

Como diagnosticar a febre escaro-nodular?

How to diagnostic mediterranean apotted fever?

Tiago Tribolet de Abreu*

Agradeço os comentários de Fernando Guimarães.¹ A extensão dos mesmos não permitirá uma resposta a todos, no entanto gostaria de responder a alguns pontos que me parecem mais pertinentes.

Não se poderá deixar de apontar que a forma como encaramos a nossa realidade não é separável do contexto em que a vivemos. Da mesma forma, o local em que o colega exerce a sua actividade (Distrito de Vila Real), não é separável de algumas considerações que tece.

Com efeito, a taxa de letalidade da febre escaro-nodular no Distrito de Vila Real foi nula no período de 1989-1998, e a taxa de incidência nesse distrito, para a mesma patologia, no mesmo período, foi de 15/100.000 habitantes. Bem perto de Vila Real, o Distrito de Bragança é conhecido por ter a mais alta taxa de incidência de febre escaro-nodular de Portugal (63/10⁵), com uma das taxas de letalidade mais baixas (0,3%)². Penso que esta realidade do local em que exerce a sua profissão poderá contribuir para lhe parecer “exagerado que num só hospital e num só ano 44 doentes tivessem gravidade suficiente para justificar internamento hospitalar”. Mas se lembrarmos que o Distrito de Évora teve uma taxa de incidência de 25/10⁵, e que o vizinho Distrito de Beja teve uma taxa de incidência de 46/10⁵, estes números já poderão não parecer tão exagerados.

Também não concordo, da mesma forma, com a referida “benignidade global da doença”, bem como da referência ao facto de os casos fatais ocorrerem “em idosos ou doentes com comorbilidades importantes”. Embora não se questione a benignidade de um quadro com taxas de letalidade nulas no Distrito de Vila

Real, tal não poderá ser feito quando se considera a taxa de letalidade de 4,5% para o Distrito de Beja, ou se considera o facto de 6,8% dos doentes no nosso estudo terem falecido ou tido necessidade de transferência para Unidade de Cuidados Intensivos³. Não só nesse trabalho não se encontrou correlação entre comorbilidades e esse risco de morte ou necessidade de UCI, como os trabalhos que apoiam essa suposição são retrospectivos ou séries de casos-clínicos. Na minha experiência pessoal, curta, tenho presentes vários doentes não idosos e sem comorbilidades com quadros clínicos graves, por vezes fatais, de febre escaro-nodular. Assim sendo, mantenho a afirmação final do artigo de que será “útil a futura realização de trabalhos nesta área, de preferência por períodos de tempo superiores (3 anos) e multicêntricos, englobando um maior número de doentes (200 a 300 doentes)”.

Gostaria ainda de repetir o repto feito anteriormente⁴: que nós, internistas, temos o dever de estar atentos aos nossos doentes, questionarmo-nos sobre os mesmos e as suas patologias, e abordarmos essas questões de olhos bem abertos e com espírito científico, programando e executando os estudos que nos forem possíveis para responder a essas questões. Para tal, devemos dedicarmo-nos especialmente às patologias que mais assistimos, em especial nos aspectos em que podemos acrescentar algo mais ao que já se sabe actualmente. Isto poderá incluir patologias menos habituais noutros países, mas que, por razões diversas, fazem parte da nossa prática clínica habitual. ■

Bibilografia

1. Guimarães F. Como diagnosticar a febre escaro-nodular? *Med Int* 2008; 15(2): 154.
2. Sousa R, Nóbrega SD, Bacellar F, Torgal J. Sobre a realidade da febre escaro-nodular em Portugal. *Acta Médica Portuguesa* 2003; 16: 480-486.
3. Tribolet de Abreu T, de Sousa R, Pinto C, Bacellar F. Febre escaro-nodular: factores de risco para morte ou necessidade de cuidados intensivos. *Rev Port Cuid Intens* 2007; 14 (1): 31-33.
4. Tribolet de Abreu T. Uma sucessão de eventos. *Medicina Interna* 2007; 14 (2): 113-114.

*Assistente Hospitalar de Medicina Interna

Unidade de Cuidados Intensivos do Hospital do Espírito Santo-Évora E.P.E.

Recebido em 15.10.07

Aceite em