

Uma incomum manifestação da dengue

An unusual manifestation of dengue fever

Regina Célia de Souza Campos Fernandes¹, Caroline Ramos Tucci² e Priscila Barbosa Brunelli³

¹ Pediatra do Hospital Escola Álvaro Alvim, Doutora em Doenças Infecciosas e Parasitárias, Professora da Disciplina de Pediatria da Faculdade de Medicina de Campos

² Residente de Pediatria do Hospital Escola Álvaro Alvim

³ Aluna do 6º ano da Faculdade de Medicina de Campos.

Resumo

Introdução: A infecção pelo vírus da dengue causa uma doença febril de amplo espectro clínico. A mialgia é uma queixa importante. Entretanto, em algumas ocasiões ela pode ser localizada, interferir com a movimentação e se acompanhar de achados laboratoriais compatíveis com miosite.

Objetivo: Descrever os achados clínicos e laboratoriais de miosite relacionada à dengue em paciente pediátrico.

Método: Revisão de prontuário.

Relato de caso: Menor de cinco anos de idade foi examinado no 5º dia de febre elevada, cefaléia e prostração por causa de dificuldade para caminhar e dor localizada em ambas as panturrilhas. Exames laboratoriais demonstraram leucopenia, elevação de transaminase e da creatinofosfoquinase. Evoluiu com recuperação completa em uma semana. IgM para a dengue foi positiva.

Conclusão: Em áreas endêmicas, a dengue deve ser considerada no diagnóstico diferencial da miosite aguda benigna da infância.

Descritores: dengue; miosite; miosite viral

Abstract

Introduction: Infection by dengue virus causes a febrile syndrome with great variety of manifestations. Myalgia is a common complaint. However, occasionally it is localized, affects motion and is associated with laboratory findings of myositis.

Objective: To describe clinical and laboratory features of myositis in a pediatric patient with dengue fever.

Method: Revision of clinical records.

Case report: A 5-year-old boy was examined at fifth day of presentation of high fever, headache, and lethargy with difficulty walking due to gastrocnemius-soleus tenderness. Laboratory studies demonstrated leukopenia and elevation of transaminase and creatine phosphokinase. Complete recovery occurred within one week. IgM for dengue was positive.

Conclusion: In endemic regions, dengue fever must be considered in differential diagnosis of benign acute childhood myositis.

Keywords: dengue; myositis; viral myositis

INTRODUÇÃO

A dengue é uma das mais importantes doenças infecciosas reemergentes pela sua morbidade e letalidade ^{1,2}. O seu espectro clínico varia desde a doença suave, inaparente, até uma doença grave, ocasionalmente fatal e com complicações hemorrágicas ^{1,2}.

Uma das manifestações pouco freqüentes da dengue é o envolvimento do sistema nervoso central que inclui desde irritabilidade e depressão até encefalite com convulsão e morte¹. Persistem dúvidas sobre se elas seriam expressão da agressão direta do sistema nervoso pelo vírus ou se representariam uma consequência do extravasamento plasmático¹.

Misra e colaboradores³ estudaram 17 pacientes de 5 a 56 anos de idade; 11 com encefalopatia pela dengue e 6 com fraqueza muscular. Neste grupo a creatinofosfoquinase foi elevada em 5, sendo a eletromiografia e a biopsia muscular alteradas em 1 cada. Todos os 6 pacientes se recuperaram completamente, ao contrário dos portadores de encefalopatia. Os autores sugeriram que a fraqueza muscular isolada pode representar uma forma leve ou inicial da doença neurológica pelo vírus da dengue, cujo extremo mais sério seria a encefalopatia.

Na população pediátrica tem aumentado o relato do quadro de miosite aguda benigna, descrito pela primeira vez por Lundberg ⁴ e caracterizado pela dor de início súbito na panturrilha e dificuldade para caminhar, freqüentemente após pródrômo de infecção viral de vias aéreas superiores. Vários agentes virais têm sido implicados, como os vírus Influenza A e B, Coxsackie e Parainfluenza. A recuperação é rápida e completa em uma semana.

Rajajee e colaboradores⁵ avaliaram no período de outubro de 2001 a fevereiro de 2002 em Chennai, na Índia, 40 menores com o diagnóstico de miosite aguda benigna. A infecção pelo vírus da dengue foi confirmada em 50% dos casos. Outros autores também têm descrito esta associação ^{6,7,8}.

No presente caso de miosite viral em pré-escolar, considerando o contexto epidemiológico e a presença de manifestações sugestivas, buscamos confirmar a etiologia pelo vírus da dengue.

