

MANIFESTAÇÕES CUTÂNEAS E CARDIOVASCULARES PÓS-INFECÇÃO POR CHIKUNGUNYA: UM RELATO DE CASO

Letícia Lopes Ramos Torres¹; Natália Almeida Andrade²; Aline Vilela de Oliveira Paranaíba³

nataliaandrade17.1@hotmail.com²

RESUMO

Área Temática: Temas livres em medicina.

Palavras-chave: Febre Chikungunya; agravos; predisposição.

Introdução: A Febre Chikungunya é caracterizada principalmente por febre acima de 38,5°C e dores articulares intensas, de início súbito, não explicado por outras condições médicas. Seus principais vetores, no Brasil, são as fêmeas dos mosquitos *Aedes aegypti* e *Aedes albopictus*. Dados epidemiológicos evidenciaram um aumento do número de casos nos últimos anos, saltando de 13,2 casos por 100.000 habitantes em 2020 para 67,4 casos em 2023, tornando-se um importante problema de saúde pública, uma vez que cerca de metade dos casos evolui com inflamação articular crônica e incapacitante trazendo diversos prejuízos não só para a saúde e bem estar, mas também nos eixos econômicos e psicossociais. Alguns fatores que predispõem a evolução para a fase crônica são sexo feminino; manifestações articulares importantes na fase aguda; diagnóstico de doença articular prévia; presença de comorbidades e idade acima de 40 anos. Apresentações graves e potencialmente fatais representam cerca de 0,3 por cento dos casos e estão associadas a idade acima de 65 anos e à presença de doenças crônicas e/ou autoimunes. **Objetivo:** Relatar manifestações atípicas pós-infecção por Chikungunya, desde a investigação até o diagnóstico e tratamento, tendo em vista a raridade e gravidade dessas apresentações clínicas. **Metodologia:** Revisão qualitativa do prontuário clínico entre os meses de janeiro e abril de 2024 e revisão de literatura após aprovação do projeto no Comitê de Ética e Pesquisa. **Resultados e Discussão:** A paciente em questão apresentava como fatores de risco a idade, e hipertensão arterial sistêmica. Em um quadro de doença inflamatória como a Febre Chikungunya há um maior risco de formação de trombos ainda mais potencializado pela estase sanguínea ocasionada pelo repouso prolongado devido à artralgia, tornando-se uma das principais hipóteses para as complicações apresentadas, isto é, arritmia cardíaca; trombose venosa profunda; tromboembolismo pulmonar e lesões cutâneas com posterior infecção secundária. **Conclusão:** O acompanhamento regular e longitudinal foi imprescindível para o diagnóstico e tratamento precoces do quadro clínico como um todo. Tal fato possibilitou racionalizar o processo de internação, além de evitar a exposição da paciente ao risco de novas infecções e consequente sobrecarga da atenção terciária.

1 INTRODUÇÃO

A Febre Chikungunya é caracterizada principalmente por febre acima de 38,5 graus, exantema e dores articulares intensas, de início súbito, não explicado por outras condições médicas. O vírus Chikungunya foi isolado pela primeira vez em humanos em 1952, na Tanzânia, e seu nome significa “curva-se para frente ou contorcer-se”, em referência à postura apresentada pelo paciente durante a infecção (MARQUES et al., 2017a).

Os principais vetores, no Brasil, são as fêmeas dos mosquitos *Aedes aegypti* e *Aedes albopictus*. A transmissão ocorre através da picada do mosquito. Os boletins epidemiológicos do Brasil divulgados entre os anos de 2020 e 2023 evidenciaram um salto de 13,2 casos/100.000 habitantes para 67,4/100.000 habitantes respectivamente (MARQUES et al., 2017; GEAPS et al., 2023).

Após a inoculação do vírus, ocorre a indução da resposta imune inata, seguida da resposta imune celular com a liberação de diversas citosinas pró-inflamatórias e consequente comprometimento de órgãos-alvo, como articulações e músculos. A doença é composta por 03 fases, sendo a fase aguda considerada até 14 dias; fase subaguda de 15 dias até 03 meses e a crônica acima de 03 meses. Apresentações graves e potencialmente fatais são raras, representam cerca de 0,3% dos casos e estão associadas a idade menor que 02 anos e acima de 65 anos. Fazem parte ainda do grupo de risco, gestantes, portadores de doenças cardiovasculares; diabetes mellitus e doenças autoimunes (MARQUES et al., 2017a; GEAPS et al., 2023).

Assim, diante da raridade e da gravidade das manifestações atípicas, neste estudo relatamos o caso de uma paciente diagnosticada com Febre Chikungunya que evoluiu com arritmia cardíaca; trombose venosa profunda; tromboembolismo pulmonar e lesões cutâneas com posterior infecção secundária.

