

UNIVERSIDADE DO GRANDE RIO
ESCOLA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE MEDICINA

Marco Antonio Santux Andrade de Sousa

**O difícil diagnóstico de um caso de Psitacose em Teresópolis
no Estado do Rio de Janeiro**

Duque de Caxias
2021

UNIVERSIDADE DO GRANDE RIO
ESCOLA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE MEDICINA

Marco Antonio Santux Andrade de Sousa

**O difícil diagnóstico de um caso de Psitacose em Teresópolis
no Estado do Rio de Janeiro**

Monografia apresentada à disciplina de Trabalho
de Conclusão de Curso II como um dos requisitos
para a conclusão do Curso de Medicina

**Orientador: Prof. Raquel Fernandes de Barros
Nóboa**

Duque de Caxias
2021

UNIVERSIDADE DO GRANDE RIO
ESCOLA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE MEDICINA

Marco Antonio Santux Andrade de Sousa

**O difícil diagnóstico de um caso de Psitacose em Teresópolis
no Estado do Rio de Janeiro**

Aprovado pela banca:

Prof. _____

Prof. _____

Em _____ de _____ 2021

Rio de Janeiro
2021

DEDICATÓRIA

Este trabalho é todo dedicado à minha família, em especial à minha mãe, pois é graças ao seu esforço que hoje posso concluir o meu curso.

AGRADECIMENTOS

À minha amada mãe, que nunca mediu esforços para a realização deste sonho e que tem papel fundamental na minha formação, não apenas acadêmica, mas também moral;

Às minhas irmãs Lara Santux e Livia Santux, pelo apoio e torcida incondicionais;

Ao meu cunhado Wellington Carrijo, por todo ensinamento e esforço para realização deste sonho;

À minha madrinha por toda torcida durante este longo percurso;

A todos os meus amigos e amigas colegas de profissão, principalmente: Lorena Rios, Daniel Shirral, Mariana Fernandes, Cinthia Campos e Lilianne Abdu que tanto me ensinaram e ensinam;

A todos os meus amigos e amigas de longa data, em especial: Lucas Cardoso, André Grandis, Andréa Tosta, Rayla Tostes e Raquel Magno pelas conversas e apoio nos momentos difíceis;

Ao “201” por todas as conversas.

Aos meus professores de pré-vestibular, que acreditaram no meu sonho, quando o mais fácil seria desistir, em especial à João Lúcio, Bruno Ribeiro e Paulo Roberto, o “PR”;

À minha namorada, Mariana Lago, que tão pouco chegou, e já se pôs como uma das minhas maiores incentivadoras.

À minha orientadora Dr^a Raquel Nóboa, por todo auxílio na execução deste projeto.

*Na mudança do presente a gente molda o futuro
(Pensador, O Gabriel)*

RESUMO

Introdução: Conhecida como psitacose, ornitose ou febre dos papagaios, o termo clamidiose é, atualmente, utilizado para denominar esta enfermidade nas aves e psitacose nos seres humanos. A Chlamydia é uma bactéria gram-negativa e parasita intracelular obrigatório. A inalação de secreções contaminadas é a principal causa de transmissão. Os sintomas da ornitose costumam ser inespecíficos e variam em gravidade. O diagnóstico requer uma combinação de testes e associação com sinais clínicos e histórico e, muitas vezes, representa um desafio ao médico. **Objetivo:** Relatar o caso de um paciente com Psitacose, uma doença rara e de difícil diagnóstico. **Métodos:** Foi realizada uma pesquisa bibliográfica através de revisão não sistemática da literatura a partir do diagnóstico. Foram incluídos 13 artigos, entre os anos de 2001 até 2017. Além disso, entrevistas com o paciente e sua esposa também foram consideradas. **Relato de Caso:** Paciente do sexo masculino, 43 anos, com queixa de febre alta que não cessava com medicamento. Foi internado 3 vezes pelo mesmo sintoma e feitos exames para um possível diagnóstico. A doença foi diagnosticada após o exame para chlamydia psittaci IgM e IgG positivos. **Considerações finais:** O relato de caso exemplifica o quanto a doença é rara e de difícil diagnóstico, visto que o paciente só teve seu diagnóstico depois de 1 ano com os sintomas.