RELATO DE CASO

C.N.O.C., sexo masculino, cor branca, cinco anos de idade, procurou Ambulatório de Infectologia Pediátrica com queixa de febre elevada (atingindo até 39,9°C), cefaléia e queda do estado geral nos últimos 5 dias. Na manhã do dia do atendimento, o menor apresentou ao despertar dor severa em ambas as panturrilhas com dificuldade para se manter de pé e alteração da marcha. Peso: 17,4 Kg Altura: 1,09 m. Em regular estado geral, lúcido, febril (39°C), hidratado, corado. Presença de hiperemia de mucosas. Ausculta cardiopulmonar normal. Abdome indolor, sem visceromegalias. Funções de eliminação normais. Dor à compressão de ambas as panturrilhas, que não apresentavam aumento de volume ou presença de sinais flogísticos. Demais grupos musculares não afetados. Sem limitação da mobilidade das articulações dos joelhos e tornozelos. Força muscular e reflexos patelares e aquileus normais. Presença de claudicação. Exames laboratoriais realizados no mesmo dia demonstraram: Hemoglobina (Hb): 11,9g/dL; Hematócrito (Ht): 36,6%; Leucócitos totais: 3580 com 1% de eosinófilos, 0% de bastões, 59% de segmentados, 20% de linfócitos, 15% de monócitos e 3,6% de basófilos; Plaquetas: 145.000; Velocidade de hemossedimentação (VHS):12mm; Transaminase oxaloacética (TGO) : 69U/L (normal até 59U/L); Transaminase pirúvica (TGP): 7U/L (normal até 72U/L); Creatinofosfoquinase (CPK) = 328U/L (normal até 170 U/L). No 12º dia da doença novos exames mostraram: Hb : 11,9g/dL; Ht: 35,6%; Leucócitos totais: 8320, 4% de eosinófilos, 0% de bastões, 46% de segmentados, 43% de linfócitos, 5% de monócitos e 1% de basófilos; Plaquetas = 401.000; VHS: 10mm; TGO: 40U/L e TGP: 29 U/L; CPK: 73U/L; Anticorpos anti dengue (IgM), Método Captura ELISA: reagente. Menor apresentou ainda febre no 6º dia de doença. Houve regressão completa das manifestações musculares e da dificuldade para caminhar. O tratamento incluiu o uso de dipirona e a oferta abundante de líquidos.

DISCUSSÃO

A miosite aguda benigna da infância se

caracteriza por intensa mialgia comprometendo bilateralmente as panturrilhas e às vezes as coxas. Em geral o início da dor é percebido após período de repouso no leito, comumente ao acordar. A criança pode mostrar uma marcha bizarra, claudicação e até impossibilidade de deambular. Ela surge quando os sintomas virais estão desaparecendo. O prognóstico é favorável, com recuperação total após um período de 1 a 5 dias ou até 4 semanas. Os exames complementares revelam hemograma normal ou leucopenia, hemoglobinúria, aumento da CPK (em dois terços dos casos) e alterações eletromiográficas⁹. A biópsia muscular demonstra mais quadro de necrose muscular do que de miosite e que pode ser localizada ou generalizada. As duas explicações propostas para tal acometimento são a invasão direta por partículas virais ou o dano muscular por mediação imunológica desencadeada pelo vírus. Nos casos em que a dor e o edema não melhoram prontamente ou acontece piora do quadro deve ser feito estudo do sedimento urinário e da função renal. Insuficiência renal aguda, distúrbios eletrolíticos e síndrome compartimental podem se desenvolver na presença de rabdomiólise (necrose muscular generalizada)¹⁰.

O nosso paciente era do sexo masculino e tinha cinco anos de idade. A ocorrência da doença tem sido relatada principalmente neste sexo, o que aliado à recorrência dos episódios e ao acometimento de irmãos, tem suscitado a hipótese de um defeito metabólico muscular provocado por um agressor viral em indivíduos geneticamente suscetíveis¹¹. As crianças são mais afetadas, talvez pela imaturidade muscular¹⁰. Ele apresentou quadro de mialgia localizada em ambas as panturrilhas sem aumento de volume ou sinais flogísticos, no quinto dia de uma doença caracterizada por febre elevada e cefaléia. Também evidenciou dificuldade para caminhar. Esta alteração, muitas vezes levanta a suspeita de síndrome de Guillain-Barré, mas que é prontamente descartada pela preservação de força muscular e dos reflexos profundos. Outros diagnósticos diferenciais também incluem cerebelite pós-infecciosa, meningite, etc.^{5,10,11,12}. Todos são afastados pela constatação de elevação da creatinofosfoquinase, além dos achados do exame

físico.

