ARTIGO ORIGINAL / *ORIGINAL ARTICLE*

A reacção de Weil-Felix *Weil-Felix blood test*

/ F. Carvalho Araújo

Professor Catedrático (Jubilado) da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa e Especialista em Doenças Infecciosas pela Ordem dos Médicos

Patrocínios:

O presente estudo não foi patrocinado por qualquer entidade

Correspondência:

e-mail: fernando.abreu.araujo@gmail.com

Artigo recebido em
16/11/2013

Artigo aceite para publicação em
11/12/2013

"...Há erro sempre que o médico decide, mas não tem os conhecimentos necessários para decidir bem".

PROF. DANIEL SERRÃO

"Em ciência, esconder os erros é um pecado mortal. A solução é procurar os erros e investigá-los com uma atitude crítica racional".

PROF. JOÃO LOBO ANTUNES

"Quando acontece um erro, foi toda a estrutura que falhou e não apenas o profissional individualmente".

DR. JOSÉ MENDES NUNES

É triste verificarmos que, em pleno Século XXI (2013) ainda há médicos que solicitam, aos Laboratórios Privados de Análises Clínicas, a Reacção de Weil-Felix para diagnóstico serológico da Febre Escaro-Nodular, designação atribuída pelo grande Mestre Professor Ricardo Almeida Jorge à ubiquitária Febre Botonosa de Conor e Bruch, Febre Mediterrânea de Pieri, Febre Tifo-Exantemática de Toullec, Febre Eruptiva de Carducci, Febre Botonosa Mediterrânica e Febre Artromiálgica de Raybaud, nomes pelos quais a infecção provocada pela *Rickettsia conorii* tem sido descrita, também, noutros países das orlas do Sul da Europa e do Norte de África (sobretudo na área geográfica do Magrebe), mas também na Líbia, no Egipto, em Chipre, na Bósnia-Herzegovina, Croácia, Albânia, Grécia, Jordânia, Líbano e Israel, países onde a doença é endémica, como, igualmente, sucede em Portugal.

Efectivamente, a solicitação (ao Laboratório) da Reacção de Weil-Felix constitui um erro grosseiro que tem sido testemunhado, em inúmeras ocasiões, por diversos Internistas e Infecciologistas, ao longo dos últimos 25-30 anos.

Ora, esta reacção serológica não tem, actualmente, o mínimo interesse na prática clínica quotidiana, porque – como está demonstrado, desde há muito tempo – é destituída de especificidade diagnóstica, sejam quais forem as rickettsioses em causa e, *a fortiori*, no caso da infecção provocada pela *Rickettsia conorii*, veiculada pelo artrópode vector *Rhipicephalus sanguineus*, o qual, através da sua picada, transmite a infecção ao hospedeiro humano.

Esta sero-aglutinação, tão falaciosa, está, por conseguinte, obsoleta! E tornou-se de tal forma anacrónica que o médico que a solicitar (a um Laboratório) corre o risco de comprometer o seu nome de forma nada abonatória. Na verdade, seria o mesmo que requisitar a Reacção de Wasserman e Kahn para diagnóstico imunológico da sífilis ou as provas (análises) de Takata – Ara, Hanger e MacLagan («velhinhas» de mais de 60 anos!) para monitorizarmos a evolução de uma Hepatite B ou C, em fase aguda do processo, ou avaliarmos a função hepática no caso de um fígado transplantado.

Retenhamos isto de uma vez por todas: a Reacção de Weil-Felix, devido à sua grande inespecificidade, pode originar (e fá-lo de modo assaz frequente!) falsos resultados «positivos», a títulos mais ou menos elevados, para todas (TODAS!) as imunoglobulinas anti-*Proteus* (OX_2, OX_{19} e OX_k), em variadíssimas outras situações clínicas febris (que não a Febre Escaro-Nodular!) e, inclusivamente, até, em indivíduos saudáveis, como nós próprios o evidenciámos em amostras de sangue de dadores benévolos do Serviço de Imuno-Hemoterapia do Hospital de Santa Maria, em Lisboa.

Salvo raras excepções, o diagnóstico da Febre Escaro-Nodular é, essencialmente, clínico, como sucede em relação a outras doenças infecciosas bem conhecidas (v.g. – o tétano, a varicela, o botulismo, a «papeira», o *molluscum contagiosum*, o carbúnculo cutâneo, o herpes zoster e algumas outras mais).

No entanto, se, por razões pertinentes[1], necessitarmos de concretizar, imunologicamente, o «nosso» diagnóstico de Febre Escaro-Nodular, dispomos, em Portugal (desde há longo tempo!) de vários exames serológicos verdadeiramente específicos (ao dispor de todos os médicos!), como a Reacção de Imunofluorescência Indirecta (RIFI), os métodos imuno-enzimáticos (do tipo ELISA ou equivalentes), o *Western-blotting*[2] e as técnicas de PCR (Polymerase Chain Reaction).

