

Surtos de Caxumba: Atualização para Profilaxia Pós-Exposição

Outbreaks of Mumps: Update for Post-Exposure Prophylaxis

Divisão de Doenças de Transmissão Respiratória; Divisão de Imunização, Centro de Vigilância Epidemiológica; Instituto Adolfo Lutz

Coordenadoria de Controle de Doenças. Secretaria de Estado da Saúde. São Paulo, Brasil

A caxumba ou parotidite epidêmica é uma doença infecciosa aguda, causada pelo RNA vírus da família *Paramyxoviridae*, cuja principal característica é o aumento das glândulas salivares (parotidite), geralmente bilateral. A hipertrofia das parótidas pode ter outras etiologias que não levam à parotidite de forma epidêmica.¹

O homem é o único hospedeiro natural conhecido do vírus, e 30 a 40% dos indivíduos infectados apresentam infecção inaparente, o que contribui para a disseminação da doença.²

A caxumba é transmitida pelo contato direto do indivíduo suscetível com a pessoa infectada por meio de gotículas de secreção da orofaringe (2). O período de incubação é de 16 a 18 dias, mas os casos podem ocorrer de 12 a 25 dias após a exposição.^{1,3}

A recomendação de isolamento social com afastamento das atividades habituais é de 5 dias após o início do edema da parótida. No entanto, o vírus foi isolado na saliva 7 dias antes e até 8 dias após o início da inflamação.^{1,3}

A doença pode cursar com pleocitose do líquido cefalorraquidiano, presente em mais de 50% dos acometidos, porém menos de 10% dos casos podem evoluir com sintomas de meningite viral.¹ Uma complicação comumente reportada na puberdade é a orquite, que é a inflamação aguda ou crônica do testículo, e quando não tratada adequadamente pode levar a impotência ou esterilidade.⁴

A suscetibilidade à caxumba é geral. A doença é cosmopolita, tem comportamento endêmico nos grandes centros, com tendência a manifestar-se sob a forma de surtos epidêmicos em escolas e instituições com agrupamento de adolescentes e adultos.²

No Estado de São Paulo, a vacina contra o sarampo, a caxumba e a rubéola (SCR) foi incluída no calendário básico aos 15 meses no ano de 1992, após campanha de vacinação indiscriminada para crianças entre um e dez anos de idade. Em 2000, a SCR era administrada aos 12 meses de idade, e no ano de 2004 foi incluída uma dose de reforço entre quatro e seis anos de idade. Em 2013, a segunda dose passou a ser aplicada aos 15 meses utilizando-se a vacina SCR-Varicela (Tetraviral).⁵

A caxumba não é de notificação compulsória em nível nacional. Entretanto, os surtos da doença devem ser notificados no SinanNet módulo registro de surto.^{4,6}

Em 2014, foram registrados 30 surtos e 118 casos relacionados aos surtos da doença no Estado de São Paulo; foi observado aumento no número de notificações em 2015, quando 103 surtos e 671 casos de caxumba associados aos surtos foram computados no estado. Em 2016, dados até 31 de maio mostram 170 surtos de caxumba e 752 casos correlacionados a estes. Neste período, a faixa etária com maior proporção de casos foi a de 10 a 29 anos, cerca de 69% dos casos em 2015 e de 81% em 2016 (SinanNet).

Nos últimos anos, muitos países, incluindo os Estados Unidos, o Reino Unido e a Bélgica, têm se confrontado com surtos de caxumba entre escolares com altas coberturas vacinais. Estes surtos podem ocorrer por adaptação do vírus, coberturas heterogêneas e falhas vacinais primárias ou secundárias, que são responsáveis pela manutenção da cadeia de transmissão.⁷⁻¹²

Consideram-se suscetíveis os indivíduos:

- a) com menos de duas doses de vacina para caxumba registradas em caderneta de vacinação, administradas a partir de 12 meses e com intervalo mínimo de 30 dias entre elas;
- b) que não possuam documentação de diagnóstico laboratorial;
- c) que não possuam documentação laboratorial de imunidade (sorologia).¹

Consideram-se comunicantes:

Todos os indivíduos que tiveram contato próximo com caso suspeito ou confirmado de caxumba no período de transmissibilidade.

