infecções ocorram e evitar que os indivíduos transitem onde há suspeita da existência dos carrapatos. Ultimamente têm sido testadas vacinas contendo proteína A, sem resultados consistentes até o momento.^{7,8}

OBJETIVO

Relatar o primeiro caso de borreliose de Lyme *símile* documentado no Estado do Pará.

RELATO DO CASO

Anamnese

Paciente F.F.S., sexo masculino, 23 anos, faíoderma, paraense, residente em Belém, apresentou queixa, em outubro de 2005, de aparecimento de lesão avermelhada em membro inferior direito (FIGURA 1), bem como cefaléia, cansaço e dor músculo-esquelética. Na época, foi solicitada sorologia para a doença de Lyme, não revelando resultado positivo para tal, então se instruiu a repetir a sorologia em 4 semanas. Em dezembro de 2005, surgiu nova lesão, semelhante à anterior, em joelho esquerdo, na qual foi realizada biópsia (FIGURA 2). Em janeiro de 2006, novas lesões surgiram no dorso do pé esquerdo e a sorologia para doença de Lyme foi positiva. Então, uma vez suspeitada a doença, foi iniciada terapêutica, sem resposta clínica. Em seguida, optou-se pela troca da medicação, alcançando melhora clínica, evoluindo sem cefaléia, melhora do quadro algico e com regressão de algumas lesões dermatológicas, deixando hipocromia residual. Contudo, em abril de 2006, o paciente evoluiu com novas lesões em panturrilha direita, optando-se por prolongar o tratamento. Paciente nega incursões em áreas rurais.

Exame físico

Ao exame das lesões dermatológicas, o paciente apresentou lesões ovais, de aspecto arciforme, eritematosas, descamativas, com clareamento de região central, crescimento centrífugo e lento (FIGURA 1).

Exames subsidiários

1) Sorologia para Lyme (outubro de 2005): IgG negativa e IgM indeterminada.

2) Biópsia lesional (dezembro de 2005): O estudo histopatológico observou leve infiltrado linfocitário perivascular, edema e congestão. Nervos dérmicos e músculos pilo-erectores livres de infiltrado inflamatório, não havendo sinais de malignidade. A coloração por impregnação pela prata resultou negativa para espirilo, sendo então sugerida a dosagem de anticorpos anti-*Borrelia burgdorferi*.

3) Sorologia para Lyme (janeiro de 2006): Positiva, com índice de IgM de 1.13.

Obs: Método utilizado para sorologia foi ELFA (*Enzyme Linked Fluorescent Assay*), cujos padrões para titulações são: Negativo: Inferior a 0,75; Indeterminado: 0,75-1,00; Positivo: Superior a 1,0.

Diagnóstico

Borreliose de Lyme *símile*



FIGURA 1 - Lesão eritematosa, descamativa, arredondada, de aspecto arciforme, com clareamento central, crescimento centrífugo e lento

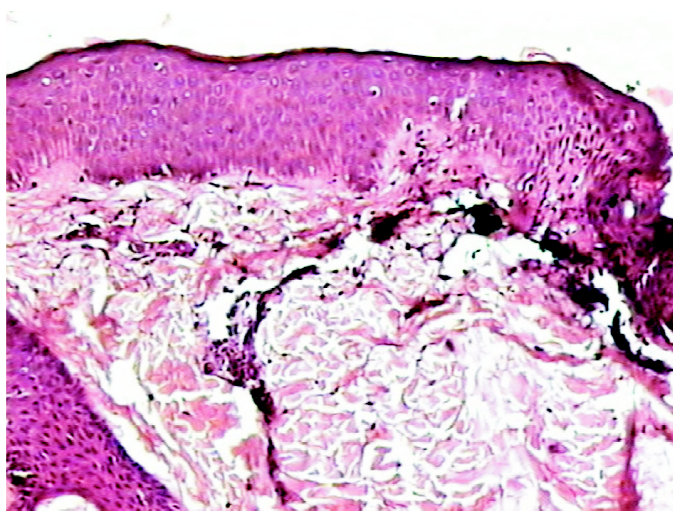


FIGURA 2 – Histopatológico de biópsia lesional

Conduta

Foi iniciado tratamento com tetraciclina 250mg 6/6h por 21 dias, sem resposta clínica. Em seguida, optou-se pela oxacilina 100mg 12/12h por 14 dias, alcançando melhora clínica com regressão de algumas lesões, deixando hipocromia residual. Pelo caráter cíclico da doença e o aparecimento de novas lesões em abril de 2006, o tratamento foi prolongado com oxacilina.