A propósito da Reacção de Weil-Felix, nós próprios fomos protagonistas (em 2012) de um episódio que tocou as raias do inverosímil, que vamos tentar resumir.

Uma «doente» de 34 anos, empregada numa loja comercial e, anteriormente, sempre saudável, procurou-nos, tomada de grande ansiedade, porque, desde há 2-3 meses atrás, andava a ser tratada da "Febre da Carraça" sem obter quaisquer melhoras: "As análises ainda não estavam normais".(sic)

Conforme nos relatou, a Reacção de Weil-Felix, repetidamente efectuada, mantinha-se, sempre, «positiva», a despeito de haver realizado, já, dois ciclos terapêuticos com doxiciclina. O primeiro foi prescrito pelo médico do «seu» Centro de Saúde, o qual manteve o antibiótico durante 15 dias, tendo ficado surpreendido pelo facto das «análises não terem cedido». (sic) O segundo ciclo foi aconselhado por um outro médico (a que recorreu, numa policlínica do seu Bairro), o qual assegurou o tratamento (com o mesmo antibiótico, embora de marca comercial diferente) por quatro semanas, uma vez que, em sua opinião, se "Tratava de uma forma crónica da doença, que fazia com que as análises não baixassem".(sic)

Abramos, aqui, um parêntese para dizer que, por via de regra – como a grande maioria dos médicos sabe – bastam 8 dias de terapêutica com doxiciclina (na dose de 100 mg cada 8-12 horas, num adulto de peso médio, como era o caso) para curar uma forma não complicada da doença, o que se tornava presumível, dado que a «doente» não necessitou de internamento hospitalar.

Prosseguindo, agora, a nossa «odisseia», soubemos, entretanto, que a «doença» fora diagnosticada de modo fortuito. A senhora procurou consulta no Centro de Saúde porque sentia "febre, cansaço e suores" (sic) desde há algum tempo, «febre» que, aliás, como apurámos, se tratava, apenas, de uma inocente febrícula vespertina (37º,1 – 37º,3) inconstante. Todavia, o clínico fundamentou o diagnóstico de Febre Escaro-Nodular num *check-up* laboratorial onde se destacava uma Reacção de Weil-Felix «positiva» para OX_2 (1/160), OX_{19} (1/80) e OX_k (1/40).

Para nossa maior «surpresa», na série de 8 sero-aglutinações a que tivemos acesso («coleccionadas» ao longo dos 2–3 meses de «doença»), saltava à vista um resultado «negativo» ("zero", nas 3 aglutininas anti-*Proteus*!), intrometido nos outros 7 resultados «positivos» (a títulos mais ou menos elevados).

Tal paradoxo (nem sequer considerado pelos dois médicos que «trataram» a senhora, contradizia, desde logo – como é óbvio – a legitimidade do diagnóstico. Com efeito, quase todos aprendemos que, no decurso de qualquer processo infeccioso, os anticorpos circulantes, correspondentes aos agentes microbianos (antigénios) causais, exibem uma cinética (lógica!) própria: os seus títulos (de imunoglobulinas) ascendem, rapidamente, na fase aguda da doença; mantêm-se, depois, num *plateau* (mais ou menos prolongado); e sofrem, então, um declínio (mais ou menos lento), que pode não chegar à extinção – a chamada «cicatriz serológica» – como é emblemático de certas patologias (v.g. – toxoplasmose, rubéola, sarampo, mononucleose infecciosa e outras viroses, brucelose, sífilis, etc, etc), cujos títulos de anticorpos (embora baixos) persistem *ad vitam*.

Para encurtar razões (como soe dizer-se): a paciente não teve uma Febre Escaro-Nodular! Foi – é evidente – vítima de um erro grosseiro de diagnóstico cometido por dois colegas inaptos, que ousaram dedicar-se à prática clínica ambulatória, sem um mínimo de saber e de experiência. É de crer que estes dois médicos nunca tenham visto um enfermo com esta doença!...

[1] De índole académica, científica (investigação epidemiológica ou de outra natureza) ou clínica (formas bizarras, como aquelas em que pode não existir exantema e «tache noire» ou que sugiram a hipótese de se tratar de Rickettsioses «exóticas», oriundas de outros Continentes distantes.

[2] O qual, embora mais sensível de que a RIFI e, teoricamente, mais específico, apresenta, no entanto, certas restrições do seu uso na prática clínica quotidiana, dado que só pode (e deve!) ser realizado em laboratórios altamente especializados.