Palavras-chave: Ornitose, Psitacose, Clamidiose

ABSTRACT

Introduction: Known as psittacosis, ornithosis or parrot fever, the term chlamydiosis is currently used to describe disease in birds; and psittacosis, in humans. Chlamydia is a gram-negative bacteria and restricted intracellular germ. Inhalation of contaminated secretions is the main cause of transmission. The symptoms of ornithosis are usually non-specific and with different levels of severity. The diagnosis requires a combination of serum immuno- tests and clinical signs and symptoms being, frequently, a challenge to the physician. **Objective:** To report a case of a patient with psittacosis, rare disease and difficult to diagnose. **Method:** A literature was carried out through a non-systematic literature review based on the diagnosis. 13 articles were included, between the years 2001 to 2017. In addition, interviews with the patient and his wife were also considered. **Case report:** A 43-year-old male patient complaining high fever that did not decrease with medication. He was attended in the Emergency Room for three times with the same symptom without a specific diagnostic. Only after an immuno-test had been performed and shown a positive result for IgM and IgG chlamydia psittaci the diagnosis was confirmed. **Final considerations:** The aim of the study was to show how rare and difficult the diagnosis is. In this case, the patient had his diagnosis done only 1 year after the beginning of the symptoms. **Keywords:** Ornithosis, psittacosis, chlamydiosis

SUMÁRIO

1 – INTRODUÇÃO	10
2 – REFERENCIAL TEÓRICO	12
3 – OBJETIVOS	14
4 – MATERIAL E MÉTODOS	15
5 – RELATO DE CASO	16
6 – DISCUSSÃO	21
7 – CONCLUSÃO.....	23
8 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	24

INTRODUÇÃO

Em 1893, Morange descreveu um agente infeccioso que era transmitido por papagaios e que causava em humanos uma infecção no trato respiratório semelhante à gripe⁵. A doença foi denominada de Psitacose, da palavra grega *psittacus*, papagaio. O microrganismo foi identificado em 1930 e, posteriormente, incluído no gênero *Chlamydia* e na espécie *Chlamydia psittaci*². Conhecida como Psitacose, Ornitose ou Febre dos Papagaios, o termo Clamidiose, é atualmente, utilizado para denominar a enfermidade nas aves e Psitacose, nos seres humano¹. As zoonoses estão disseminadas globalmente com prevalências variáveis de acordo com fatores ambientais e socioeconômico-culturais³.

A *Chlamydia* é uma bactéria gram-negativa e parasita intracelular obrigatória sendo descrita em três espécies: *Chlamydia pneumoniae*, *Chlamydia trachomatis* e *Chlamydia psittaci*⁴. A inalação de secreções contaminadas é a principal causa de transmissão⁵.

Os indivíduos que mantêm contato direto com aves e animais, são os mais acometidos, a exemplo de trabalhadores em abatedouros de aves, lojas de animais ou proprietários de pássaros e outros animais domésticos, o que dá um caráter de doença ocupacional nessas situações⁶.

A bactéria pode permanecer viável durante longo período em secreções secas de animais, ou por vários dias em água à temperatura ambiente⁷. Em 15% dos casos, não se registra qualquer tipo de contato com esses animais². A *Chlamydia psittaci* infecta pássaros e animais domésticos, sendo excretada em grande número nas fezes, urina, secreções, saliva e penas. A doença em humanos é adquirida pela inalação do microrganismo presente nas secreções ou fezes secas dos pássaros infectados². A maioria dos doentes tem história sugestiva epidemiológica, geralmente contato ou proximidade com aves domésticas. O tempo de exposição pode ser breve¹⁵. Outras maneiras de transmissão incluem bicadas, contato boca-bico, manuseio de penas e tecidos infectados².

Os sintomas da ornitose costumam ser inespecíficos e variam em gravidade⁸. Em aves, produz uma infecção de caráter sistêmico, incluindo alterações como enterite, conjuntivite, aerossaculite, hepatoesplenomegalia e pneumonia⁹. A doença começa a manifestar-se após período de incubação de 5-15 dias em humanos, e o início é insidioso, com sintomas brandos, inespecíficos, lembrando infecção de vias aéreas superiores². Febre, tosse seca, cefaleia, calafrios, mialgia e hepatoesplenomegalia ocorrem em mais da metade dos casos². Também pode ocorrer o acometimento de vários órgãos, dentre eles o pulmão, trato gastrointestinal e sistema nervoso².

Com a introdução mais frequente de animais selvagens (psitacídeos) em ambiente doméstico, observou-se um risco maior para este tipo de infecção entre os pacientes¹⁰. Contudo, poucos casos da infecção humana têm sido assinalados, embora o Brasil seja um país conhecido com o um dos maiores criadouros de psitacídeos do mundo¹¹. O primeiro caso de Psitacose humana foi assinalado por Cláudio de Souza, em 1904, em São Paulo, que entretanto, não conseguiu comprovar em definitivo a etiologia da doença por ele descrita¹¹.

