



RESIDÊNCIA PEDIÁTRICA

RELATO DE CASO

Dengue na infância: Relato de caso com derrame pleural e pericárdico

Childhood dengue: case report with pericardium and pleural effusion

Adrienne Rahde Bischoff¹, Gabriela Marchisio Giordani¹, Daniele Konzen², Paula Fantinelli Seelig³, Philippe Visintainer Melo³, Boaventura Antonio dos Santos⁴

Palavras-chave:

dengue,
derrame pleural,
derrame pericárdico,
vacinas contra dengue,
vírus da dengue.

Resumo

Descrição de um caso de dengue na infância que evoluiu para quadro de serosite. **Relato de Caso:** Paciente feminino, 10 anos iniciou com febre (39,5 °C), cefaleia, dor torácica e abdominal, náuseas e vômitos. Na chegada, com desidratação leve, sem outros achados relevantes ao exame físico. A prova do laço foi negativa em duas ocasiões. TC de abdômen revelou derrame pericárdico, derrame pleural à direita e ascite moderada. Laboratoriais: hematócrito 48,8%, hemoglobina 16,8, leucócitos 2090, linfócitos 51%, com presença linfócitos atípicos, 17 mil plaquetas. Recebeu hidratação parenteral com soro fisiológico, com melhora do hematócrito no dia seguinte (39,5%). Durante a internação, evoluiu com melhora clínica e laboratorial (plaquetas 350 mil na alta). Investigação laboratorial confirmou o diagnóstico. **Comentários:** A dengue é uma doença febril transmitida pelo mosquito Aedes. O quadro clínico clássico tem a presença de febre alta súbita, cefaleia, mialgia, artralgia e dor retro-orbitária. Pode haver sinais de extravasamento plasmático (ex.: dor abdominal intensa, hepatomegalia dolorosa e desconforto respiratório). Sangramentos espontâneos e plaquetopenia podem estar presentes. A síndrome de extravasamento vascular, manifestada por hemoconcentração e derrames cavitários, foi evidenciada na paciente com um hematócrito 48,8%, derrame pleural e pericárdico e ascite moderada. A prova do laço é obrigatória em todos os pacientes com suspeita de dengue, mas tem baixa sensibilidade e alta especificidade. O diagnóstico definitivo é por antígeno viral ou sorologia. O manejo adequado depende do reconhecimento precoce dos casos mais graves e dos sinais de alerta, do contínuo monitoramento, do restadiamento e da pronta reposição hídrica.

Keywords:

dengue vaccines,
dengue,
dengue virus,
pericardial effusion,
pleural effusion.

Abstract

Case report of a childhood dengue that had serositis. **Case Report:** A ten year old female child was admitted to the pediatric emergency room with a history of headache, fever (39.5 °C), chest pain, nausea, vomiting and abdominal pain. In the physical examination she presented with mild dehydration. Laboratory tests showed hematocrit 38%, leukocytes 2090, atypical lymphocytosis and severe thrombocytopenia (17,000). Abdominal chest tomography (CT) scan showed pericardial and pleural effusion and free fluid in the abdomen. Clinical hypothesis of dengue was brought up and later confirmed by specific laboratory test. Patient received Intravenous fluids, progressing to clinical improvement and normalization of laboratory findings. **Comments:** Dengue is an acute febrile infectious disease presenting classically with symptoms of fever, arthralgia, myalgia, headache, retro-orbital pain, rash and prostration. The diagnosis is made by confirmation of infection, since the clinic, especially in children, often fails to distinguish it from other febrile illnesses. Definitive diagnosis is made by viral antigen or serology. The appropriate management of patients depends on early recognition of the alarm signals, on the continuous monitoring and prompt fluid therapy.

¹ Médica - Residente de Pediatria do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

² Médica - Residente de Genética do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

³ Estudante - Estudante de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

⁴ Médico - Pediatra, Professor de Pediatria da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Endereço para correspondência:

Adrienne Rahde Bischoff.

Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Departamento de Pediatria. Rua Ramiro Barcelos, nº 2350, Largo Eduardo Zaccaro, Faraco, Porto Alegre, RS, Brasil. CEP: 90035-903. E-mail: arahdebischoff@gmail.com

INTRODUÇÃO

A dengue constitui-se em um importante problema de saúde pública, sendo responsável pela notificação anual de pelo menos 50 milhões de novos casos em todo o mundo. A transmissão da doença se dá pela picada do mosquito do gênero *Aedes*, principalmente da espécie *Aedes aegypti*, que inocula um dos quatro sorotipos de vírus da família flaviviridae.

É uma doença infecciosa febril aguda apresentando-se, classicamente, com os sintomas de febre, artralgia, mialgia, cefaleia, dor retro-orbitária, prostração e exantema. Entretanto, o amplo espectro da doença abrange desde quadros oligossintomáticos à síndrome de extravasamento vascular, quadro hemorrágico até óbito. Em nosso relato, descreveremos a evolução dessa infecção em uma criança de 10 anos de idade que iniciou a apresentação do quadro com sinais inespecíficos, tendo evoluído para um quadro de serosite.

