

FEBRE DE CHIKUNGUNYA: UM NOVO DESAFIO PARA O PEDIATRA?

CONSUELO SILVA DE OLIVEIRA
INSTITUTO EVANDRO CHAGAS SVS/MS

É uma doença febril causada pelo vírus Chikungunya (CHIKV) transmitida por mosquitos do gênero *Aedes* (*A. aegypti*, *A. albopictus*). Este vírus pertence ao gênero *Alphavirus* que reúne outros arbovírus com similaridade antigênica e são considerados como vírus artritogênicos.

Após um período de silêncio desde a sua descoberta na década de 50, o vírus Chikungunya reemergiu durante a segunda metade do século XX, sendo responsável por surtos e epidemias na África e Ásia e a partir de 2005 o vírus rapidamente se espalhou pelas ilhas do sudoeste do Oceano Índico. No final de 2013 emergiu na região das Américas e em 2014 mais de um milhão de casos foram notificados nas três Américas, sendo a maioria registrada no Caribe. No Brasil foi registrada transmissão autóctone (transmissão local) em setembro de 2014 nos estados do Amapá e Bahia e até a semana 04 (31/1/15) foram notificados 3733 casos suspeitos, 2776 confirmados e 94 casos importados.

Esta arbovirose caracteriza-se por um curto período de incubação de 2 a 6 dias (média 12 dias) com uma fase aguda de início súbito com febre alta, exantema e artralgia, afetando principalmente as pequenas e grandes articulações e que pode evoluir para uma fase subaguda com recrudescência das artralgias e podem estar presentes astenia, prurido generalizado e exantema maculopapular em tronco, membros e região palmo plantar. Há descrição de lesões purpúricas, vesiculares e bolhosas, essas duas últimas mais frequentes em crianças. Uma terceira fase ocorre em alguns casos que evoluem para a forma crônica da doença se os sintomas persistirem por mais de 3 meses, com desaparecimento da febre e com persistência da poliartralgia que assume caráter incapacitante por semanas ou anos, em alguns grupos de pacientes, particularmente com doença articular pré existente. O quadro clínico clássico vem sendo descrito nos surtos e epidemias recentes, em até 95% dos pacientes, enquanto entre 3 a 5% as infecções são assintomáticas.

As alterações dermatológicas descritas na fase aguda da doença estão presentes em 40 a 50% dos casos e correspondem ao exantema, que em geral é do tipo maculopapular, pruriginoso, acometendo predominantemente o tórax, mas sendo também observado na face e membros superiores e inferiores, podendo ocorrer no entanto o tipo vesículo bolhoso com descamação das extremidades que tem sido mais observado em neonatos. Embora os sangramentos espontâneos ou induzidos (prova do laço positivo) podem estar presentes na febre do Chikungunya, as grandes hemorragias não são comumente descritas, o que em parte a diferencia das formas severas de dengue, onde os fenômenos hemorrágicos mais severos são frequentes.

As manifestações clínicas consideradas atípicas no curso de surtos e epidemias por Chikungunya tem sido descritas em menos de 5% dos pacientes e incluem alterações neurológicas, cardíacas, renais e oculares, com maior incidência em indivíduos acima de 65 anos, presença de comorbidades, gravidez e neonatos. Neste grupo em particular destacam-se como complicações a encefalopatia, alterações cardiovasculares e hemorragia, que podem resultar em óbitos, não obstante o curso benigno da infecção na maioria dos casos. No período gestacional não há evidências de efeitos teratogênicos, relatos de abortamento espontâneo e mães com Febre de Chikungunya no período perinatal podem transmitir o vírus aos recém-nascidos por via vertical, com taxa de transmissão de até 85%, com formas graves em cerca de 90% dos neonatos. Até o momento não há evidências de que o tipo de parto altere o risco da transmissão e que o vírus seja transmitido pelo aleitamento materno.

Para o diagnóstico laboratorial preconiza-se os testes de isolamento viral ou do genoma, com base no período mais longo de viremia no ser humano (duração de até 10 dias) e nos testes sorológicos mais precoces (a partir do 3 dia). No diagnóstico diferencial é de fundamental importância descartar Dengue em todos os casos, pela semelhança clínica e transmissão pelo mesmo vetor e lembrar que na região amazônica, a Malária e Febre Mayaro são endêmicas e também fazem parte do diagnóstico diferencial obrigatório.

Não há tratamento antiviral específico e o manejo clínico se baseia em esquemas terapêuticos sintomáticos para os vários estágios da doença com os antitérmicos (paracetamol, dipirona) sendo recomendados na fase aguda da doença, ao lado do repouso e aumento da ingestão hídrica. Os antiinflamatórios não hormonais (inibidores de COX-II) são indicados na fase sub aguda e nas formas crônicas e até de imunossupressores (methotrexate). Recomendação importante é de excluir outros agravos infecciosos e colagenoses, antes de se iniciar qualquer esquema terapêutico para os pacientes suspeitos.

A prevenção se baseia no controle vetorial, nas medidas de proteção individual e a vacinação, que se constitui na melhor estratégia custo efetiva na proteção da população sob risco. Os estudos com candidatas a vacina contra o Chikungunya iniciaram em 1967 mas até o momento não se dispõe de uma vacina efetiva e licenciada. Até o momento há 05 candidatas em estudos clínicos.

O caráter explosivo das epidemias, o amplo espectro clínico com complicações, o impacto na qualidade de vida e nas condições socio econômicas do país, demonstram que a introdução do vírus Chikungunya em regiões com indivíduos não imunes pode se constituir em um grave problema de saúde pública com elevados índices de morbi mortalidade.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

*** GUIA DE VIGILANCIA EM SAUDE - MIN SAUDE, 2014**

*** PREPARAÇÃO E RESPOSTA À INTRODUÇÃO DO VÍRUS CHIKUNGUNYA NO BRASIL - MIN SAUDE 2014**

*** PREPAREDNESS AND RESPONSE FOR INTRODUCTION IN THE AMERICAS CHIKUNGUNYA VIRUS - PAHO 2011**