Devido ao seu diagnóstico definitivo ser difícil, a clamidiose possui prevalência subestimada em virtude da complexa fisiopatologia da infecção por *Chlamydophila psittaci*. O diagnóstico requer uma combinação de testes e associação com sinais clínicos e histórico e, muitas vezes, representa um desafio ao médico⁵.

REFERENCIAL TEÓRICO

É também conhecida por febre dos papagaios ou ornitose, corresponde à pneumonia causada pela *Chlamydophila psittaci*, uma bactéria Gram-negativo A família Chlamydiaceae inclui organismos intracelulares cocóides, não móveis, de 0,2 a 1,5 µm de diâmetro que residem em inclusões semelhantes a vacúolos de células eucarióticas, onde parasitam e se multiplicam em um ciclo de desenvolvimento único. (BALSAMO et al., 2017).

A primeira descrição de um surto de psitacose data de 1879 e foi descrito por Jacob Ritter, relacionando a doença por acariciar papagaios. Surtos de pandemia em humanos psitacose em 1929 e 1930 foram associadas à importação de pássaros infectados da América do Sul para a Europa e América do Norte (RAEVEN et al., 2016).

Posteriormente na década de 1930, casos foram isolados na África do Sul oriundos de pombos-correio californianos. Nos anos que se seguiram, vários casos de psitacose foram registrados em Nova York e Califórnia podem ser atribuídos ao contato com pombos selvagens, patos e perus (BEECKMAN et al., 2009).

No Brasil, infecção por *C. psittaci* em aves é endêmica (RASO, 2014), apesar disso, em relação à infecção em humanos, com exceção de poucos inquéritos ocupacionais ou relatos de casos ocasionais de psitacose publicados na literatura médica (RASO et al., 2014; FERREIRA et al., 2015).

Transmissão

infecção geralmente acontece quando uma pessoa inala o organismo em aerossol de fezes secas ou secreções respiratórias, o que pode ocorrer através do contato boca-a-bico ou manuseio de aves infectadas a transmissão ocorre por inalação de aerossóis da poeira das penas, de secreções nasais ou de fezes de aves contaminadas (nomeadamente da família dos psitacídeos: araras, papagaios, catatuas, periquitos) (CHAU et al., 2015)

A infecção surge como doença ocupacional (donos de lojas de animais, indústria aviária e veterinários), mas também através de contacto frequente com aves domésticas, esporadicamente ou em surtos (BASARAB et al., 2014). Embora descrita, a transmissão pessoa-a-pessoa é muito rara, não havendo recomendações formais para medidas de isolamento respiratório dos doentes, nomeadamente em quarto com pressão negativa (SMITH et al., 2005). Após contacto com o inócuo, o período de incubação é extremamente variável, geralmente de entre 5 a 14 dias, podendo ser de dias (infecção aguda), até semanas ou meses (subaguda ou reativação de infecção latente) (BALSAMO et al., 2017).

Aspectos clínicos

A transmissão zoonótica pode resultar em infecção subclínica ou se manifestar como doença "semelhante à gripe" geralmente apresentam um início abrupto de febre, calafrios, dor de cabeça, mal-estar e mialgia (RASO et al, .2004). Uma tosse não produtiva geralmente está presente e pode ser acompanhada por dificuldade para respirar e/ou aperto no peito uma pneumonia intersticial potencialmente fatal frequentemente com cefaleia associada, por vezes grave. Não raras vezes, o exame físico é pobre, contudo, a presença de alterações auscultatórias e hepatoesplenomegalia podem estar presentes (SANTOS et al., 2014).

O início da doença geralmente ocorre após um período de incubação de 5 a 14 dias. Como a doença raramente é fatal em pacientes devidamente tratados, o diagnóstico precoce é importante (RASO et al, .2004).

Diagnóstico

Estabelece-se o diagnóstico através do exame cultural, da serologia ou por pesquisa positiva por polymerase chain reaction (PCR). Na prática, o exame cultural não é habitualmente realizado, por exigir condições de segurança elevadas, dado o risco de aerossolização das partículas, pelo que, atualmente, o diagnóstico baseia-se na serologia (SMITH et al., 2005)

O diagnóstico serológico exige, por comparação no soro: 1) um aumento de IgM quatro vezes ou superior ao do título inicial, em duas amostras colhidas no mesmo laboratório, separadas idealmente 2 - 4 semanas, de intervalo no mesmo laboratório; ou 2) um título isolado IgM igual ou superior a 1:16 por imunofluorescência indirecta (BALSAMO et al., 2017).