Nosso paciente apresentou, além do hemograma com leucopenia sugerindo a etiologia viral, leve aumento da TGO. Uma patologia muscular infecciosa ou inflamatória também foi afastada pela ausência de alterações à ectoscopia e à mobilização das articulações dos joelhos e tornozelos.

Como vivemos no Estado do Rio de Janeiro uma epidemia de dengue, este diagnóstico foi suspeitado diante do quadro clínico de febre elevada há cinco dias, cefaléia, astenia e mialgia. Seria dengue clássica pela ausência de hemoconcentração, de queda importante no número de plaquetas (<100.000) e de manifestações hemorrágicas. A infecção pelo vírus Influenza também foi suspeitada diante do quadro febril, da astenia, da mialgia e da provável miosite aguda benigna, além da leucopenia e da elevação da CPK. Não havia relato, no entanto, de manifestações relacionadas às vias aéreas superiores (tosse, coriza e espirros).

A abordagem terapêutica incluiu o uso da dipirona para controle da febre e a recomendação para oferta hídrica abundante. Houve regressão pronta das manifestações musculares, persistindo a febre por mais 24 horas. Tal fato nos levou a dispensar a avaliação da função renal e do sedimento urinário.

O diagnóstico de dengue foi confirmado por sorologia na segunda semana da doença. Na literatura existem alguns relatos sobre miosite associada à dengue.

Kalita e colaboradores⁷ acompanharam 7 casos de quadriplegia aguda devido à miosite pelo vírus da dengue e sugeriram que em áreas endêmicas, a dengue deva ser considerada no diagnóstico diferencial da paralisia flácida aguda. Zinsterer e Kongchan⁸ relataram em um paciente de trinta e oito anos, a associação de dengue com miosite severa e persistente (2 meses) e que somente respondeu ao uso de corticóides. Quarenta casos de miosite benigna aguda na infância foram estudados por Rajajee e colaboradores na Índia, sendo que metade deles no contexto de infecção pelo vírus da dengue.

Apesar do quadro clínico típico, o diagnóstico de miosite aguda benigna não é feito pelo pediatra geral na maior parte dos casos, mas sim pelo neurologista para o qual

os pacientes são encaminhados principalmente por alteração da marcha. Concluindo, devemos também considerar esta entidade clínica na nossa prática e em áreas endêmicas buscar a confirmação do vírus da dengue como seu agente etiológico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Guzmán MG; Kouri G. Dengue: an update. *Lancet Infectious Diseases* 2001; 2: 33-42.
2. Ministério da Saúde. Dengue: diagnóstico e manejo clínico – Adulto e Criança. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde. Diretoria Técnica de Gestão, Ministério da Saúde; 2007.
3. Misra UK, Kalita J, Syam UK, Dhole TN. Neurological manifestations of dengue virus infection. *J Neurol Sci* 2006; 244:117-122.
4. Lundberg A. Myalgia cruris epidemica. *Acta Paediatr* 1957; 46 : 18-31.
5. Rajajee S, Ezhilarasi S, Rajarajan K. Benign acute childhood myositis. *Indian J. Pediatr* 2005; 72 (5): 399-400.
6. Beauvais P, Quinet B, Richardet JM. Dengue. Apropos of 2 cases. *Arch Fr Pediatr* 1993; 50(10):905-907.
7. Kalita J, Misra UK, Mahadevan A, Shankar SK. Acute pure motor quadriplegia: is it dengue myositis? *Electromyogr Clin Neurophysiol* 2005; 45(6): 357-361.
8. Finsterer J, Konghan K. Severe, persisting, steroid-responsive Dengue myositis. *J Clin Virol* 2006; 35(4): 426-428.
9. De Oliveira SNF. *Reumatologia para pediatras*. 1ª ed. Rio de Janeiro: Editora Revinter; 2003.
10. Agyeman P, Duppenhaler A, Heininger U, Aebi C. Influenza – associated myositis in children. *Infection* 2004; 32(4): 199-203.
11. Mackay MT, Kornverg AJ, Shield LK, Dennett X. Benign acute childhood myositis. *Neurology* 1999; 53: 2127-2131.
12. Zafeiriou DI, Katzos G, Gombakis N, Kontopoulos EE, Tsantali C. Clinical features, laboratory findings and differential diagnosis of benign acute childhood myositis. *Acta Paediatr* 2000; 89: 1493-1494.