

Boletim da Vigilância em Saúde

**Parotidite Infecciosa
(Caxumba)**

Ano VIII, Edição nº 2



**PREFEITURA
BELO HORIZONTE**

GOVERNANDO PARA QUEM PRECISA



Boletim da Vigilância em Saúde

Parotidite Infecciosa (Caxumba)

Ano VIII, Edição nº 2

julho 2018

Elaboração

Fabiane Scalabrini Pinto
Fabiano Geraldo Pimenta Junior
Jaqueline Camilo de Sousa
Lúcia Maria Miana Mattos Paixão
Simone Silveira de Castro
Vanessa Maria Rodrigues Coelho

Colaboradores

Bruna Walker Ferreira de Faria
Carla Cecília de Freitas Emediato
Helen Maria Ramos de Oliveira
Isabela Dias Lauer
Lívia Fulgêncio da Cunha Melo
Maria Vitória Assumpção Mourão
Renata Coimbra Prates

Projeto Gráfico

Produção Visual - Assessoria de Comunicação Social
Secretaria Municipal de Saúde

Belo Horizonte
2018

A parotidite infecciosa é uma doença viral aguda, de notificação compulsória desde 2001 em Minas Gerais, sendo que no Brasil a notificação não é obrigatória. A parotidite pode ser causada por vírus parainfluenza tipo 1 e 3, vírus influenza A, coxsackie A e echovirus. É muito frequentemente causada por um vírus (RNA), da família Paramyxoviridae, sendo, nestes casos, denominada Caxumba. Esta é caracterizada por febre, dor e aumento de volume de uma ou mais glândulas salivares, com predileção pelas parótidas, e, às vezes, pelas sublinguais ou submandibulares. Tem evolução comumente benigna. A transmissão se dá através da disseminação de gotículas, ou por contato direto com saliva de pessoas infectadas. A transmissão indireta é menos frequente, mas pode ocorrer pelo contato com objetos e utensílios con-

taminados com secreção do nariz e/ou da boca. O paciente começa a transmitir o vírus 6 a 7 dias antes de manifestar a doença e continua transmitindo até o 9º dia após o início de sintomas. O período de incubação é de 12 a 25 dias.

A parotidite infecciosa é doença de distribuição universal, de alta morbidade e baixa letalidade. Apresenta suscetibilidade geral, cosmopolita e de distribuição endêmica nos grandes centros, mas com tendência a manifestação epidêmica em escolas e instituições onde haja aglomeração de pessoas. Os surtos ocorrem mais no público de adolescentes e adultos jovens. A ocorrência é sazonal, sendo mais frequente no final do inverno até o início da primavera. Mesmo com a utilização de vacina, no Brasil são relatados vários surtos em diversos estados.

Definições

Caso suspeito

Paciente com febre e aumento de glândulas salivares, principalmente as parótidas, ou orquitepididimite ou ooforite inexplicável.

Surto

Ocorrência de três ou mais casos relacio-

nados epidemiologicamente e que se restringem a uma área geográfica pequena e bem delimitada ou a uma população institucionalizada (creches, quartéis, escolas, etc.). O critério de encerramento de um surto de caxumba é a ausência de casos novos após 34 dias do início dos sintomas do último caso.

Diagnóstico

O diagnóstico é eminentemente clínico-epidemiológico. A confirmação laboratorial pode ser feita através do RT-PCR de

amostras de swab bucal, saliva e líquido ou a sorologia, entretanto, estes exames não são utilizados rotineiramente.

Complicações

Pode ocorrer orquitepididimite em homens adultos com parotidite infecciosa (20 a 30%), mastite e ooforite em mulheres

adultas acometidas (15 e 5% respectivamente), pancreatite (até 20% dos casos) e casos de meningite asséptica e encefalite (10%).

Dados epidemiológicos

No mundo

Nos últimos anos, muitos países, incluindo os Estados Unidos, o Reino Unido, Bélgica e Alemanha 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.