Tratamento

O tratamento de eleição é feito com tetraciclinas, em particular a doxiciclina, durante 10 a 14 dias.³ Segundo alguns autores, uma duração de 21 dias parece evitar recidivas (DUMKE et al., 2015).

Em caso de contraindicação para o seu uso, os macrólidos são uma alternativa eficaz.³ Sob terapêutica adequada, a evolução é favorável, diminuindo a mortalidade para 1%, que na era pré-antibiótica poderia chegar aos 20% (DUMKE et al., 2015).

OBJETIVO GERAL

Descrever um caso raro de apresentação de psitacose no município de Teresópolis, na cidade de Teresópolis, Rio de Janeiro, diagnosticado em 2019.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Demonstrar a raridade da doença Psitacose em humanos e seu difícil diagnóstico diante do quadro apresentado pelo paciente;
- Descrever os principais exames que podem ser solicitados para o diagnóstico;
- Sugerir possíveis diagnósticos diferenciais diante do quadro clínico apresentado.

MATERIAL E MÉTODOS

Pesquisa bibliográfica realizada através de revisão não sistemática da literatura. As pesquisas eletrônicas foram realizadas nas bases de dados do Scielo (Scientific Electronic Library Online), PUBMED (US National Library of Medicine National Institutes of Health) e Lilacs (Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde) com os seguintes descritores: Ornitose, Psitacose, Clamidiose. A pesquisa incluiu artigos entre os anos de 2001 até 2017.

A partir dessas descrições foram encontrados 866 artigos, nos quais foram empregados os seguintes filtros de acordo com: (I) conter o assunto principal, (II) disponibilidade da versão completa, (III) idioma português e inglês, (IV) conter as palavras-chaves. Os artigos foram pré-selecionados através da leitura do título e do resumo – de modo a proceder classificação de acordo com filtros propostos. A partir disso, os mesmos foram lidos na íntegra incluídos no trabalho. Ao final, apenas 13 artigos foram selecionados.

Outra fonte de informação foi obtida através de entrevista com paciente e esposa, além de exames que estavam com o paciente.

RELATO DO CASO

Paciente masculino, negro, 43 anos, casado, marceneiro, natural e residente de Teresópolis, RJ. Em abril de 2017 foi à UPA, com queixa de dor no corpo (mialgia) e febre alta (em torno de 39°). À época foi diagnosticado com amigdalite e tratado com amoxicilina e clavulanato de potássio por 7 dias.

Após 8 dias do tratamento, apresentou piora do quadro clínico e retornou à UPA e foi diagnosticado novamente com amigdalite e tratado com ciprofloxacino durante 7 dias; contudo, permanecia com mialgia e febre alta, sem ser vespertina. Voltou novamente à unidade de pronto atendimento pela terceira vez e realizou alguns exames em junho de 2017 que estão no quadro a seguir:

RESULTADO	
LEUCÓCITOS	30.600 p/mm ³
BASÓFILOS	0 %
EOSINÓFILO	4%
MIELÓCITO	0%
METAMIELÓCITO	0%
BASTÃO	14%
SEGMENTADO	69%
LINFÓCITO	9%
MONÓCITO	4%
HEMÁCIAS	4.07 mm ³
HEMOGLOBINA	12.4 g%
HEMATÓCRITO	34.7%
VCM	85.3 fL
HCM	30.4 pg
CHCM	35.6%
RDW	12.3%
PLAQUETAS	369.000
UREIA	20 mg/dl
CREATININA	0.8 mg;dl
SÓDIO	135 mEq/L
POTÁSSIO	57 mEq/L
PROTEÍNA C REATIVA	192 mg/L

VHS	90 mm
CPK	78 U/L
TGO	50 U/L
TGP	75 U/L
FOSFATASE ALCALINA	405 U/L
GAMA GT	380 U/L
BILIRRUBINA DIRETA	0.3
BILIRRUBINA INDIRETA	0.3
AMILASE	47 U/L
LIPASE	18 U/L

Com os resultados, o paciente foi encaminhado ao Hospital São José, na mesma cidade, onde ficou internado por 1 mês e 14 dias (entre os dias 24 de junho de 2017 até 07 de agosto de 2017). No local, foram feitos alguns exames para descartar patologias como neoplasia, leucemia e lúpus.

