

## DOCUMENTO CIENTÍFICO



### **EPIDEMIA DE FEBRE DE CHIKUNGUNYA NO CEARÁ: ORIENTAÇÕES PARA RECONHECIMENTO DAS MANIFESTAÇÕES CUTÂNEAS OBSERVADAS NAS CRIANÇAS, REFERENCIAMENTO E MEDIDAS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL.**

DEPARTAMENTO CIENTÍFICO DE INFECTOLOGIA DA SOCEP

Revisor: Robério Dias Leite\*

\* Presidente do Departamento Científico de Infectologia da SOCEP, Prof. Adjunto de Pediatria da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará, Pediatra do Hospital São José de Doenças Infecciosas da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará

E-mail: roberiodias.leite@gmail.com

### **CENÁRIO DA EPIDEMIA DE CHIKUNGUNYA NO ESTADO DO CEARÁ**

Chikungunya é uma arbovirose causada pelo Vírus Chikungunya (CHIKV), tendo como vetor principal em nosso meio o mosquito *Aedes aegypti*<sup>1, 2</sup>. Em 2014 foram registrados os primeiros casos importados no Estado do Ceará, em 2015 teve início a transmissão autóctone desse vírus em nosso meio e, já em 2016, enfrentamos um cenário epidêmico, com 31.504 (63,6%) casos confirmados em 139 (75,5%) municípios. Em 2017, até a semana epidemiológica 12, foram notificados 8.667 casos, dos quais 21,5% (1.867/8.667) foram confirmados até o momento, distribuídos em 77,2% (17/22) das CRES do estado<sup>3</sup>. **Portanto, encontramos-nos novamente num cenário epidêmico e esse documento tem como objetivo chamar a atenção para as peculiaridades da apresentação da doença nas crianças, sobretudo os bebês no primeiro ano de vida**, que diferem substancialmente dos adultos e que têm maior risco de morbimortalidade.

### **QUADRO CLÍNICO DA FEBRE DE CHIKUNGUNYA NA FASE AGUDA**

Nos adultos e nas crianças maiores os sinais e os sintomas na fase aguda são clinicamente parecidos com os da Dengue – febre de início agudo, dores articulares e musculares, cefaleia, náusea, fadiga e exantema<sup>4</sup>. A principal manifestação clínica que as difere são as fortes dores nas articulações. Os sintomas têm início abruptamente com febre elevada, que pode durar de alguns dias até duas semanas e também evoluir de forma bifásica<sup>5,6,7</sup>. Pouco depois do início da febre, a maioria das pessoas infectadas desenvolve poliartralgia intensa, muitas vezes debilitante. As dores nas articulações são geralmente simétricas e ocorrem mais comumente em punhos, cotovelos, dedos, joelhos e

---

Rua Maria Tomásia, 701 – Aldeota.

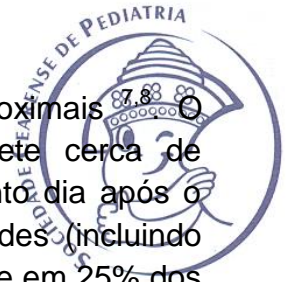
Fone: (85) 3261.5849 Fax: (85) 3264.4682

60.150-170 Fortaleza – Ce

CNPJ 12.361.564/0001-39

[socep@socep.org.br](mailto:socep@socep.org.br)

tornozelos, mas também pode afetar as articulações mais proximais. O exantema normalmente é macular ou maculopapular, acomete cerca de metade dos doentes e surge normalmente do segundo ao quinto dia após o início da febre. Atinge principalmente o tronco e as extremidades (incluindo palmas e plantas), podendo atingir a face. O prurido está presente em 25% dos pacientes e pode ser generalizado ou apenas localizado na região palmo-plantar. Outro sinal descrito na fase aguda é a hiperemia da conjuntiva. Pode haver linfadenomegalias cervicais associadas <sup>1,2</sup>.



## MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS ESPECÍFICAS NA CRIANÇA

***As manifestações cutâneas nas crianças podem diferir substancialmente do observado nos adultos, sobretudo nos menores de seis meses de idade*** <sup>9,10,11,12</sup>. Erupção maculopapular generalizada ou eritema são observados com frequência, comumente dois a três dias após o início da febre. Tem início no tronco e depois se espalha centrifugamente, envolvendo face, palmas das mãos e plantas dos pés. ***Além dessa eritrodermia, que lembra queimadura solar, lesões vesiculobolhosas costumam surgir frequentemente, principalmente nos lactentes.*** Elas têm distribuição simétrica, flácida, contendo líquido seroso claro, sem qualquer eritema perilesional, configurando uma aparência bem distinta do que é observado na varicela. O aspecto se assemelha muito ao das bolhas que se formam em algumas queimaduras e, quando se dá o rompimento dessas lesões, ocorre o desnudamento da pele, lembrando o padrão que se observa na síndrome da pele escaldada estafilocócica (Figura). ***O que mais preocupa, sobretudo nos bebês menores de seis meses, é a disseminação dessas lesões vesicobolhosas e o desnudamento da pele que se segue, configurando um aspecto semelhante ao de um grande queimado, com envolvimento expressivo de extensas áreas da superfície corporal.*** Sendo assim, impõe-se, nessa situação, reconhecer precocemente como um caso de Febre de Chikungunya, bem como ***referenciar esses lactentes apresentando lesões muito extensas para serviços com capacidade para dar suporte ao tratamento de grande queimado em crianças, dotados de unidade de terapia intensiva, pois há necessidade de suporte hidroeletrólítico complexo e também grande risco de evolução com sepse,*** considerando-se a enorme perda de defesa da barreira cutânea. O Ministério da Saúde publicou em 2015 uma cartilha para orientar a atenção dos pacientes vítimas de queimaduras, que pode ser útil para o manuseio inicial dessas crianças <sup>13</sup>.



**Figura – Exantema vesicoboloso num lactente com Febre de Chikungunya**

A – Lesões vesicobolosas num lactente de 31 dias de vida com Febre de Chikungunya (aspecto de “queimadura”); B - Lesões vesicobolosas num lactente de 31 dias de vida com Febre de Chikungunya e início de desnudamento da pele (aspecto de “queimadura”); C - Lesões vesicobolosas num lactente de 31 dias de vida com Febre de Chikungunya e início de desnudamento da pele (aspecto de “grande queimado”). Fonte: arquivo pessoal do Dr. Robério Dias Leite

## MEDIDAS DE PREVENÇÃO

A principal prevenção está no envolvimento coletivo e individual de todos os cidadãos e dos governos em todas as suas esferas na eliminação permanente de criadouros do *Aedes aegypti*, existentes na sua maioria dentro dos próprios domicílios.

No contexto epidêmico atual a proteção individual dos mais vulneráveis constitui uma estratégia de redução da morbimortalidade nos grupos de maior risco para complicação, **especialmente os bebês menores de seis meses, para os quais o uso de repelentes está contraindicado**. Para esse grupo, **a recomendação para que os pais utilizem os mosquiteiros (véus de proteção contra mosquitos), uma tradição que vem se perdendo ao longo dos anos, pode representar uma maneira efetiva de redução do número de infecções pelo CHIKV**. Há respaldo científico e técnico da Organização Mundial de Saúde (OMS) para o uso de mosquiteiros na prevenção da malária, e que pode e deve ser estendido para nosso cenário atual de epidemia de Febre de Chikungunya <sup>14</sup>.

Outro grupo pediátrico extremamente vulnerável é o dos **recém-nascidos cujas mães tenham chegado ao momento do parto ainda na fase virêmica**. Nesses bebês os sinais clínicos mais comuns incluem febre, erupção cutânea bolhosa com desnudamento subsequente da pele e edema. Outras observações frequentes são petequias, trombocitopenia e linfopenia. As complicações incluem hemorragia cerebral, estado epilético e falência múltipla de órgão <sup>15</sup>.

Para **crianças acima de seis meses, além do uso de mosquiteiros, o uso de repelentes** está autorizado e deve ser estimulado e uma orientação para o seu uso adequado está disponível num documento do Departamento de Dermatologia da Sociedade Brasileira de Pediatria <sup>16</sup>.