A PROFILAXIA PÓS- EXPOSIÇÃO ESTÁ INDICADA

1. Comunicantes com idade entre 6 e 11 meses de idade:

- Não deverão ser vacinados os comunicantes nesta faixa etária.¹

2. Comunicantes de 12 meses a 19 anos de idade:

- Todos os indivíduos com idade entre 12 meses e 19 anos, devem ter duas doses

de SCR (recebidas acima de um ano de idade e com intervalo mínimo de 30 dias).⁵

- Crianças sem nenhuma dose de SCR deverão ser vacinadas (considerar como 1ª dose) e agendar a segunda dose, com a SCR ou com a SCR – Varicela, de acordo com a idade, com intervalo de 30 dias entre as doses.

Obs.: caso o indivíduo tenha recebido alguma dose da vacina SCR (tríplice viral), há menos de 30 dias, não haverá necessidade de receber a vacina durante a efetivação das medidas de controle do surto.

3. Comunicantes acima de 20 anos de idade e os nascidos a partir de 1960:

- As pessoas sem nenhuma dose da vacina SCR deverão receber uma dose, e agendar uma segunda dose com intervalo mínimo de 30 dias. E aquelas que já têm uma dose, deverão receber uma segunda dose com intervalo mínimo de 30 dias.

É importante estabelecer trabalho conjunto com as escolas e as universidades, no sentido de agregar parcerias, para garantir que todos os suscetíveis sejam vacinados rapidamente na ocorrência do(s) primeiro(s) caso(s), configurando-se esta a melhor estratégia de controle de surto.²

Apesar do controle rápido, pronto e efetivo do surto, alguns casos podem continuar a ocorrer entre os vacinados já infectados, ao longo das três semanas subsequentes, sendo para estes casos indicado o isolamento social.^{2,3}

REFERÊNCIAS

1. American Academy of Pediatrics. Diseases, 30th Ed. Mumps. Red Book®, 2015: Report of the Committee on Infectious.
 2. Estado de São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde. Coordenadoria de Controle de Doenças. Centro de Vigilância Epidemiológica “Prof. Alexandre Vranjac”. Informe Técnico: Surtos de Caxumba- Atualização na vacinação de bloqueio, 2007.
 3. Centers for Disease Control and Prevention. Mumps. Acessado em abril de 2016. Disponível em: <http://www.cdc.gov/mumps/>.
 4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Nota Informativa nº 64 de 2015.
 5. Divisão de Imunização; CVE; CCD; SES-SP. Calendário Estadual de Imunização, São Paulo, 2014. Acessado em abril de 2016. Disponível em: http://www.cve.saude.sp.gov.br/htm/imuni/pdf/calendario14_sp_atualizado.pdf
 6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Guia de Vigilância em Saúde. - Brasília: Ministério da Saúde, 2014; p 781-9. Disponível em: www.saude.gov.br/bvs
 7. Sabbe M, Vandermeulen C. The resurgence of mumps and pertussis. Hum Vac Immunotherap. 2016; 11:0. [Epub ahead of print].
 8. Braeye T, Linina L, De Roy R, Hutse V, Wauters M, Cox P, Mak R. Mumps increase in Flanders, Belgium, 2012-2013: results from temporary mandatory notification and a cohort study among university students. Vaccine. 2014; 32(35): 4393-8.
 9. Cordeiro E, Ferreira M, Rodrigues F, Palminha P, Vinagre E, Pimentel JP. Mumps Outbreak among Highly Vaccinated Teenagers and Children in the Central Region of Portugal, 2012-2013. Rev Cient O Méd. 2015; 28(4): 435-41.
 10. Park SH. Resurgence of Mumps in Korea. Infec Chemoth.2015; 47(1):1-11.
 11. Kenny L, O`Kelly E, Connell J, De Gascun C, Hassan J. Mumps outbreaks in a highly vaccinated population: Investigation of a neutralization titre against the current circulating wildtype genotype G5 mumps virus. J Clin Virol. 2016; 74:8-12.
 12. Kaaijk P, Gouma S, Hulscher H, Han W, Kleijne D, Binnendijk R, Els C. Dynamics of the serologic response in vaccinated and unvaccinated mumps cases during an epidemic. Hum VacImmunoth. 2015; 11:7, 1754-61
-
-