

Rubéola Congênita: um caso de prevenção

Congenital Rubella: a case of prevention

Gabriel Alvarenga Beckmann, Gibran Antônio Garcia Daher, Gustavo Henrique Campos de Sousa, Iasmin Côrtes Mânica Teles, Julia Amorim Cruz, Pedro Figueiredo Guimarães

Resumo

A rubéola é uma doença infectocontagiosa causada pelo vírus de RNA togavírus transmitido por meio de secreções da via respiratória em indivíduos infectados. Quando acomete gestantes, no período de viremia da doença, existe a possibilidade da infecção vertical, entre mãe e feto, acarretando a Síndrome da Rubéola Congênita a qual pode causar uma série de alterações em todos sistemas do conceito, inclusive anatômicas e neurológicas, ou até mesmo evoluindo ao óbito. Como o tratamento da Síndrome da Rubéola Congênita é somente paliativo, esse artigo tem como objetivo evidenciar e ressaltar, através de uma revisão de literatura, além das características da doença, a sua prevenção.

Palavras chave: rubéola, prevenção, congênita, gravidez.

Abstract

Rubella is an infectious disease caused by the RNA vírus togavirus, transmitted by respiratory secretions from infected persons. When it affects pregnant women, during the viremia period, there is the possibility of the vertical infection between mom and fetus, originating the Congenital Rubella Syndrome, which may cause a series of alterations in all of the fetus systems, including anatomic and neurological, or even evolving to death. Seeing that the treatment of the Congenital Rubella Syndrome is just palliative, this article present as goal evidence and highlight, through a literature review, the characteristics of the disease, and beyond, its prevention.

Key words: rubella, prevention, congenital, pregnancy

Introdução

O nome rubéola deriva do Latim, significando “pequeno vermelho”. Até o século 18, era considerada uma variante do sarampo ou da escarlatina, quando em 1814,

na Alemanha, foi descrita como uma patologia distinta, sendo inicialmente chamada de sarampo alemão e considerada de curso benigno. Em 1914 foi postulada como sendo de etiologia viral.¹

1. Acadêmico de Medicina da Universidade Católica de Brasília – UCB

2. Médico graduado pela Universidade Católica de Brasília – UCB

E-mail do primeiro autor: eckmanngabriel@gmail.com

Recebido em 26/02/2014

Aceito, após revisão, em 23/03/2015

Em 1941, o oftalmologista australiano Norman Gregg, foi o primeiro a reconhecer e publicar a Síndrome da Rubéola Congênita, sendo, a partir de então, o agente etiológico conhecido como um vírus teratogênico que causa um conjunto de sinais e sintomas clássicos, entre eles surdez, catarata e cardiopatia. A publicação de Norman Gregg deveu-se à observação da ocorrência de 78 casos de catarata congênita em recém-nascidos de mães infectadas com rubéola durante início da gravidez.^{1,2,3}

Na década de 60 houve o primeiro isolamento do vírus da rubéola e, em 1969, foram licenciadas as primeiras vacinas contra rubéola.¹

Epidemiologia

Até poucas décadas atrás não se dava a devida importância para a rubéola e o número de casos de Síndrome da Rubéola congênita atingia níveis alarmantes. Somente nas décadas de 70 e 80 a vacinação ampla foi instituída em âmbito mundial.^{1,2}

O número de crianças que nascem com Síndrome da Rubéola Congênita ainda é estimado em 100.000 por ano, no mundo inteiro. Mas no Brasil, após ter se tornado doença de notificação compulsória, e com a ampliação da cobertura vacinal para mulheres no período fértil, sofreu queda de cerca de 95%; nos anos de 2000 a 2008, foram registrados de 10 a 50 casos por ano. No DF

esse número não passou de 5 casos por ano, desde 2001.^{1,4,5}

Em climas temperados a incidência da rubéola costuma ser maior no final do inverno e início da primavera.¹

Etiopatogenia

O vírus da rubéola é classificado como um togavírus, do gênero *Rubivirus*. É um vírus envelopado de RNA, de filamento único, apresentando um único tipo antigênico e é relativamente instável, sendo facilmente inativado por luz ultravioleta, agentes químicos, calor e baixo pH.^{1,3}

O único animal afetado pelo vírus da rubéola é o ser humano, sendo transmitido de forma direta por meio de secreções respiratórias, mesmo de indivíduos com infecção subclínica; não existem evidências de transmissão por insetos.^{1,5}

Acredita-se que sua replicação ocorre na nasofaringe e em linfonodos regionais, seguindo para a placenta e infectando os órgãos fetais, causando desde interrupção mitótica até destruição celular. O vírus apresenta tropismo por tecidos embrionários e vascularizados e sua característica essencial é a cronicidade, já que permanece por todo o período intrauterino e até um ano após o nascimento.^{1,3}