EXAMES	LAUDO
TC de abdome e pelve	Sem alterações
USG do joelho direito	Derrame articular +/- e irregularidades na superfícies articular (condropatia inicial a moderada)
RX de Tórax	Velamento nos seios costofrênicos, silhueta cardíaca normal, aorta de calibre normal e hilos pulmonares sem alterações
Ecodopplercardiograma	Ventrículo esquerdo com função sistólica global e segmentar preservadas em repouso, mas com sinais de disfunção diastólica, valvas cardíacas com aspectos morfofuncionais normais e mínimo refluxo transvalvar mitral ao color doppler (padrão fisiológico).
Imunofenotipagem Leucocitária	Imunofenotipagem não revelou populações com imunofenotipo anômalo na amostra analisada.
Histopatológico, biópsia simples de medula óssea	Os achados são compatíveis com alterações reativas da medula óssea.
Cultura para germes comuns e hemocultura	Ausência de crescimento bacteriano.

Bacterioscopia de Gram	Não visualizado flora microbiana
Hepatite A	IgM não reagente
Lepstosirose	IgM e IgG não reagentes
Dengue	IgM não reagente
Anti-HbC	IgM não reagente
Hepatite C	IgM não reagente
Fator Antinuclear	Não reagente
Anti DNA	Ativo, auto anticorpo não reagente
Anti Cardiolipina	IgM e IgG não reagentes

	22/04/2017	24/04/2017	27/04/2017	04/05/2017	12/05/2017
ERITOGRAMA					
Hemácias (u ³)	4,12	3,96	4,22	4,13	3,83
Hemoglobina(g/dl)	12,4	11,5	12,7	12,4	11,2
Hematócrito (%)	35	34	37	36	33
VCM (fL)	84,95	85,86	87,68	87,17	86,16
HCM (pg)	30,1	29,04	30,09	29,78	29,24
CHCM (g/dL)	35,43	33,82	34,32	34,17	33,94
RDW (%)	12,4	12,4	12,4	12,4	12,4
LEUCOGRAMA					
Leucócitos (/mm ³)	25.230	16.230	20.850	18.900	15.500
Basófilos(/mm ³)	0	0	0	0	0
Eosinófilos (/mm ³)	252	162	209	189	310
Neutrófilos (/mm ³)	21.446	13.633	17.306	15.309	12.555
Bastonetes (/mm ³)	1.262	649	1.043	945	620
Segmentados(/mm ³)	20.184	12.984	16.263	14.364	11.935
Linfócitos (/mm ³)	2.523	1.623	2.502	2.457	1.705
Monócitos (/mm ³)	1.009	812	834	945	930
PLAQUETAS					
Plaquetas	370.000	363.000	505.000	506.000	452.000
VPM	9.9	9.7	9.8	9.6	9.9
BIOQUÍMICA					
VHS	90	-	65	84	-
PROTEÍNA C REATIVA	22.63	22.39	14.41	14.55	-
CREATININA	0.58	0.49	-	0.58	-
URÉIA	27.4	31.5	-	25	-
POTÁSSIO	0.49	0.48	-	5.1	-
SÓDIO	135.2	139.4	-	136.7	-

Durante a internação no Hospital São Jose, a febre foi controlada com dipirona e os leucócitos diminuíram e teve alta no dia 07/08/2017.

Após 2 semanas em casa voltou a ter febre alta (39°). Ficou internado mais 14 dias e após o controle da febre foi encaminhado ao hepatologista e posteriormente ao reumatologista. Nesta investigação, a sorologia para Chlamydia Psittaci mostrou anticorpos IgM :> 1/12 e IgG :> 1/64 (de acordo com resultados a seguir), e foi diagnosticado Psitacose. Foi medicado com Doxiciclina 100mg, por 21 dias com melhora do quadro.

CHLAMYDIA PSITTACI- ANTICORPOS IGG

>1/64

Método: Imunofluorescência Indireta

Valores de Referência: Negativo: Título inferior a 1/64

CHAMYDIA PSITTACI- ANTICORPOS IGM

> 1/12

Método: Imunofluorescência Indireta

Valores de Referência: Negativo: Título inferior a 1/12.