## RESUMO –



MANIFESTAÇÕES CUTÂNEAS OBSERVADAS NAS CRIANÇAS	REFERENCIAMENTO	MEDIDAS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL
<ul style="list-style-type: none"><li>• <i>Erupção maculopapular generalizada ou eritema são observados com frequência, comumente 2 a 3 dias após o início da febre.</i></li><li>• <i>Tem início no tronco e depois se espalha centrifugamente, envolvendo face, palmas das mãos e plantas dos pés.</i></li><li>• <i>Além dessa eritrodermia, lesões vesiculobolhosas costumam surgir frequentemente, principalmente nos lactentes.</i></li><li>• <i>O que mais preocupa, sobretudo nos bebês menores de seis meses, é a extensão dessas lesões vesicobolhosas e o desnudamento da pele que se segue, configurando um aspecto semelhante a um grande queimado, com envolvimento expressivo de extensas áreas da superfície corporal.</i></li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• <i>Referenciar esses lactentes apresentando lesões muito extensas para serviços com capacidade para dar suporte a tratamento de grande queimado em crianças, dotados de unidade de terapia intensiva, pois há necessidade de suporte hidroeletrólítico complexo e grande risco de evolução com sepse, considerando-se a enorme perda de defesa da barreira cutânea.</i></li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• <i>Eliminação permanente de criadouros do Aedes aegypti, existentes na sua maioria dentro dos próprios domicílios.</i></li><li>• <i>Recomendação para que os pais utilizem os mosquiteiros (véus de proteção contra mosquitos), pois o uso de repelentes está contraindicado para bebês menores de seis meses.</i></li><li>• <i>O uso de repelentes está autorizado e deve ser estimulado para crianças acima de seis meses.</i></li></ul>

## REFERÊNCIAS –

1. Horwood PF, Buchy P. Chikungunya. Rev Sci Tech. 2015;34(2):479-489.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Febre de Chikungunya: manejo clínico / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 28 p. Acessado em 15 de maio de 2016. Disponível em:  
[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/febre\\_chikungunya\\_manejo\\_clinico.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/febre_chikungunya_manejo_clinico.pdf).
3. Ceará. Governo do Estado do Ceará. Secretaria de Saúde. Coordenadoria de Promoção e Proteção à Saúde / Núcleo de Vigilância Epidemiológica / SESA/CE. Boletim Epidemiológico Dengue, Chikungunya e Zika, 24 de março de 2017. Disponível em <http://www.saude.ce.gov.br/index.php/boletins>.
4. Mardekian SK, Roberts AL. Diagnostic Options and Challenges for Dengue and Chikungunya Viruses. Biomed Res Int. 2015;2015.



5. Nimmannitya S, Halstead SB, Cohen SN, Margiotta MR. Dengue and chikungunya virus infection in man in Thailand, 1962-1964. I. Observations on hospitalized patients with hemorrhagic fever. *Am J Trop Med Hyg.* 1969;18(6):954-971.
6. Halstead SB, Nimmannitya S, Margiotta MR. Dengue d chikungunya virus infection in man in Thailand, 1962-1964. II. Observations on disease in outpatients. *Am J Trop Med Hyg.* 1969;18(6):972-983.
7. Staples JE, Breiman RF, Powers AM. Chikungunya fever: an epidemiological review of a re-emerging infectious disease. *Clin Infect Dis.* 2009;49(6):942-948.
8. Simon F, Parola P, Grandadam M, et al. Chikungunya infection: an emerging rheumatism among travelers returned from Indian Ocean islands. Report of 47 cases. *Medicine (Baltimore).* 2007;86(3):123-137.
9. Bandyopadhyay D, Ghosh SK. Mucocutaneous features of Chikungunya fever: A study from an outbreak in West Bengal, India. *Int J Dermatol.* 2008;47(11):1148-1152.
10. Sebastian MR, Lodha R, Kabra SK. Chikungunya infection in children. *Indian J Pediatr.* 2009;76(2):185-189.
11. Seetharam KA, Sridevi K, Vidyasagar P. Cutaneous manifestations of chikungunya fever. *Indian Pediatr.* 2012;49(1):51-53.
12. Ritz N, Hufnagel M, Gérardin P. Chikungunya in Children. *Pediatr Infect Dis J.* 2015;34(7):789-791.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Cartilha para tratamento de emergência das queimaduras / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2012. 20 p. : il. – (Série F. Comunicação e Educação em Saúde). Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha\\_tratamento\\_emergencia\\_queimaduras.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_tratamento_emergencia_queimaduras.pdf).
14. WHO. WHO Global Malaria Programme: Position Statement on Insecticide-Treated Mosquito Nets (ITNs). Disponível em <http://www.ivcc.com/sites/ivcc.mrmdev.co.uk/files/content/itnspospaperfinal.pdf>.
15. Ramful D, Carbonnier M, Pasquet M, et al. Mother-to-child transmission of Chikungunya virus infection. *Pediatr Infect Dis J.* 2007;26:811–815.
16. Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento Científico de Dermatologia da Sociedade Brasileira de Pediatria. Uso do repelente de insetos em crianças. Disponível em <http://www.sbp.com.br/src/uploads/2012/12/Repelentes-2015.pdf>.