Nos Estados Unidos, nos últimos anos, houve aumento de casos, de 229 casos em 2012 para 6.366 casos em 2016.

De acordo com dados da Alemanha de 2013, a incidência anual média de caxumba foi estimada em 10,3 por 100.000 pessoas.

No Brasil

No Brasil são relatados surtos de parotidite infecciosa em diversos estados. De acordo com Boletim Epidemiológico de Salvador, até a semana epidemiológica 39 do ano 2016, foram registrados 16 surtos, além de 540 casos individuais, em contraste com os 22 casos notificados no ano de 2015. Portanto, houve incremento de 2354,5% em relação ao número de casos de todo o ano de 2015.

Desde julho de 2015, a Secretaria de Saúde do Distrito Federal vem monitorando os casos de parotidite, assim como surtos isolados. Até a semana epidemiológica 25 de 2016 foram notificados 20 surtos e 737 casos. Em São Paulo, até a semana epi-

demiológica 28 de 2016, foram notificados 125 surtos de caxumba, com 831 casos, em contraste com o ano de 2015 onde ocorreram 32 surtos, com 283 casos. Surto semelhante foi observado em vários municípios do Estado de Minas Gerais, inclusive em Belo Horizonte neste mesmo ano, onde ocorreram 18 surtos, com 397 casos.

Em Minas Gerais

Em Minas Gerais foram notificados 3006 casos em 2016 e 1878 em 2017 distribuídos em 28 municípios. A maior incidência ocorreu em Pouso Alegre (Tabela 1).

Em 2016, foram registrados 1585 casos do sexo masculino (52,5%) e 1434 (47,5%) casos do sexo feminino no estado de Minas Gerais, sendo que em 2017, foram registrados, respectivamente, 1020 (54%) e 863 casos (46%). Não foi observada diferença significativa entre os sexos (Tabela 2).

A distribuição dos casos segundo faixa etária mostrou em 2016 e em 2017, um predomínio de casos entre 15 e 19 anos (Tabela 2).

Tabela 1 - Frequência de casos de parotidite infecciosa por região de saúde de residência, Minas Gerais, 2016-2017¹

Regional de saúde	2016		2017	
	Nº de casos	Tx. Incidência por 100.000hab	Nº de casos	Tx. Incidência por 100.000hab
Alfenas	151	62,16	38	15,64
Barbacena	52	19,80	15	5,71
Belo Horizonte	927	33,99	726	26,62
Coronel Fabriciano	78	18,60	43	10,26
Diamantina	136	63,48	12	5,60
Divinópolis	63	9,87	27	4,23
Governador Valadares	7	2,01	4	1,15
Itabira	9	3,97	10	4,41
Ituiutaba	3	3,07	5	5,12
Januária	13	6,14	15	7,08
Juiz de Fora	62	15,30	17	4,19
Leopoldina	8	6,62	3	2,48
Manhumirim	106	44,70	28	11,81
Montes Claros	24	4,33	5	0,90
Passos	69	33,01	35	16,74
Patos de Minas	36	16,80	19	8,87
Pedra Azul	3	1,87	13	8,11
Pirapora	3	4,09	3	4,09
Ponte Nova	7	3,94	-	-
Pouso Alegre	683	139,46	506	103,32
São João Del Rei	10	7,60	3	2,28
Sete Lagoas	13	4,14	10	3,18
Teófilo Otoni	40	15,28	18	6,88
Ubá	6	2,46	5	2,05
Uberaba	83	21,59	56	14,57
Uberlândia	69	12,70	154	28,34
Unaí	4	2,95	1	0,74
Varginha	341	75,43	107	23,67
MINAS GERAIS	3.006	28,62	1.878	17,88

Fonte: SINAN/CPDE/DASS/SVEAST/SUB.VPS/SES-MG

(1) Dados parciais sujeitos a alteração/revisão

Tabela 2 - Frequência de casos de parotidite infecciosa por sexo e faixa etária, Minas Gerais, 2016-2017¹

