


Dengue grave: Um caso clínico do manejo e de suas complicações

 <https://doi.org/10.56238/sevened2024.011-011>

Luiz Gustavo Coquemala

Médico preceptor do curso de Medicina da UNIFEBE, Brasil
E-mail: guscs@icloud.com
ORCID: <https://orcid.org/0009-0003-2498-8498>

Ana Luisa Silva de Oliveira

Estudante de Medicina UNIFEBE, Brasil
E-mail: analuisa.oliveira@unifebe.edu.br
ORCID: <https://orcid.org/0009-0006-0850-6729>

Cecília Antonio Dallagnol

Estudante de Medicina UNIFEBE, Brasil
E-mail: cecilia.dallagnol@unifebe.edu.br
ORCID: <http://orcid.org/0009-0002-1415-7247>

Eduarda Soares Cerutti

Estudante de Medicina UNIFEBE, Brasil
E-mail: eduarda.cerutti@unifebe.edu.br
ORCID: <https://orcid.org/0009-0007-4204-4270>

João Pedro dos Santos Cury Schmid

Estudante de Medicina UFSC, Brasil
E-mail: joaopedrocury.cury19@gmail.com
ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-1301-0682>

Marcela Soares Cerutti

Estudante de Medicina UNIFEBE, Brasil
E-mail: marcela.cerutti@unifebe.edu.br
ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-5256-5529>

Martina França

Estudante de Medicina UNIFEBE, Brasil
E-mail: martina.franca@unifebe.edu.br
ORCID: <https://orcid.org/0009-0006-2325-8946>

Manuela Rickmann Mafra

Estudante de Medicina UNIFEBE, Brasil
E-mail: manuela.mafra@unifebe.edu.br
ORCID: <https://orcid.org/0009-0002-7442-671X>

RESUMO

A dengue é uma doença endêmica no Brasil, com aumento sazonal durante períodos quentes e chuvosos. Em 2023, o país registrou 1.510.379 casos, com maior incidência em Minas Gerais, São Paulo e Paraná. A classificação da OMS divide-se em sem sinais de alarme, com sinais de alarme e dengue grave, com taxas de mortalidade variando de 2% a 20%. Foi descrito um relato de caso retrospectivo e observacional, juntamente com uma revisão de literatura. As fontes teóricas incluíram PubMed, Scielo e DATASUS em maio e junho de 2024, com os descritores: Epidemiologia, Dengue, Dengue grave, Síndrome de Choque da Dengue e Hematologia. No relato foi descrito o caso de uma mulher de 53 anos com hipotensão, febre, náuseas, vômitos e dor abdominal intensa, sem histórico recente de dengue. A paciente apresentou múltiplos sintomas associados à dengue grave, incluindo trombocitopenia, elevação de enzimas hepáticas, derrame pleural, derrame pericárdico e colecistite alitiásica. O caso destaca a importância da vigilância clínica e do uso de métodos de imagem para detectar e monitorar complicações, possibilitando uma intervenção oportuna.

Palavras-chave: Dengue, Dengue Grave, Síndrome do Choque da Dengue.



1 INTRODUÇÃO

No Brasil, a dengue é uma doença endêmica que ocorre durante todo o ano, com um padrão sazonal que coincide com os períodos quentes e chuvosos. Durante esses períodos, há um aumento significativo no número de casos e um maior risco de epidemias (BRASIL, 2024). A infecção pelo vírus da dengue (DENV) é transmitida pela picada da fêmea do mosquito *Aedes aegypti* e pode se manifestar desde formas assintomáticas até casos graves (BRASIL, 2024). No ano de 2023, de acordo com o Ministério da Saúde (DATASUS, 2024), foram registrados 1.510.379 casos de dengue, com maior incidência nos estados de Minas Gerais, São Paulo e Paraná. Já nos primeiros cinco meses do ano de 2024 foram registrados 5.272.970 novos casos, sendo estes com 148.090 hospitalizações por complicações da doença com faixa etária de 20 a 59 anos (BRASIL, 2024).