O período de transmissão é de 7 dias antes e até 5 a 7 dias após o surgimento do exantema, sendo que crianças com Síndrome da Rubéola Congênita podem transmitir o

vírus por até um ano. O período de incubação é, em média de 17 dias, podendo variar de 12 a 23 dias.^{1,3,5}

A transmissão materno-fetal é influenciada diretamente pela idade gestacional, sendo de 90% nas 12 primeiras semanas, declinando entre a 12^a semana e a 28^a e chegando a cerca de 100% a partir da 28^a semana de gravidez. Contudo, essa infecção só ocorre nos períodos de viremia. Por isso, nos casos de reinfecção materna, a taxa de transmissão materno-fetal é quase insignificante uma vez que a mãe não apresenta viremia demonstrável.¹

Manifestações Clínicas

A rubéola adquirida (pós-natal) é de natureza benigna, e seus sintomas são subclínicos em até 50% dos casos. Em crianças pequenas a primeira manifestação clínica costuma ser o exantema, e os pródromos são raros. Em crianças mais velhas, costuma-se observar os pródromos, de 1 a 5 dias antes, caracterizados por febre baixa, linfadenopatia (retro-auricular e cervical posterior são as localizações mais comuns), conjuntivite e sintomas respiratórios superiores antes do surgimento do exantema. O exantema da rubéola é maculopapular e comumente ocorre entre 14-17 dias após a exposição ao vírus. Tem progressão em sentido craniocaudal, é comumente prurídico e costuma durar cerca de 3 dias. Complicações são incomuns e tendem a

ocorrer mais em adultos, como artralgia, artrite, trombocitopenia e encefalite.^{1,3,6}

Nos casos de infecção congênita, quanto antes ocorrer a infecção, piores serão as consequências, podendo causar morte fetal, aborto espontâneo, prematuridade e/ou uma gama de defeitos congênitos. Os casos mais graves se dão naqueles infectados no primeiro trimestre da gestação, com índice de infecção intrauterina de até 90% e caráter crônico da patologia.^{1,2}

Entretanto, o risco de anormalidades nos fetos infectados após a 20^a semana são raros e similares aos de uma gravidez não complicada se ocorrer somente no 3^o trimestre. Nesses casos, é mais comum a infecção pós-natal, de caráter agudo, mas benigno.^{1,2}

A infecção congênita por rubéola pode afetar qualquer sistema do organismo, de maneira extremamente variada e imprevisível, sendo os principais órgãos afetados os olhos, aparelho auditivo e coração. A surdez é a mais comum manifestação, sendo, inicialmente, a única na maioria dos casos.^{1,2,3}

As anormalidades congênitas podem ser divididas em transitórias ou permanentes. As permanentes são surdez, catarata, glaucoma, retinopatia, cardiopatias (ducto arterioso, defeito no septo ventricular, coarctação de aorta e estenose pulmonar), microcefalia, retardo mental. As anormalidades transitórias são inúmeras,

dentre elas temos hepatoesplenomegalia, trombocitopenia com púrpura, anemia hemolítica, meningoencefalite.

Observe o Quadro 1 para melhor visualização dos diversos achados patológicos da Síndrome da Rubéola Congênita. Menos da metade das anomalias são detectadas ao

nascimento, e ainda assim pode ocorrer o surgimento de anomalias em crianças aparentemente normais nos primeiros 2-4 anos de vida.^{1,2}

Manifestações tardias em crianças incluem diabetes mellitus, panencefalite progressiva e autismo.¹

Quadro 1: Achados patológicos na Síndrome da Rubéola Congênita.^{6,9}

Sistema	Achados Patológicos
Cardiovascular	Ducto Arterioso Permeável Estenose da Artéria Pulmonar Defeito do Septo Ventricular Miocardite
Sistema Nervoso Central	Meningite Crônica Necrose Parenquimatosa Vasculite com Calcificação
Olho	Microftalmia Catarata Iridociclite Necrose do Corpo Ciliar Glaucoma Retinopatia
Ouvido	Hemorragia Coclear Necrose Endotelial
Pulmão	Pneumonite Intersticial Mononuclear Crônica
Fígado	Transformação de Célula Gigante Hepática Fibrose Desarranjo Lobular Estase Biliar
Rins	Nefrite Intersticial
Glândulas Adrenais	Citomegalia Cortical
Ossos	Osteoide Malformado Mineralização Precária do Osteoide Adelgaçamento da Cartilagem
Baço e Linfonodos	Hematopoese Extra-medular
Timo	Reação Histiocítica Ausência de Centros Germinativos