Ano	Sexo	Ano de início dos sintomas									Total
		Menor 1 ano	1 a 4 anos	5 a 9 anos	10 a 14 anos	15 a 19 anos	20 a 29 anos	30 a 49 anos	50 anos e mais	Ignorado	
2016	Masculino	40	214	175	218	431	290	168	49	0	1.585
	Feminino	30	140	158	174	340	293	215	84	0	1.434
2017	Masculino	16	125	148	158	273	179	90	31	0	1.020
	Feminino	11	84	101	107	224	165	128	43	0	863

Fonte: SINAN/CPDE/DASS/SVEAST/SUB.VPS/SES-MG

(1) Dados parciais sujeitos a alteração/revisão

Em Belo Horizonte

A Tabela 3 mostra a distribuição dos casos notificados de parotidite infecciosa em Belo Horizonte no período de 2013 a 2017, segundo dados disponíveis no SINAN-BH. Verifica-se que desde 2015 ocorreu aumento progressivo do número de casos. Em todo o período, foram confirmados 1678 casos da

doença, por critério clínico-epidemiológico, sendo 757 em 2017.

A distribuição por faixa etária e por sexo encontra-se registrada nas Tabelas 4 e 5. Não foi observada diferença significativa entre os sexos, ocorrendo 46% no sexo feminino, e 54% no sexo masculino. Houve maior ocorrência na faixa etária de 10 a 15 anos (30,5%).

Tabela 3 - Distribuição dos casos notificados de parotidite infecciosa no município de Belo Horizonte, segundo classificação final, de 2013 a 2017

Classificação final	Ano de início dos sintomas					Total
	2013	2014	2015	2016	2017	
Confirmado	20	39	270	592	757	1678
Descartado	-	1	17	5	7	30
Ignorado	-	3	-	0	0	3
Total	20	43	287	597	764	1711

Fonte: SINANNET/MS- GVIGE/DPSV/SMSA - BH – Dados atualizados 13/12/2017

Tabela 4 - Distribuição dos casos notificados de parotidite infecciosa no município de Belo Horizonte, segundo faixa etária, de 2013 a 2017

Faixa etária/Ano	Ano de início dos sintomas					Total
	2013	2014	2015	2016	2017	
< 10	13	26	87	108	170	404
10-15	1	10	101	189	220	521
16-20	2	4	42	167	206	421
> 20	4	3	57	133	168	365
Total	20	43	287	597	764	1711

Fonte: SINANNET/MS- GVIGE/DPSV/SMSA - BH – Dados atualizados 13/12/2017

Tabela 5 - Distribuição dos casos notificados de parotidite infecciosa no município de Belo Horizonte, segundo sexo, de 2013 a 2017

Sexo	Ano de início dos sintomas					Total
	2013	2014	2015	2016	2017	
Feminino	6	12	148	266	361	793
Masculino	14	31	139	331	403	918
Total	20	43	287	597	764	1711