Paciente evoluiu com bom estado geral após o tratamento, no entanto, 1 ano e 9 meses (maio de 2019) depois começaram novamente os sintomas, principalmente a febre sem foco, além de tosse seca, secreções nasais e dor no corpo (mialgia). Foi solicitado então alguns exames, como:

EXAMES	LAUDO
TC dos Seios Paranasais (09/07/19)	Discreto espessamento mucoso dos seios maxilares, frontais e de forma um pouco mais evidente de células etmoidais bilaterais, com comprometimento das vias de drenagem fronto etmoidais. Septo Nasal desviado à esquerda com esporão ósseo em seu traço inferior que faz contato com as conchas nasais inferior e média.
TC de Crânio (09/07/19)	
TC do abdome superior e pelve (10/06/19)	Pequeno baço acessório junto à borda esplênica posterior; discretas imagens hipodensas nos rins, menores que 7 mm, devendo corresponder a diminutos cistos.
TC de Tórax(10/06/19)	Diminuito linfonodo calcificado no mediastino à esquerda.
EDA (06/06/19)	Gastrite do antro moderada enantematosa. Teste da uréase positivo.
Hemograma (03/06/19)	Leuco 14.820. 1/2/3/63/23/8

DISCUSSÃO

O agente etiológico da clamidiose, a *Chlamydomphila psittaci* (*C.psittaci*), é cosmopolita e pertence à família Chlamydiceae. Uma zoonose, na qual o reservatório da infecção são as aves, sendo que mais de 467 espécies são reservatórios da *Chlamydomphila psittaci*⁽¹⁵⁾. Classificada como bactéria intracelular obrigatória, pode causar doença clínica em aves e mamíferos, incluindo o homem⁵. As aves podem ser portadoras assintomáticas ou podem manifestar a doença. Eliminam um elevado inóculo bacteriano, no período sintomático⁽¹⁵⁾.

É uma das principais zoonoses de origem aviária, apesar da incidência em humanos ser muito baixa quando comparada ao número estimado de aves portadoras¹².

Conhece-se atualmente seis sorotipos de *Chlamydomphila psittaci*. O sorotipo A (causa infecção sistêmica e é peculiar entre psitacíformes, podendo causar doença em humanos)¹. A introdução mais frequente de animais selvagens (psitacídeos) em ambiente doméstico, também contribuiu para o aumento do risco de infecção da doença¹⁰.

O agente etiológico da enfermidade pode permanecer por um longo período viável em secreções secas de animais, ou por vários dias em água à temperatura ambiente⁷. Em 15% dos casos, não se registra qualquer tipo de contato com esses animais. A *Chlamydia psittaci* infecta pássaros e animais domésticos, sendo excretada em grande número nas fezes, urina, secreções, saliva e penas. A doença em humanos é adquirida pela inalação do microrganismo presente nas secreções ou fezes secas dos pássaros infectados⁽²⁾. A maioria dos doentes tem história sugestiva epidemiológica, geralmente contato ou proximidade com aves domésticas. O tempo de exposição pode ser breve⁽¹⁵⁾. Outras maneiras de transmissão incluem bicadas, contato boca-bico, manuseio de penas e tecidos infectados². O paciente em questão criava coleiros, de nome científico *Sporophila caerulea*. Criava em torno de 10 pássaros e ele morava com sua mulher e mais 2 filhos. O paciente criava pássaros em casa e tinha contato frequente com eles, no entanto, apenas ele manifestou a doença.

A doença começa a manifestar-se após período de incubação de 5-15 dias. O início geralmente é insidioso, com sintomas brandos, inespecíficos, lembrando infecção de vias aéreas superiores. Febre, tosse seca, cefaleia, calafrios, mialgia e hepatosplenomegalia ocorrem em mais da metade dos casos. Pode ocorrer o acometimento de vários órgãos, dentre eles o pulmão, trato gastrointestinal e sistema nervoso². Vale ressaltar ainda a idade da doente, que se encontra dentro do pico de incidência, dos 35 aos 55 anos, idade na qual é mais comum a psitacose⁽¹⁵⁾. A fisiopatologia e a patologia da bactéria em questão, não é bem explicada

pelos artigos, apenas são colocados os sinais e sintomas que geralmente são inespecíficos. No caso do nosso paciente, os principais sintomas foram febre alta e mialgia.

A clamidiose possui prevalência subestimada devido à ausência de sinais clínicos patognomônicos, pela dificuldade de se ter um diagnóstico definitivo e pela ausência de testes comerciais padronizados¹³.