RELATO DE CASO

Paciente feminino, 10 anos e 9 meses, previamente hígida, se apresentou com febre (39,5 °C) e cefaleia. Após dois dias, evoluiu com dor torácica, náuseas, vômitos e dor abdominal grave. Levada à emergência no terceiro dia, apresentava dor à palpação abdominal, principalmente em hipocôndrio direito, pior à descompressão. Com desidratação leve, sem outros achados relevantes ao exame físico. Realizada prova do laço na chegada, negativa em duas ocasiões. Mãe e irmã da paciente haviam tido quadro febril na mesma semana.

Exames: hematócrito 48,8%, hemoglobina 16,8 d/dL, VCM 76, leucócitos 2090 (bastões 3%, segmentados 24%, linfócitos 51%, com presença linfócitos atípicos), 25 mil plaquetas. Demais exames foram normais. A paciente recebeu hidratação parenteral na chegada com soro fisiológico, com melhora do hematócrito para 39,5%.

Radiografia de tórax e ecografia abdominal na chegada foram normais. Devido à gravidade da dor, uma tomografia computadorizada de abdômen foi realizada (Figura 1): presença de derrame pericárdico e derrame pleural à direita. Moderada quantidade de líquido livre no abdômen.

Apresentou boa evolução do quadro com remissão dos sintomas. Houve resolução da febre no 4º dia de evolução da doença, e remissão da dor torácica e dor abdominal entre o 5º e 7º dia de doença. Também evoluiu com melhora laboratorial, tendo alta no 10º dia de doença com 350 mil plaquetas. Pesquisa de dengue (antígeno NS1-ELISA) foi positiva na paciente e sua irmã.

DISCUSSÃO

A importância da dengue advém não só da alta incidência, mas também das complicações que pode gerar. O estado do Rio Grande do Sul não é uma área de alta incidência, sendo os primeiros casos da doença autócne ocorreram em 2007, no noroeste do estado, sendo do sorotipo Den 3. Em 2010, houve uma epidemia nesta região, atingindo 6



Figura 1. Derrame pericárdico e pleural à direita.

municípios, sendo encontrados os sorotipos Den 1 e Den 2. Em maio de 2010, Porto Alegre também registrou casos autócnes. Até 2011, mosquitos foram encontrados em 75 municípios, sendo notificados 4922 casos pelo SINAN, confirmando-se 3497, dos quais 3366 eram autócnes¹.

Classicamente, há presença de febre alta (39 °C a 40 °C) de início abrupto, bem como cefaleia, mialgia, artralgia e dor retro-orbitária, que podem se manifestar em crianças menores por choro persistente, irritabilidade e adinamia².

Em adultos, o agravamento da doença inicia de forma gradual, enquanto na criança aparece de maneira abrupta, muitas vezes sendo os sinais de gravidade os primeiros a serem evidenciados. O surgimento de sinais e sintomas como vômitos importantes, dor abdominal intensa, hepatomegalia dolorosa e desconforto respiratório alertam para a possibilidade de extravasamento plasmático, indicando gravidade no caso e denotando iminência de choque³. Sangramentos espontâneos podem estar presentes e também são mais frequentes nas formas graves da doença, bem como achado laboratorial de trombocitopenia grave².

O caso descrito apresentou uma síndrome de extravasamento vascular (derrames pleural e pericárdico) e alterações plaquetárias (plaquetopenia).

Em pacientes com suspeita de dengue, é importante se atentar aos sinais de alarme (Tabela 1), manifestações hemorrágicas e à história epidemiológica positiva³. Dor abdominal e sintomas gastrointestinais são frequentes na faixa etária pediátrica^{4,5}. Pacientes pediátricos apresentam petéquias mais frequentemente que adultos, porém, apresentam menos manifestações hemorrágicas que estes⁶.

A prova do laço é obrigatória em todos os pacientes com suspeita de dengue³. O teste apresenta baixa sensibilidade e alta especificidade, sendo importante não se basear somente nele para o diagnóstico⁷.

O diagnóstico definitivo é realizado pela confirmação da infecção, pois a clínica, principalmente nas crianças, muitas

Tabela 1. Sinais de alarme.

- Dor abdominal intensa e contínua
- Vômitos persistentes
- Hipotensão postural e/ou lipotímia
- Sonolência e/ou irritabilidade
- Hepatomegalia dolorosa
- Hemorragias importantes (hematêmese e/ou melena)
- Diminuição da diurese
- Diminuição repentina da temperatura corpórea ou hipotermia (< 36 °C)
- Desconforto respiratório
- Aumento repentino do hematócrito
- Queda abrupta das plaquetas

vezes não consegue diferenciar de outras doenças febris⁸. Os métodos indicados são Antígeno NS1-ELISA (usado 1 a 3 dias após o início da febre) e sorologia IgG e IgM (usada 6 a 14 dias após início da febre)⁹.

Em 2014, o Brasil registrou novos casos de uma doença febril com espectro clínico muito semelhante a dengue e também transmitida pelo mosquito *Aedes aegypti*. A febre de Chikungunya é uma doença emergente causada por um vírus que pode ser confundida com a dengue¹⁰ (Tabela 2).