DISCUSSÃO

A borreliose de Lyme foi descrita por Allen C. Steere em 1977, em Connecticut, porém somente

por volta dos anos 90 foi relatada no Brasil.^{2,9} Desde então casos foram notificados no Rio de Janeiro¹⁰, Manaus¹¹, São Paulo¹² e Mato Grosso¹³, sem indícios no estado do Pará até então.

O presente estudo colabora com os achados de Berger (1989)¹⁴, que também evidenciou como principais sintomas extracutâneos, cansaço, dor músculo-esquelética, cefaléia e febre, sendo que este ultimo sintoma esteve ausente no sujeito da desta pesquisa.

Muitos autores descrevem ainda outros sintomas não dermatológicos, tais como neurites de pares cranianos, radiculoneurite motora ou sensitiva, mielite, encefalite, ataxia cerebelar, rigidez de nuca, fotossensibilidade, conjuntivite, linfadenopatias, artrite, dentre outros.^{14,15,16,17}

No entanto, no caso em questão prevaleceram as manifestações cutâneas, representadas pelo eritema *migrans*, uma vez que os achados extracutâneos foram fugazes. Dado este está de acordo com estudos da literatura que permitem inferir que no Brasil ocorre uma forma de borreliose de Lyme com manifestações predominantemente cutâneas, tendo portanto características clínicas e epidemiológicas diferentes das observadas na Europa e América do Norte.^{18,19,20}

Quanto ao tratamento, este se baseia na antibioticoterapia (penicilinas, tetraciclina e/ou ceftriaxona), sendo que nem sempre ocorre resolução das lesões com a medicação, podendo inclusive evoluir com o aparecimento de novas erupções cutâneas.^{1,5}

No Brasil, como nos demais continentes, o diagnóstico da enfermidade nem sempre é fácil. Até o presente momento não foi possível o cultivo do microorganismo do gênero *Borrelia* responsável pela borreliose de Lyme *símile* em mamíferos ou carrapatos no Brasil. O diagnóstico clínico de EM deve ser confirmado por exames sorológicos e histopatológicos, bem como pelo cultivo em meio específico.^{1,20}

Em estudos de De Koning e Cregg, os principais achados histopatológicos são a proliferação e dilatação de vasos sanguíneos, e uma vasculite com infiltrado primário de linfócitos associados às células plasmáticas.^{21, 22} No presente caso, o histopatológico revelou leve infiltrado linfocitário perivascular, edema e congestão.

O diagnóstico foi feito a partir da suspeita clínica na anamnese e exame físico, com o achado do eritema *migrans* e foi complementado com o histopatológico e sorologia (títulos positivos).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foi relatado o primeiro caso de borreliose de Lyme *símile* no estado do Pará. São discutidas as dificuldades terapêuticas, com prognóstico reservado em relação à cura definitiva.

SUMMARY

LYME DISEASE – FIRST CASE REPORT IN PARÁ

Brenda Diniz RODRIGUES, Vera Maria de Barros MEIRELES e Marcelle Nobre BRAZ.

Objective: report the first case of a patient with Lyme disease in Pará (Brazil). **Case Report:** a 23-year-old, male patient presented to the dermatology service with Headache, muscle pain and a history of a progressive skin eruption, with annular shape and growing centrifugally, with central clearing, characterizing the erythema migrans. Later, new eruptions appeared on the knees, legs and left foot. The patient also showed serological exams positive to Lyme disease and the histopathological study showed . It was started a treatment with, but new lesion appeared, so the drugs were changed. The eruptions did not stop to appear. So the authors concluded it was reported the first case of Lyme disease in Pará.

KEYWORDS: lyme disease, *Borrelia burgdorferi*, erythema migrans.