Fonte: SINANNET/MS- GVIGE/DPSV/SMSA - BH – Dados atualizados 13/12/2017

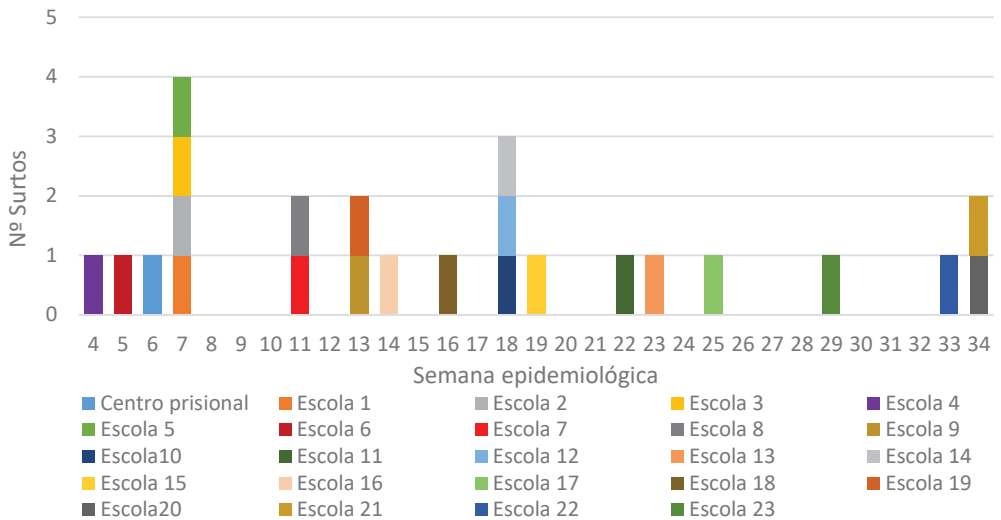
Surtos em Belo Horizonte - 2017

Em 2017, a Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte recebeu notificações de 24 surtos de parotidite infecciosa, não relacionados entre si, nos distritos Centro-Sul, Pampulha, Leste, Venda Nova, Noroeste, Oeste, Nordeste. Doze surtos ocorreram em escolas particulares, onze em escolas públicas e um surto ocorreu em um centro de remanejamento de sistema prisional. Todos os surtos já foram encerrados.

Os vinte e quatro surtos totalizaram 159 casos que iniciaram os sintomas entre as semanas epidemiológicas 4 a 34 de 2017 (22/01/2017 a 26/08/2017). A maior ocor-

rência de surtos foi entre as semanas epidemiológicas 7 a 18 (12/02/17 a 06/05/17). A distribuição dos casos nas regionais foi a seguinte: Centro-Sul com 51 casos, Pampulha 34, Venda Nova 27, Oeste 24, Noroeste 14, Nordeste 6 e Leste com 3 casos (Gráfico 1).

Gráfico 1 - Distribuição do início dos surtos de parotidite infecciosa em BH por semana epidemiológica, 2017.



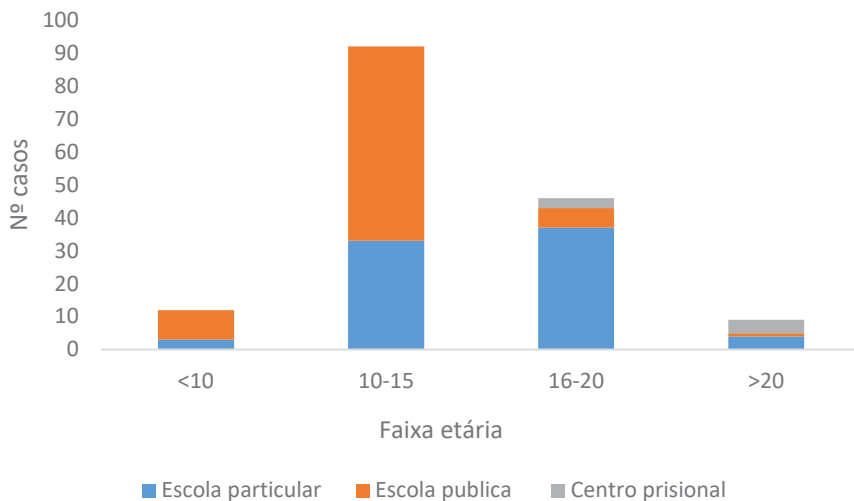
Fonte: SINANNET/MS- GVIGE/DPSV/SMSA-BH

A faixa etária acometida variou de 2 a 48 anos, com média e mediana de 15 anos.

Observou-se a seguinte distribuição por faixa etária: 12 pacientes menores de

10 anos (8%), 92 pacientes entre 10 a 15 anos (58%), 46 pacientes entre 16 a 20 anos (29%) e 9 pacientes maiores de 20 anos (5%) (Gráfico 2).