2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de caso clínico realizado no Hospital Marcio Cunha – Fundação São Francisco Xavier em Ipatinga-MG cuja metodologia baseou-se na revisão qualitativa do prontuário clínico incluindo registros das evoluções clínicas; laudos dos exames laboratoriais e de imagem referentes à investigação/acompanhamento do quadro clínico da paciente entre os meses de janeiro e abril de 2024, bem como revisão de literatura após aprovação do projeto no Comitê de Ética e Pesquisa (CAAE: 81382524.5.0000.8147).

3 RELATO DE CASO

Paciente feminina, 84 anos, portadora de Hipertensão Arterial Sistêmica; Hipotireoidismo; Insuficiência Venosa Periférica e Osteoporose deu entrada em unidade de emergência no dia 28 de janeiro de 2024 com queixa de que há cerca de 08 dias iniciou quadro de mialgia; artralgia e febre referida. Há 01 dia apresentando baixa aceitação de líquidos por via oral; dor e edema simétrico em membros inferiores. Aos exames, observou-se

plaquetopenia; aumento da creatina basal; hiponatremia; hiperpotassemia e elevação de PCR. Solicitado sorologia para Febre Chikungunya.

Dias depois, apresentou piora do edema em membros inferiores associado à hiperemia; aparecimento de flictenas de grande volume e confusão. Houve rompimento das flictenas, mas sem sinais de infecção. Observado sorologia positiva para Febre Chikungunya. Feita correção dos eletrólitos. Paciente recebeu alta hospitalar 02 dias depois.

No dia 06/02 retornou ao Pronto Socorro devido a lesões ulceradas em membros inferiores, no local das flictenas, associada à importante hiperemia em região da pele e drenagem espontânea de secreção hialina e mucopurulenta em um dos membros; além de dor e edema em fossa cubital direita, sem relato de acesso venoso prévio. Questionado erisipela e trombose venosa profunda em membro superior direito. Realizado dose intramuscular de Penicilina G Benzatina e curativo. O Doppler venoso de membro superior direito evidenciou sinais de tromboflebite da veia cefálica. Recebeu alta com prescrição de corticoide oral e Amoxilina + Clavulanato. No dia seguinte, fora realizado telemonitoramento com familiar da paciente. Fomos informadas sobre manutenção do quadro após uso das medicações prescritas em Pronto Socorro. Acrescentamos Cefalexina para ampliação de esquema antimicrobiano.

Em 09 de fevereiro de 2024 buscou atendimento ambulatorial devido relato de novo episódio de febre. Notou-se ritmo cardíaco irregular ao exame físico. ECG do momento evidenciou taquicardia sinusal, frequentes extrassístoles supraventriculares alternando com extrassístoles ventriculares. Encaminhada ao Pronto Socorro para investigação de endocardite. Aos exames complementares do Pronto Socorro, notado Leucócitos e PCR aumentados; Ecocardiograma transtorácico e esofágico com aumento biatrial e hipertensão arterial pulmonar, mas sem sinais de trombos ou vegetações. Hemoculturas negativas. À angiotomografia computadorizada de tórax, tromboembolismo pulmonar bilateral. Prescrito Gentamicina e Enoxaparina em dose plena. Dias depois, recebeu alta com prescrição ambulatorial de Clindamicina e Mupirocina creme para as lesões em membros inferiores. Acompanhamento domiciliar com comissão de curativos.

No dia 16/02 retornou ao ambulatório para reavaliação. Relatou consulta externa com angiologista em que foi aventada suspeita clínica de trombose venosa profunda em membros inferiores (não fora solicitado doppler venoso, supostamente por conta dos ferimentos nas pernas). Mantido anticoagulante. Prescrito novas doses de Penicilina G Benzatina 1200000 (Total de 05) via intramuscular a cada 21 dias, além de Dobesilato de Cálcio 500mg.

Dias depois retornou ao ambulatório queixando-se de dor intensa no local das feridas nas pernas, a despeito do uso de Dipirona; Codeína + Paracetamol e Pregabalina. Solicitado cultura da ferida e encaminhada ao Pronto Socorro para avaliar internação para controle da dor e infecção.

Verificado cultura da ferida positiva para *Pseudomonas aeruginosa*. Iniciado Amicacina domiciliar guiada por cultura durante 10 dias. Paciente evoluiu com melhora da dor sem necessitar internação.