O órgão humano que geralmente é mais acometido é o pulmão, resultando em sinais e sintomas muito semelhantes à pneumonia atípica⁽¹⁴⁾, como tosse seca e dispneia². O paciente não apresentou nenhum sintoma compatível com pneumonia.

O diagnóstico baseia-se na clínica, no contexto epidemiológico, no estudo sorológico e, não rotineiramente, na pesquisa positiva por PCR (urina, secreções orofaríngeas e sangue). No caso apresentado do paciente, o teste utilizado foi a imunofluorescência indireta, que é mais sensível e específico do que os testes de fixação por complemento. Obteve-se a sorologia na fase aguda e, posteriormente, a sorologia no período de convalescença como preconizado, confirmando a hipótese diagnóstica. Atendendo ao padrão sorológico, com aparecimento de uma IgG positiva previamente à IgM, poder-se-á interpretar o quadro numa reinfeção, denotando um contacto prévio com o agente.

As tetraciclinas, especialmente a doxiciclina, constituem o tratamento de escolha da psitacose, com uma concentração inibitória mínima (CIM) de 0,05 – 0,2 mg/L. De acordo com estudos *in vitro*, a alternativa mais comum são os macrolídeos, podendo, inclusive, serem utilizados em grávidas e crianças até aos oito anos. A concentração inibitória mínima (CIM) da azitromicina é baixa (0,03 – 0,125 mg/dL) e a sua eficácia poder-se-á associar à acumulação do fármaco nas células do hospedeiro e na *Chlamydophila psittaci*. A velocidade de desenvolvimento de resistências da azitromicina é muito rápida e, portanto, deve ser utilizada com precaução⁽¹⁵⁾. A terapêutica precoce evita casos graves. Após o início da droga, os sintomas tendem a regredir em 24 a 48 horas, embora a melhora possa ser lenta em alguns casos. Recomenda-se tratamento por 21 dias, para evitar recorrências. A eritromicina é uma forma alternativa de tratamento, porém apresenta baixa resposta quando a infecção é grave². O paciente foi tratado com doxiciclina 100mg, 1 comprimido de 12/12 horas por 21 dias, em maio de 2018 quando foi descoberto a doença.

CONCLUSÃO

A doença Psitacose é rara e seu diagnóstico difícil. Paciente demorou mais de 1 ano para ter seu diagnóstico realizado e permaneceu internado por 3 vezes por conta da febre que não cedia com a medicação. A doença, principalmente após o período de incubação, pode continuar progredindo, fazendo com que o paciente permaneça com os sintomas por mais tempo. A doença deve sempre ser investigada em pacientes que relatem, na sua anamnese, contato com aves, fazendo diagnóstico diferencial com pneumonia de hipersensibilidade.

REFERÊNCIA

1. Zappa V, Araújo, FZ. Clamidiose – revisão de literatura. Revista científica eletrônica de medicina veterinária, São Paulo: 2013 v. 11, p. 1679-7353.
2. Moschioni C, Faria HP, Reis MAS, Silva EU. Pneumonia grave por "chlamydia psittaci. Jornal de pneumologia, São Paulo: 201, v.27, n. 4
3. Vasconcellos SA. Zoonoses e saúde pública: riscos causados por animais exóticos. Biológico, São Paulo: 2001, v. 63, n. 1, p. 63-65.
4. Wolker RL, Hahn CG, Rita JRR, Giublin PR. Endocardite valvar mitral causada por chlamydia psittaci: apresentação de um caso raro. Brazilian journal of cardiovascular surgery, São José do Rio Preto: 2006, v. 21, n. 2.
5. Proença LM, Fagliari JJ, Raso TDF. Infecção por C. psittaci: uma revisão com ênfase em psitacídeos. Ciência rural, Santa Maria: 2011 v. 41, n. 5, p. 841-847.
6. Oliveira F, Bazan C, Soliva A, Ritz R, Fagundes E, Cargio G, Biazotto, G, Augusto M, Surian C, Calderaro T, Pereira REP. Clamidiose (psitacose). Revista científica eletrônica de medicina veterinária, Vila Lábienópolis: 2007, v. 6, n. 11, p. 1679-7353.
7. Costa PM. Clamidiose em aves silvestres e seu risco à saúde pública. LUME, Porto Alegre: 2013.
8. Mette JM, Anker US, Ingemann PT. Ornitose er en diagnostisk udfordring. Ugeskrift for læger, Porto Alegre: 2014, v. 176, n.11.
9. Vasconcelos TCB, Nogueira DM, Pereira VLA, Nascimento ER, Bruno SF. Chlamydophila psittaci em aves silvestres e exóticas: uma revisão com ênfase em saúde pública. Enciclopédia biosfera, Goiânia: 2013 v. 9, n. 16, p. 2466.
10. Valença AMF, Silva KPA. Doenças emergentes e reemergentes de maior importância em saúde pública.
11. Tavares W; Coura NGP, Rodrigues EJ. A propósito de um caso de psitacose observado no estado do Rio de Janeiro. Revista da sociedade brasileira de medicina tropical rev. soc. bras. med. trop. vol.1 no.5 Uberaba sept./oct. 1967, Uberaba, v. 1, n. 5, p. 0037-8682, set./out. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0037-86821967000500005&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 03 set. 2018.
12. Freitas AIA. Tratamento de uma ave doméstica calopsita apresentando quadro clínico de clamidiose - Relato de caso. PUBVET, Londrina: 2011, v. 5, n. 30.