Gráfico 2 - Distribuição de casos de parotidite infecciosa em surtos de BH por faixa etária, 2017



Fonte: SINANNET/MS- GVIGE/DPSV/SMSA-BH

Situação vacinal dos casos envolvidos nos surtos

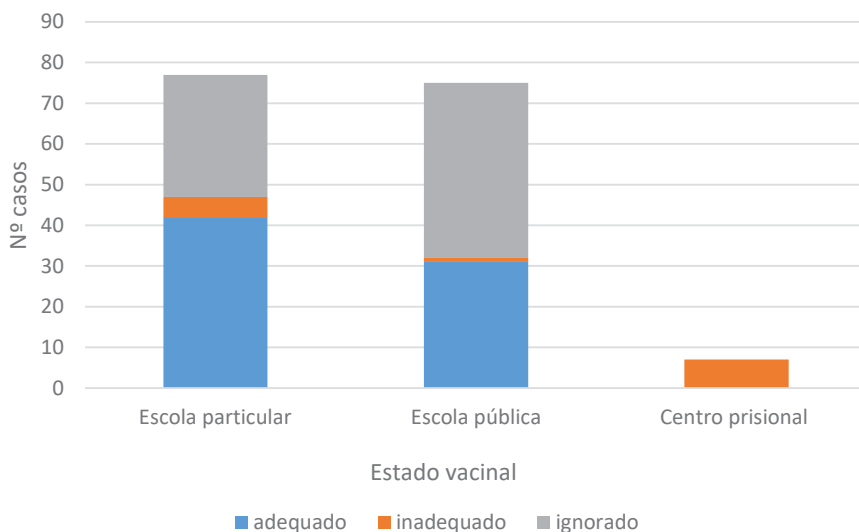
Para avaliação do estado vacinal dos casos envolvidos, considerou-se adequadamente vacinados:

- Pacientes entre um e 29 anos com comprovação de duas doses da vacina tríplice viral, administradas com intervalo mínimo de 30 dias;

- Pacientes de 30 a 49 anos que comprovaram 1 dose de vacina.

Não foi possível avaliar o status vacinal de 46% dos pacientes; a vacinação estava completa em 46% e, em 8%, incompleta (Gráfico 3).

Gráfico 3 - Estado vacinal dos casos notificados de caxumba em BH de acordo com o local do surto, 2017



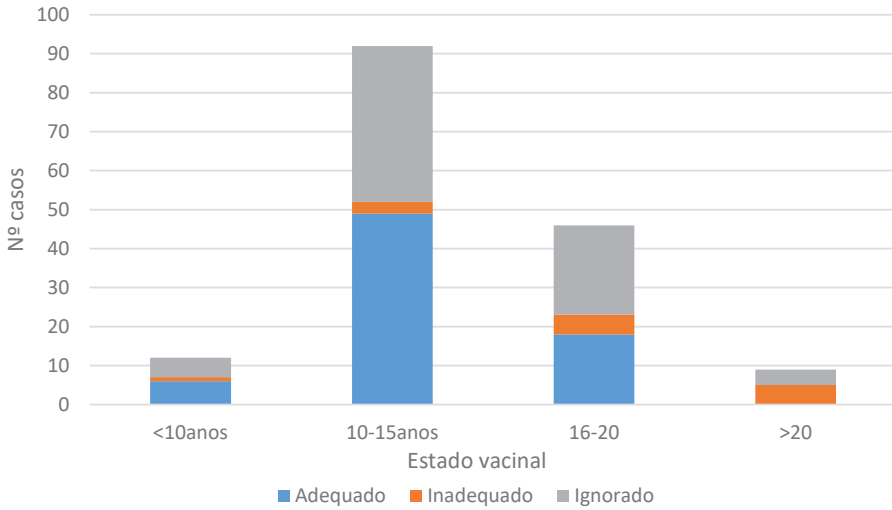
Fonte: SINANNET/MS- GVIGE/DPSV/SMSA-BH

Situação vacinal dos casos dos surtos segundo faixa etária

Observou-se maior número de casos com vacinação adequada na faixa etária de 10-15 anos (53,2%), seguido da faixa

etária de 16-20 anos (39,1%). Na faixa etária de maiores de 20 anos todos estavam sem vacinação adequada (Gráfico 4).