Diagnóstico

Considerando que várias doenças exantemáticas podem mimetizar a rubéola, que cerca de 50% dos casos apresentam-se de forma subclínica e que as anomalias congênitas possam ser causadas por várias outras infecções intrauterinas, a única evidência confiável de infecção aguda por rubéola é através de diagnóstico laboratorial.^{1,3}

O vírus pode ser isolado para cultura através da secreção da nasofaringe ou urina da gestante desde uma semana antes e até 2 semanas após o surgimento do exantema. Apesar de ser um método diagnóstico de excelência, ele exige trabalho e atenção intensa, e, portanto, não é utilizado como método de rotina.¹

O método diagnóstico mais comumente usado é a sorologia, por meio do método ELISA, devendo ser coletada o quanto antes após instalação da patologia: 7 a 10 dias (fase aguda), e novamente com 14 a 21 dias (fase convalescente; 7 dias após a 1ª coleta). A infecção aguda é confirmada pela presença de anticorpos específicos IgM em amostra colhida durante fase aguda ou um aumento significativo (4 vezes) nos níveis de IgG entre amostras de fase aguda e convalescente.^{1,2,3}

A detecção de anticorpos específicos IgM em sangue fetal através de coleta de

sangue umbilical é confirmatório de diagnóstico. Os lactentes com Síndrome da Rubéola Congênita podem apresentar IgM positivo por até um ano após o nascimento, mas podem também apresentar essa alteração somente após um mês de vida, devendo sempre serem reavaliados após um mês, caso apresentem sintomas compatíveis.^{1,2,3}

Para melhor entendimento a respeito do diagnóstico, veja o Quadro 2.

Vacinação e prevenção

A vacinação é a única maneira de prevenir a população contra a rubéola; e a prevenção da Síndrome da Rubéola Congênita é a principal meta dos programas de vacinação contra a rubéola.^{1,6}

A vacina contra a rubéola é uma vacina de vírus atenuado, sendo primeiramente isolado na década de 60, de um feto infectado que fora abortado. Atualmente, apresenta-se disponível na forma de vacina tríplice viral, a qual inclui as principais cepas vacinais contra Sarampo, Rubéola e Caxumba.^{1,2,6}

A vacina contra a rubéola foi implementada no Brasil no período de 1992 a 2000, sendo, a rubéola, considerada como doença de notificação compulsória em 1996. Mas foi somente nos anos de 1999 e 2000 que a vigilância tornou-se mais eficaz, após surtos de rubéola em todo o país.^{2,7}

Quadro 2: Diagnóstico laboratorial de caso suspeito de SRC.⁶

Período da coleta	Pesquisa	Resultado	Conduta
Logo após o nascimento ou quando da suspeita de SRC	IgM	Positivo	Confirmar o caso
		Negativo	Realizar pesquisa de IgG no mesmo soro
	IgG	Positivo	Coletar 2ª amostra após 5 meses de vida
		Negativo	Descartar o caso
Após 5 meses da 1ª coleta	IgG	Se IgG mantiver o título anterior ou for maior	Confirmar o caso
		Se houver queda acentuada do título de IgG, comparado com o anterior	Descartar o caso

*Recém-nascido cuja mãe teve diagnóstico confirmado de rubéola, durante a gestação, ou lactente com suspeita de SRC.

A vacina tríplice viral está indicada, para todas as crianças de pelo menos 12 meses, sendo que qualquer dose realizada antes do 1º ano de vida não deve ser considerada. A segunda dose da vacina é prevista para ser realizada entre 4 a 6 anos de idade, logo antes da criança entrar na escola. Ademais, toda criança não vacinada, de 12 anos ou menos, também deve receber pelo menos uma dose da tríplice viral.^{1,2,6}

Para todos os adultos nascidos no ano de 1957 ou depois, que não possuam nenhuma contraindicação, também é indicada pelo menos uma dose, a não ser que eles apresentem alguma evidência de imunidade, como uma documentação de vacinação prévia.^{1,2,3}

Em especial, todas as mulheres em idade fértil deveriam ser sorologicamente avaliadas antes da primeira gestação, e imunizadas, caso necessário. Entretanto, no Brasil, não faz parte da rotina do pré-natal a pesquisa sorológica para rubéola, a não ser que a gestante apresente sinais ou sintomas da doença.^{1,2,6}

Ensaio clínicos demonstraram que 95% ou mais dos indivíduos vacinados demonstraram imunidade sorológica contra rubéola após uma única dose. Sabe-se que, apesar de incomum, pode ocorrer reinfecção viral após exposição ao vírus, caso o paciente apresente baixos níveis de anticorpos. Considerando-se esses fatos, a segunda dose da tríplice viral acaba por ser indicada,

principalmente, para garantir imunidade contra sarampo e caxumba nos indivíduos que falharam à primeira dose. Entretanto, a segunda dose também contribui para garantir a eficácia da vacina contra rubéola em níveis próximos de 100%.¹