Ela é, porém, bem conhecida entre nós. Tem uma sazonalidade própria e apresenta um quadro clínico muito sugestivo, aspectos completamente ignorados por ambos os clínicos, sobretudo pelo primeiro. E, em traços gerais, predomina na Primavera e no Verão, é mais rara no Outono e excepcional no Inverno (e a senhora procurou ajuda médica em Dezembro de 2012!...). Apresenta, por via de regra, um perfil epidemiológico chamativo (contacto com cães ou gatos vadios ou, mesmo, domésticos, eventualmente parasitados por carraças infectadas, *hobbies* cinegéticos; acampamentos em parques ou bosques; piqueniques nos campos, etc, etc). E o quadro clínico, no período de estado, é inconfundível: começo súbito, por vezes precedido ou acompanhado de calafrios, febre elevada (39º - 40º C ou mais)[3], cefaleias intensas, mialgias e artralgias muito penosas, congestão ocular, acentuado mal-estar geral, astenia e anorexia profundas e, sobretudo (na grande maioria dos casos!), presença de um exantema[4] característico, distribuído de modo esparso (mais ou menos exuberante) por todo o corpo, incluindo o couro cabeludo, a palma das mãos e a planta dos pés, acompanhado pela «clássica» escara (*tache noire*), em cerca de 30 – 40% dos casos, a qual, além de poder ser múltipla (várias carraças infectadas que «picam» em simultâneo, e não a mesma carraça que «pica» em várias partes do corpo), surge, correntemente, em regiões propícias a barrarem ou dificultarem o «passeio» das carraças que se «alojam» no hospedeiro humano (sulco sub-mamário e sítio do *corselet* do *soutien-gorge* ou da saia (no sexo feminino); virilhas e axilas (em ambos os sexos); região lombar ou ventral (em homens, quer jovens quer adultos, que usam cintos muito apertados para segurarem as calças; etc, etc.

Resumindo: estes dois médicos (em pleno ano de 2012) desconheciam que a Reacção de Weil-Felix havia sido banida da prática clínica quotidiana há muito tempo (1.º ERRO). Não possuíam os mais rudimentares conhecimentos de Imunologia, uma vez que aceitaram, como razoável, o «estrambólico» resultado negativo (daquela reacção) intercalado numa série de 8, das quais 7 delas eram «positivas» a títulos mais ou menos elevados (2.º ERRO). «Chamaram» febre a uma inocente febrícula de 37º,1 – 37º,3 que – como é sabido – é um achado inteiramente normal em 2–3% dos adultos portugueses saudáveis, sobretudo nas mulheres, aquando do período que antecede o processo catamenial (3.º ERRO). Assumiram o exercício da prática clínica livre, não tutelada, um deles numa Instituição Pública (Centro de Saúde) e o outro numa Empresa Privada (Policlínica de Bairro) sem nunca – ao que parece – terem observado, *de visu*, um caso de Febre Escaro-Nodular, infecção endémica no nosso País (4.º ERRO). Nesta doença não foram descritas, até hoje, formas de evolução crónica, como admitiu o segundo médico que «tratou» a «doente» (5.º ERRO).

/ Epílogo

Por uma questão de excesso de zelo, efectuámos a Reacção de Imunofluorescência Indirecta (RIFI) e a Reacção Imuno-Enzimática ELISA[5], ambas de grande especificidade diagnóstica e disponíveis no nosso País há mais de 30 anos! Como era expectável, estas duas análises foram negativas. «Demos alta» à senhora, que – face a este desfecho – jamais voltou a queixar-se de "«febre», cansaço e suores".(sic)

/ Comentário final

Lamentavelmente, no nosso País, a inutilidade da Reacção de Weil-Felix (para o diagnóstico laboratorial da Febre Escaro-Nodular) não conquistou, ainda, os foros de "Verdade de La Palice". Com efeito, quando, em data recente (Fevereiro de 2013), tivemos necessidade de controlar o «nosso» INR[6], num Laboratório prestigiado de Lisboa (com grande movimento!) e inquirimos (junto da técnica que nos colheu a amostra de sangue, no «sangradouro») se recebiam pedidos para a realização desta famigerada análise, a resposta deixou-nos surpreendido: "Frequentemente, recebemos pedidos da Reacção de Weil-Felix; esta semana tivemos alguns!"(sic).

Enfim, são "*Les fautes par mégarde et les reprises tragiques des praticiens*", a que Armand Trosseau[7] (1801–1867) teve a feliz oportunidade de se referir, de forma pedagógica e objectiva, no seu memorável e histórico *Traité de Clinique Médicale*.

Nota – O autor escreve de acordo com a antiga ortografia, em sinal de protesto face aos atropelos arrepiantes perpetrados contra a sua Língua-Mãe.

[3] Nunca febrícula! (como a doente se apresentou ao médico).

[4] Que, excepcionalmente, pode estar ausente durante toda a evolução da doença.

[5] Enzyme-Linked ImmunoSorvent Assay.

[6] Porque tomamos Varfine® diariamente.

[7] Notável médico francês nascido em Tours.