A dengue se caracteriza por ser uma doença febril aguda, de natureza sistêmica e evolutiva, que pode manifestar-se em uma ampla gama de sintomas clínicos. Uma parcela dos pacientes pode desenvolver formas graves da doença, culminando, em alguns casos, em óbito (BRASIL, 2024). Em 2009 a OMS criou uma classificação para o manejo adequado do paciente, cujo é distinguido a dengue em sem sinais de alarme, com sinais de alarme e dengue grave (BRASIL, 2024). Os sinais de alarme incluem, a presença de dor abdominal intensa e contínua, vômitos persistentes, acúmulo de líquidos (ascite, derrame pleural, derrame pericárdico), hipotensão postural ou lipotímia, hepatomegalia > 2 cm abaixo do rebordo costal, sangramento de mucosa, letargia e/ou irritabilidade. A classificação da dengue é baseada na anamnese, história clínica e exame físico do indivíduo. Nesse sentido, é importante frisar que todos os dados avaliados devem ser investigados ativamente durante a consulta, e com isso a classificação muda a cada reavaliação. Desse modo, de acordo com o sintoma do paciente, é realizada a divisão em grupos, sendo que dengue do grupo A, não apresenta sangramento espontâneo ou induzido, a prova do laço é negativa, sem sinais de alarme, sem condição de saúde especial, sem risco social e sem comorbidades. Já no grupo B pode ter sangramento de pele espontâneo ou induzido pela prova do laço positiva, ou ainda se possui condição clínica especial, risco social e/ou comorbidades, e presença de sinais de alarme. A dengue do grupo C possui a presença de pelo menos um sinal de alarme, com manifestação hemorrágica presente ou ausente. A dengue do grupo D, estágio mais avançado, que coloca a vida eminentemente em risco, é representada por sinais de choque, desconforto respiratório, hemorragia grave e/ou disfunção grave de órgãos, sendo a manifestação hemorrágica presente ou ausente. Já a dengue grave se caracteriza pela progressão da doença, ou seja, é quando o paciente apresenta uma piora do estado clínico geral. Nesse sentido, os principais sintomas da dengue grave são dores abdominais intensas, vômito, fadiga, sangue nas fezes, letargia, entre outros (BRASIL, 2024).

No que tange aos parâmetros laboratoriais, observa-se que as alterações hematológicas, como a contagem de hemácias, leucócitos e plaquetas, são instrumentos essenciais para o diagnóstico e



acompanhamento da dengue. A contagem de eritrócitos tende a permanecer dentro dos valores de referência em casos de febre da dengue, porém pode aumentar caso haja evolução para febre hemorrágica da dengue. De acordo com a OMS, um aumento no hematócrito de mais de 20% é considerado critério para classificação de dengue grave (KHALID et al., 2023). Em relação à contagem de leucócitos, pode-se observar leucopenia já nos estágios iniciais da doença (primeiros dois dias), sendo este um indicador para diagnóstico, contanto que esteja aliado à fundamentação clínica (KHALID et al., 2023). Quanto à contagem plaquetária, é comum a ocorrência de trombocitopenia em pacientes acometidos com o vírus, sendo que esse parâmetro pode atingir valores mínimos no intervalo entre o terceiro e o sexto dia da infecção. Quadros hemorrágicos da dengue estão mais associados à menor contagem de plaquetas (KHALID et al., 2023).

Atualmente, as razões e mecanismos que levam à gravidade e patogenicidade da dengue não são totalmente compreendidos (Khan et al., 2023). As manifestações clínicas da dengue incluem febre da dengue (FD), febre hemorrágica da dengue (FHD) ou síndrome do choque da dengue (SCD). A infecção primária pode ser assintomática ou resultar em febre leve, porém, pode evoluir para levar a coagulopatia, aumento da fragilidade vascular e aumento da permeabilidade, caracterizando a FHD. Posteriormente, pode progredir para choque hipovolêmico, sendo caracterizado por SCD. Ambas as condições, FHD e SCD, podem ser fatais e potencialmente letais. A maioria dos casos de FD é autolimitada, com baixa mortalidade (<1%) quando diagnosticada precocemente e tratada adequadamente. Já os pacientes que evoluem para formas graves da doença podem ter uma taxa de mortalidade em torno de 2% a 5% com tratamento e quando não tratada, a taxa de mortalidade pode chegar a 20% (KHAN et al., 2023).