Estudos norte-americanos de 2010 mostram que houve uma redução de cerca de 99% nos casos de rubéola e Síndrome da Rubéola Congênita após a implementação de ampla vacinação nacional.³

A vacina contra rubéola é extremamente segura, sendo que a maioria dos efeitos adversos observados deve-se ao componente contra sarampo. As mais comuns queixas são febre, linfadenopatia, exantema e artralgia, sendo mais comuns em adultos, especialmente em mulheres. O componente da rubéola é o responsável pelos efeitos articulares, como artralgia e artrite, não existindo nenhuma relação com casos de artrite crônica pós-vacinação da tríplice viral.¹

A vacina da tríplice viral apresenta algumas contraindicações, que devem sempre ser respeitadas. Indivíduos que apresentaram anafilaxia a componentes da vacina ou à primeira dose não devem receber a tríplice viral. Gravidez é uma contraindicação pelo risco teórico (0-1,6%) de desencadear Síndrome da Rubéola Congênita, devendo-se evitar a gravidez num período de 4 semanas após a vacina; sendo exigido acompanhamento médico criterioso caso

ocorra a vacinação de uma mulher grávida. Imunossupressão e imunodeficiência também são critérios de contraindicação vacinal, incluindo leucemia, linfoma, AIDS e terapia imunossupressora. Outras contraindicações são: história familiar de convulsões após a vacinação, presença de patologia aguda severa e transfusão sanguínea ou de imunoglobulinas.^{1,2,8}

Tratamento

Não existe tratamento específico nem para rubéola nem para Síndrome da Rubéola Congênita, somente paliativo e sintomático.^{3,9}

Deve-se, no entanto, prover acompanhamento médico especializado e multidisciplinar (pediátrico, cardiológico, oftalmológico e neurológico) constante, a fim de se detectar anomalias que não se fizeram presentes nos primeiros dias de vida e tentar evitar a piora dos agravos congênicos.⁹

Como medidas de suporte pode ser instituído tratamento sintomático com uso de antipiréticos, analgésicos, anti-inflamatórios não esteroides e imunoglobulinas.^{2,3,9}

Conclusão

A Síndrome da Rubéola Congênita, por não ter um tratamento específico, se torna um grande desafio e requer um acompanhamento multidisciplinar, além de um bom pré-natal para o diagnóstico precoce. Tendo em vista a gama de complicações

graves que esta doença pode proporcionar, a melhor forma de combatê-la é por meio de prevenção através da vacina. No Brasil, está presente no calendário vacinal na forma da vacina tríplice viral e vem apresentando um nível considerável de eficácia, motivo pelo qual sua incidência tem diminuído.

Referências

- Centers of Disease Control and Prevention. The Pink Book – Course Textbook; Capítulo 19. 12ª edição, 2012. [acesso em 29 mar 2014]. Disponível em: <http://www.cdc.gov/vaccines/pubs/pinkbook/rubella.html#congenital>
- Rocha CHR, Costa FAS, Quadrado AVM, Brandão AP, Leme BAP, Carneiro BV, et al. Síndrome da Rubéola Congênita: revisão de literatura. Rev Med Saude Brasília. 2013; 2(1): 46-57.
- Fauci AS, Braunwald E, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL, Loscalzo J. Harrison. Harrison Medicina Interna . 18. ed. Rio de Janeiro: Artmed; 2013.
- Biblioteca Virtual em Saúde. Incidência de síndrome da rubéola congênita. [acesso em 29 mar 2014]. Disponível em: <http://www.ripsa.org.br/fichasIDB/record.php?node=D.1.13&lang=pt&version=ed>
- Cardoso FTP, Guedes JPFS. *Perfil epidemiológico da Rubéola no Distrito Federal*. [acesso em 29 mar 2014]. Disponível em: <http://www.cpgls.ucg.br/ArquivosUpload/1/File/V%20MOSTRA%20DE%20PRODU%20CIENTIFICA/SAUDE/51.pdf>
- Ministério da Saúde. Doenças Infecciosas e Parasitárias – Guia de Bolso. 8ª edição, 2010. [acesso em 29 mar 2014]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/doencas_infecciosas_parasitaria_guiaboiso.pdf
- Lanzieri, TM; Pinto, D e Prevots, DR. Impacto da vacinação contra rubéola na ocorrência da síndrome da rubéola congênita. J Pediatr. 2007, 83(5):415-21.
- Biblioteca Virtual em Saúde. Vacinação. [acesso em 29 mar 2014]. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/dicas/51vacina.html>
- Behrman RE, Kliegman RM, Jenson HB, Stanton, BF. Nelson - Tratado de Pediatria. 18ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2009.