Gráfico 4 - Estado vacinal dos casos notificados de caxumba em BH por idade, 2017.



Fonte: SINANNET/MS- GVIGE/DPSV/SMSA-BH

Medidas adotadas para controle dos surtos

A vacinação de bloqueio foi realizada no centro de saúde de referência da escola de um dos surtos, e no local de ocorrência dos outros 23 surtos de 2017. O total

de contatos vacinados foi de 2334.

Todos os casos evoluíram para cura, sem apresentar complicações.

Ações de vigilância epidemiológica

- Notificação de casos individuais e de surto;
- Investigação todo caso suspeito e/ou confirmado;
- Avaliação e registro da situação vacinal de cada paciente;
- Orientação e recomendação para afastamento das atividades sociais do paciente durante o período de transmissão;
- Em caso de surto, avaliação de todos os cartões de vacina dos contatos e bloqueio vacinal por meio da atualização do cartão de vacina o mais precocemente possível;
- Ações educativas e de orientação nos estabelecimentos que ocorreram os surtos.

Discussão e recomendações a partir da avaliação dos surtos

Conforme descrito acima, foram registradas ocorrências de surtos de parotidite infecciosa, principalmente entre adolescentes e adultos jovens, em vários estados brasileiros em 2016 e 2017.

Em Minas Gerais foram notificados 3006 casos em 2016 e 1878 em 2017 distribuídos em 28 municípios. O período do ano de 2017 com maior número de casos ocorreu nos meses de fevereiro a abril, mesmo período em que foi observado aumento de casos em Belo Horizonte. Da mesma forma que em Belo Horizonte, não foram observadas diferenças significativas entre os sexos.

A distribuição dos casos segundo faixa etária mostrou em 2016 e em 2017, predomínio na faixa etária de 15 a 19 anos em Minas Gerais. Já em Belo Horizonte no ano de 2017, a faixa etária mais acometida foi em indivíduos entre 10-15 anos.

Ressalta-se o percentual elevado de indivíduos adequadamente vacinados com a vacina triviral que apresentaram quadro de parotidite infecciosa. Deve-se aventar, deste modo, a hipótese da associação do tempo decorrido após a vacinação e a diminuição dos níveis de anticorpos como uma possível causa destes surtos.

A vacinação de bloqueio não impediu o aparecimento da doença em indivíduos submetidos a esta medida após exposição à doença. Portanto, não se pode mensurar o número de casos evitados com esta ação.

Existem atualmente estudos sobre a introdução da terceira dose tríplice viral. Destaca-se o estudo realizado na Universidade de Iowa que avaliou a eficácia da terceira dose da vacina tríplice viral no controle de um surto de caxumba no período entre 2015-2016 em uma população

altamente vacinada de estudantes universitários. A campanha de vacinação iniciou pouco antes do pico do surto, o que permitiu a comparação da taxa de ataque entre estudantes que receberam três doses e duas doses da vacina tríplice viral. A terceira dose de vacina foi associada a um risco 78,1% menor de caxumba comparado aos que tinham apenas duas doses (razão de risco ajustada, 0,22; intervalo de confiança de 95%, 0,12 a 0,39). Além disso, houve um aumento gradual no risco de caxumba com aumento do tempo desde a segunda dose da vacina. Os estudantes que receberam a segunda dose da vacina tríplice viral de 13 a 15 anos antes do surto tinham um risco de contrair caxumba que foi 9,1 vezes o risco entre aqueles que receberam a segunda dose há 2 anos, e o grupo de estudantes que recebeu a segunda dose 16 a 24 anos antes do surto teve 14,3 vezes o risco. Assim, a vacinação de terceira dose foi uma ferramenta, entre outras, que auxiliaram no controle do surto de caxumba nessa população altamente vacinada

Os estudos apontam dois pontos importantes: 1) eventual utilização de uma terceira dose, pelo menos como estratégia de controle de surto, e 2) a avaliação do tempo desde a aplicação da segunda dose como fator relacionado à susceptibilidade de indivíduos expostos em situação de surto.