REFERÊNCIAS

1. AZULAY RD, TRINDADE NETO PB. Dermatozoonoses (Doença de Lyme). In: AZULAY RD, AZULAY DR. *Dermatologia*. 3. ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan, 2004.
2. YOSHINARI NH, BARROS P JL, BONOLDI V LN, ISHIKAWA M, ATTESTI D MB, PIRANA S. Perfil da borreliose de Lyme no Brasil. In: UGIMOTO F, GHANEM RC, MONTEIRO MLR. Pupila tônica bilateral como seqüela oftálmica isolada da doença de Lyme: relato de caso. *Arq Bras Oftalmol*. 2005; 68(3): 381-4.
3. PÉREZ GG, TORRES J, SANTOS FS, BAUTISTA VZ, CONYER RT, MUÑOZ O. Estudio seroepidemiológico de borreliosis de Lyme en la Ciudad de México y el noreste de la República Mexicana. *Salud pública de México*. 2003; 45(5): 351-55.
4. FONSECA, HA. Borreliose de Lyme *símile*: Uma doença emergente e relevante para a dermatologia no Brasil: Artigo de revisão. *An. Bras. Dermatol*. 2005; 80(2):171-85.
5. GERBER MA, SHAPIRO ED, BURKE GS, PARCELLS VJ, BELL GL. Lyme disease in children in southeastern Connecticut. *N Engl J Med*. 1996; 335(17):1270-74.
6. WALKER D. Tick- Transmitted infectious diseases in the United States. 1993. In: Fonseca, HA. Borreliose de Lyme *símile*: Uma doença emergente e relevante para a dermatologia no Brasil. Artigo de revisão. *An. Bras. Dermatol*. 2005; 80(2): 171-8.
7. HAYES EB, PIESMAN J. How Can We Prevent Lyme Disease? *N Engl J Med*. 2003; 348(24): 2424-30.
8. ARMSTRONG PM, BRUNET LR, SPIELMAN A, TELFORD SR. Risk of Lyme disease: perceptions of residents of a Lone Star tick-infested community. *Bulletin of the World Health Organization*. 2001; 79(10).
9. STEERE AC, MALAWISTA SE, SNYDAN DR. Lyme arthritis: an epidemic of oligoarthritis in children and adults in three Connecticut communities. *Arthritis Rheum* 1977; 20:7-17.
10. AZULAY RD, ABULAFIA L, SODRE CS. Lyme disease in Rio de Janeiro, Brazil. *Int J Dermatol*. 1991; 30(8):569-71.
11. TALHARI S, TALHARI A, FERREIRA LCL. Eritema cronicum migrans, eritema migratório, doença de Lyme ou borreliose de Lyme. *An Bras Dermatol*. 1992;67(5):205-9.
12. YOSHINARI NH, OYAFUSO LK, MONTEIRO FGV, BARROS P JL, CRUZ FCM, FERREIRA LGE, et al. Doença de Lyme: Relato de um caso observado no Brasil. *Rev Hosp Clín Fac Med São Paulo*. 1993; 48(4):170-4.
13. COSTA IP, YOSHINARI NH, BARROS P JL, BONOLDI V LN, LEON EP, ZEITUNE AD, et al. Doença de lyme em Mato Grosso do Sul: relato de três casos clínicos, incluindo o primeiro relato de meningite de Lyme no Brasil. *Rev Hosp Clín Fac Med Sao Paulo*. 1996; 51(5):253-7.
14. BERGER BW. Dermatologic manifestations of Lyme disease. *Rev Infect Dis*. 1989; 11(suppl):1475.
15. Yoshinari NH, Barros P JL, Bonoldi V LN. Perfil da borreliose de Lyme no Brasil. *Rev Hosp Clín Fac Med Sao Paulo*. 1997; 52(2):111-7.
16. PACHNER AR, STEERE AC. Neurological findings of Lyme disease. *Yale J Biol Med*. 1984; 57(4):481-3.

17. PIRANAS S, BENTO RF, BOGAR P, SILVEIRA JAM, YOSHINARI NH. Paralisia facial e surdez súbita bilateral na doença de Lyme. *Rev Bras Otorrinol.* 1996; 62(3):500-2.
18. YOSHINARI NH, ABRÃO MG, BONOLDI VLN, SOARES CO, MADRUGA CR, SCOFIELD A, et al. Coexistence of antibodies to tick-borne agents of Babesiosis and Lyme Borreliosis in patients from Cotia County, State of São Paulo, Brazil. *Mem Inst Oswaldo Cruz.* 2003; 98(3):311-8.
19. YOSHINARI NH, BARROS PJJ, GAUDITANO G, FONSECAAH. Report of 57 cases of Lyme-like disease (LLD) in Brazil. *Arthritis Rheum.* 2000; 43(suppl): S188.
20. STANCHI NO, BALAGUE LJ. Lyme disease: antibodies against *Borrelia burgdorferi* in farm workers in Argentina. *Rev Saúde Pública.* 1993; 27(4):305-7.
21. DE KONING J, BOSMA RB, HOOGKAMP-KORSTAJE JAA. Demonstration of spirochetes in patients with Lyme disease with modified silver. *J Med Microbiol.* 1987; 23 (2): 261-7.
22. CREGH TM, WRIGHT NA, MCKEE PH. Inflammatory dermatoses. Erythema chronicum migrans. In: MARSDEN RA, HEADINGTON JT, MACKIE R. *Pathology of the skin.* 1. ed. London: Gower Medical, 1989.

Endereço para correspondência:

Brenda Diniz Rodrigues
Av. Serzedelo Corrêa, 999/1102.
Batista Campos, Belém – PA. CEP: 66033-770
Fone: (0xx91) 8157-2373
E-mail: bbdiniz@yahoo.com.br