13. Casagrande RA, Machado VR, Souza SO, Watanabe TN, Sonne L, Pavarini SP, Driemeier D. Diagnóstico imuno-histoquímico e caracterização anatomopatológica de clamidiose em psitacídeos. Lume: 2014, p.885-890.
14. Lazar CAEL, Zéca PRC. Pneumonia por Psitacose. Rev. Fac. Ciênc. Méd. Sorocaba, Sorocaba, SP, Brasil, e-ISSN 1984-4840.
15. Cipriano A., Machado A., Santos FD., Abreu MA., Castro RS. Psitacose: A Propósito de Um Caso Clínico. Acta Med Port 2019 Feb;32(2):161-164.
16. Balsamo G, Maxted AM, Midla JW, Murphy JM, Wohrle R, Edling TM, et al. Compendium of measures to control Chlamydia Psittaci infection among humans (psittacosis) and pet birds (avian chlamydiosis), 2017. J Avian Med Surg. 2017;31:262-82
17. Basarab M, Macrae MB, Curtis CM. Atypical pneumonia. Curr Opin Pulm Med. 2014;20:247-51
18. Beeckman DS, Vanrompay DC. Zoonotic Chlamydia psittaci infections from a clinical perspective. Clin Microbiol Infect. 2009;15:11-7.
19. Chau S, Tso EY, Leung WS, Fung SC. Three cases of atypical pneumonia caused by Chlamydia psittaci. Hong Kong Med J. 2015;21:272–5.
20. Dumke, R.; Schnee C.; Pletz, M. W.; Rupp, J.; Jacobs, E.; Sachse, K. Rohde, G.; Capnetz Study Group. Mycoplasma pneumoniae and Chlamydia spp. infection in community-acquired pneumonia, Germany, 2011–2012. Emerging Infectious Disease., v. 21, n. 3, p.426-434, 2015.
21. Ferreira, V. L.; Silva, M. V.; Nascimento, R. D.; Raso, T. F. Psittacosis associated with pet bird ownership: a concern for public health. JMM Case Reports, v. 2, n. 5, 2015.
22. Raeven VM, Spoorenberg SM, Boersma WG, van de Garde EM, Cannegieter SC, Voorn GP, et al. Atypical aetiology in patients hospitalised with community-acquired pneumonia is associated with age, gender and season; a data-analysis on four Dutch cohorts. BMC Infect Dis. 2016;16:299.
23. Raso, T. F.; Godoy, S. N.; Milanelo L.; De Souza, C.A.; Mstuschima, E. R.; Araújo Júnior, J. P.; Pinto, A. A. An outbreak of chlamydiosis in captive blue-fronted Amazon parrots (Amazona aestiva) in Brazil. Journal of Zoo and Wildlife Medicine v.35, n.1, p. 94-96, 2004.

24. Santos, F.; Leal, D. C.; Raso, T. F.; Souza, B. M.; Cunha, R. M.; Martinez, V H.; Barroquin-Melo, S. M.; Franke, C. R. Risk factors associated with *Chlamydia psittaci* infection in psittacine birds. *Journal of Medical Microbiology*, v.63, n.3, p.458-63, 2014.

25. Smith KA, Bradley KK, Stobierski MG, Tengelsen LA. Compendium of measures to control *Chlamydophila psittaci* (formerly *Chlamydia psittaci*) infection among humans (psittacosis) and pet birds. *J Am Vet Med Assoc*. 2005;226:532–9

Yung AP, Grayson ML. Psitacosis – a review of 135 cases. *Med J Aust*. 1988;148:228-33.