Assim, uma medida a ser analisada seria a introdução de terceira dose de vacina triviral para adolescentes e adultos jovens, visando melhorar a proteção na faixa etária mais acometida nos surtos de parotidite infecciosa, porém até o momento não há estudos suficientes de que uma possível incorporação de terceira dose da

vacina tríplice viral no calendário de rotina deva ser recomendada.

Dessa maneira é importante estabelecer trabalho conjunto com as escolas, universidades e/ou entidades afins, no sentido de agregar parcerias, e 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. Bloqueio vacinal tardio e mal feito, não raramente, é ineficaz e dispendioso.



Referências bibliográficas

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. Guia de Vigilância em Saúde: volume 1/1. ed. atual. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Acesso em http://www.hc.ufu.br/sites/default/files/tmp/volume_1_guia_de_vigilancia_em_saude_2017.pdf
2. American Academy of Pediatrics. Caxumba. Em: Pickering LK, ed. Red Book 2003: Relatório do Comitê de Doenças Infecciosas. 26ª ed. Elk Grove Village. IL: American Academy os Pediatrics; 2003:218-221.
3. Protocolo de vigilância epidemiológica caxumba. Minas Gerais. 1ª edição 2017.
4. Boletim científico Sociedade Mineira Pediatria, 09 de junho 2017-ano 4-nº 47. Acesso em: <http://blog.smp.org.br/2017/06/15/caxumba-atualizacoes/>
5. Boletim epidemiológico caxumba (parotidite epidêmica) Centro Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde de Salvador. 10 outubro 2016, número 20. Acesso em: [file:///C:/Users/pr097384/Downloads/Boletim_Epidemiol%C3%B3gico_parotidite_n.20_2016_2%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/pr097384/Downloads/Boletim_Epidemiol%C3%B3gico_parotidite_n.20_2016_2%20(2).pdf)
6. Boletim Epidemiológico Parotidite - GEVEI/DIVEP/SVS/SES-DF – nº. 2 – Junho/2016. Acesso em <https://www.agenciabrasilia.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2016/06/informativo-epidemiologico-caxumba-n2-2016.pdf>
7. Profilaxia pós- exposição de caxumba – Governo do Estado de São Paulo – julho 2017. Acesso em: http://www.saude.sp.gov.br/resources/cve-centro-de-vigilancia-epidemiologica/areas-de-vigilancia/doencas-de-transmissao-respiratoria/caxumba/doc/caxumba17_informe05jul17.pdf
8. Centers for Disease Control and Prevention. Mumps. Acesso em: <https://www.cdc.gov/mumps/outbreaks.html>
9. Julian Witte, Stefanie Wetzka, Christine Prosser, Sebastian Braun, Robert Welte, Wolfgang Greiner. Epidemiology and economic burden of measles, mumps, pertussis, and varicella in Germany: a systematic review Oliver Damm. Int J Public Health (2016) 61:847–860
10. Boletim surtos caxumba – São Paulo 16/07/2016. Acesso em: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/chamadas/informe_semanal_de_surtos_de_caxumba_se_28_1469127265.pdf
11. Cristina V. Cardemil, Rebecca M. Dahl, Lisa James, Kathleen Wannemuehler, Howard E. Gary, Minesh Shah, Mona Marin, Jacob Riley, Daniel R. Feikin, Manisha Patel, and Patricia Quinlisk. Effectiveness of a Third Dose of MMR Vaccine for Mumps Outbreak Control. N Engl J Med 2017; 377:947-956.



**PREFEITURA
BELO HORIZONTE**

GOVERNANDO PARA QUEM PRECISA