O manejo adequado dos pacientes depende do reconhecimento precoce dos casos mais graves e dos sinais de alerta, do contínuo monitoramento, do restadiamento e da pronta reposição hídrica³. A dengue tem um comportamento dinâmico, no qual o paciente pode evoluir rapidamente de uma fase para outra, o que torna importante a monitorização contínua.

O manejo da hidratação depende do estadiamento do paciente, podendo ser realizada em casa, por via oral, ou ser necessária hidratação endovenosa rigorosa em ambiente hospitalar. Pode ser indicado em alguns casos o uso de expansores plasmáticos, plasma, vitamina K e crioprecipitado³.

Além da hidratação, devemos lançar mão dos sintomas, para diminuir o desconforto do paciente⁴. Deve-se evitar a via intramuscular até que se conheça a contagem de plaquetas. Os salicilatos e os AINES são contraindicados, pois podem causar ou agravar sangramentos³.

A prevenção da doença é baseada no controle de vetores e imunização efetiva. Uma vacina tetravalente pode estar disponível em breve. É uma vacina composta de 4 cepas recombinantes de vírus atenuados. Sua eficiência global é de 56% para os 4 sorotipos, mas até 85% para dengue hemorrágica¹¹.

CONCLUSÃO

No caso relatado, mesmo obtendo prova do laço negativa em duas ocasiões, a paciente apresentou trombocitopenia importante e sinais de serosite vistos à tomografia computadorizada abdominal.

O amplo espectro de apresentação da dengue, podendo variar desde quadros pouco sintomáticos de febre,

Tabela 2. Dengue versus Chikungunya - diagnóstico diferencial.

Características	Dengue	Chikungunya
Febre	++	+++
Mialgia	++	+
Artralgia	±	+++
Rash cutâneo	+	++
Discrasias sanguíneas	++	±
Choque	±	-
Leucopenia	+++	++
Linfopenia	++	+++
Neutropenia	+++	+
Trombocitopenia	+++	+

Adaptado de: CDC. Preparedness and response for Chikungunya virus. Introduction in the Americas. 2011.

cefaleia e mialgia, até quadros de sangramentos e choque, denota a importância da suspeita clínica quando associada à história epidemiológica positiva. A prova do laço, exames laboratoriais e de imagem corroboram para o diagnóstico e auxiliam o estadiamento para o adequado manejo do paciente.

REFERÊNCIAS

1. Kliemann DA. Dengue no Rio Grande do Sul. Rev Epidemiol Control Infect. 2011;1(1):17-8.
2. Dumas RP, Passos SR, Oliveira RV, Nogueira RM, Georg I, Marzochi KB, et al. Clinical and laboratory features that discriminate dengue from other febrile illnesses: a diagnostic accuracy study in Rio de Janeiro, Brazil. BMC Infect Dis. 2013;13:77. DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2334-13-77>
3. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. Dengue: diagnóstico e manejo clínico: criança. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. p.52.
4. Giraldo D, Sant'Anna C, Périssé AR, March Mde F, Souza AP, Mendes A, et al. Characteristics of children hospitalized with dengue fever in an outbreak in Rio de Janeiro, Brazil. Trans R Soc Trop Med Hyg. 2011;105(10):601-3. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.trstmh.2011.07.007>
5. Pires Neto Rda J, de Sá SL, Pinho SC, Pucci FH, Teófilo CR, Evangelista PD, et al. Dengue infection in children and adolescents: clinical profile in a reference hospital in northeast Brazil. Rev Soc Bras Med Trop. 2013;46(6):765-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0037-8682-1716-2013>
6. Souza LJ, Pessanha LB, Mansur LC, Souza LA, Ribeiro MB, Silveira Mdo V, et al. Comparison of clinical and laboratory characteristics between children and adults with dengue. Braz J Infect Dis. 2013;17(1):27-31. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.bjid.2012.08.020>
7. Antunes AC, Oliveira GL, Nunes LI, Guedes Filho LA, Prado RS, Henriques HR, et al. Evaluation of the diagnostic value of the tourniquet test in predicting severe dengue cases in a population from Belo Horizonte, State of Minas Gerais, Brazil. Rev Soc Bras Med Trop. 2013;46(5):542-6. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0037-8682-0161-2013>
8. Ferraz FO, Bomfim MR, Totola AH, Ávila TV, Cisalpino D, Pessanha JE, et al. Evaluation of laboratory tests for dengue diagnosis in clinical specimens from consecutive patients with suspected dengue in Belo Horizonte, Brazil. J Clin Virol. 2013;58(1):41-6.
9. World Health Organization. Dengue: Guidelines for diagnosis, treatment, prevention and control. Geneva: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data; 2009.
10. Centers for Disease Control and Prevention. Preparedness and response for Chikungunyavirus. Introduction in the Americas. Pan Am J Public Health. 2011.
11. Guy B, Saville M, Lang J. Development of Sanofi Pasteur tetravalent dengue vaccine. Hum Vaccin. 2010;6(9). DOI: <http://dx.doi.org/10.4161/hv.6.9.12739>