Retornou ao ambulatório em 13/03 para consulta de revisão apresentado melhora significativa dos ferimentos em membros inferiores após 08 dias de 10 de antibioticoterapia. Relatou, porém, artralgia em mãos e ombros, além de parestesia em braços e mãos apenas pela manhã. Orientado fisioterapia para membros superiores. Dias depois, apresentou melhora parcial da poliartralgia. Iniciado corticoterapia para fase subaguda da Chikungunya.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A Febre Chikungunya atingiu o continente americano em 2013 e tornou-se um importante problema de saúde pública nos países onde ocorreram as epidemias, uma vez que cerca de metade dos casos evoluiu com inflamação articular crônica e incapacitante. Alguns fatores que predis põem a evolução da doença para a fase crônica são sexo feminino; idade acima de 40 anos; manifestações articulares importantes na fase aguda; diagnóstico de doença articular prévia e presença de comorbidades como o diabetes mellitus; além de exames laboratoriais evidenciando PCR e CHIKV IgM elevados após a fase aguda (MARQUES et al., 2017a; GEAPS et al., 2023).

Apresentações graves e potencialmente fatais representam cerca de 0,3% dos casos. Os fatores de riscos incluem idade menor que 02 anos devido ao maior risco de acometimento do sistema nervoso central e idade acima de 60 anos pelo maior risco de pneumonias e infecção de trato urinário devido à tendência de restrição prolongada ao leito. Fazem parte ainda do grupo de risco, gestantes e portadores de doenças cardiovasculares; portadores de diabetes mellitus e doenças autoimunes pelo maior risco de interações medicamentosas, desidratação e recidiva ou exacerbação da doença de base (MARQUES et al., 2017a; GEAPS et al., 2023).

A paciente em questão apresentava como fatores de risco a idade, e hipertensão arterial sistêmica. Em um quadro de doença inflamatória como a Febre Chikungunya há um maior risco de formação de trombos ainda mais potencializado pela estase sanguínea

ocasionada pelo repouso prolongado devido à artralgia, tornando-se uma das principais hipóteses para as complicações apresentadas (MARQUES et al., 2017a; GEAPS et al., 2023).

A princípio, suspeitou-se de endocardite devido à alteração do ritmo cardíaco, mas posteriormente descartado pela ausência de vegetações no ecocardiograma transtorácico e transesofágico e hemoculturas negativas. Porém, fora notado hipertensão arterial pulmonar. A Angiotomografia de tórax evidenciou sinais de tromboembolismo pulmonar bilateral (FARIAS et al., 2019; MARQUES et al., 2017a)

As flictenas em membros inferiores de provável origem inflamatória, após o seu rompimento, tornaram-se uma porta de entrada para microorganismos e consequente quadro de erisipela bilateral. Foram utilizados Penicilina G Benzatina, Amoxicilina + Clavulanato, Cefalexina e Clindamicina. Observando a não melhora do quadro, foi realizado a cultura da ferida que se apresentou positiva para *Pseudomonas aeruginosa*. Iniciado Amicacina domiciliar guiada por cultura durante 10 dias. Paciente evoluiu com melhora do aspecto das feridas e da dor, sem necessitar nova internação (SILVA JR, 2023).

4 CONCLUSÃO

O acompanhamento regular e longitudinal foi imprescindível para o diagnóstico e tratamento precoces do quadro clínico como um todo. Tal fato possibilitou racionalizar o processo de internação, além de evitar a exposição da paciente ao risco de novas infecções e consequente sobrecarga da atenção terciária.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Arbovirose: Boletim Epidemiológico, jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Arbovirose: Boletim Epidemiológico, nov. 2023.

FARIAS, L. A. B. G. et al.. Myocarditis Following Recent Chikungunya and Dengue Virus Coinfection: A Case Report. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, v. 113, n. 4, p. 783–786, out. 2019.

GEAPS Et Al - Gerência de Atenção Primária à Saúde. NOTA TÉCNICA ASSISTENCIAL CONJUNTA 009/2023 - Chikungunya: manejo nas fases aguda, subaguda e crônica. Belo Horizonte-MG, 2023.

MARQUES, C. D. L. et al.. Recommendations of the Brazilian Society of Rheumatology for diagnosis and treatment of Chikungunya fever. Part 1 –Diagnosis and special situations. Revista Brasileira de Reumatologia, v. 57, p. s421–s437, 2017a.

MARQUES, C. D. L. et al.. Recommendations of the Brazilian Society of Rheumatology for the diagnosis and treatment of Chikungunya fever. Part 2 - Treatment. Revista Brasileira de Reumatologia, v. 57, p. s438–s451, 2017b.

Silva Jr., Fernando Gatti de Menezes Moacyr (Org.). Guia do Episódio de Cuidado: Erisipela e Celulite. São Paulo: Sociedade Beneficente Israelita, 2023.

World Health Organization, Guidelines on Clinical Management of Chikungunya Fever. NET, India, oct. 2008, disponível em <<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/205178/B3234.pdf?sequence=1>> Acesso em 10 nov. 2024.