2 METODOLOGIA

Foi realizado um relato de caso retrospectivo, observacional e uma revisão de literatura. Utilizou-se como suporte teórico os bancos de dados eletrônicos do PubMed e Scielo no mês de maio de 2024 que contemplaram os idiomas português e inglês. Além disso, utilizou-se o banco de dados do DATASUS (tabnet) sendo a busca realizada em junho de 2024. Os descritores usados foram: Epidemiologia, Dengue, Dengue grave, Síndrome de Choque da Dengue e Hematologia.

3 O RELATO

Paciente, B.M.A, 53 anos, feminina, deu entrada ao pronto atendimento do hospital com hipotensão persistente, associado a febre, náuseas, vômitos e dor abdominal de forte intensidade há 3 dias. Não tinha realizado sorologia de dengue. Negava queixas respiratórias e urinárias. Quanto à história mórbida pregressa fazia tratamento para epilepsia, possuía uma cirurgia prévia de correção de Acalasia e teve uma internação hospitalar por Dengue Grave em 2021. Fazia uso de Depakene 500mg



12/12 horas, Lamotrigina 100mg 12/12 horas. Nas primeira horas foi atendida no pronto atendimento onde foi realizada expansão volêmica vigorosa com Soro Fisiológico 0,9% com melhora momentânea da hipotensão. Foi solicitado exame sorológico para dengue e feito a notificação. Nos exames laboratoriais, o hemograma apresentava trombocitopenia 99.000/uL (Valor de referência (VR): 140.000 a 500.000 /uL) e uma leucopenia 1.400 /uL (VR: 3600 A 11000 /uL). Apresentou elevação dos marcadores hepáticos, transaminase oxalacética (TGO) de 155,0 U/L (VR: até 42 U/L) e Transaminase pirúvica (TGP) de 177 U/L (VR: até 49 U/L), demais exames dentro da normalidade. No exame físico glasgow de 15, palpação indolor e inocente do ponto de vista cirúrgico. Sem sinais de peritonite. Ruídos hidroaéreos normativos. Blumberg, Murphy e Giordano negativos. Porém após o térmico na expansão volêmica passou a retornar com a hipotensão persistente, solicitou-se parecer do setor de Clínica Médica que sugeriu solicitar vaga de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e realizar uma tomografia de abdome total. Foi admitida na UTI no mesmo dia sendo classificada como Dengue do Grupo C evoluindo para grupo D, com Pressão Arterial (PA) de 89x45 mmHg, Pressão arterial média (PAM) 60 mmHg após 4 litros de ressuscitação volêmica. Na UTI realizou um ecocardiograma que identificou discreto derrame pericárdico. A tomografia não indicou alterações ou presença de sangramentos. Foi mantido a hidratação, iniciado droga vasoativa (DVA) e solicitado novos exames laboratoriais. No segundo dia de internação na UTI a paciente ainda queixava-se de dor abdominal. Realizou-se Ultrassom Point-of-care (POCUS) que mostrou um leve derrame pericárdico, sem alterações ao exame anterior, ausência de ascite, discreto derrame pleural à direita e o escore VexUs identificou congestão venosa moderada. Iniciou com Noradrenalina 5 mL/h (0,06 mcg/kg/min) apresentando uma Pressão Média Arterial (PAM) entre 55 e 72 mmHg, sem analgesedação. Manteve-se ventilando espontaneamente em ar ambiente. Passou a apresentar edema em membros inferiores e superiores ++/4+, com um balanço hídrico positivo de 3.710,48 ml em 24 horas. Abdômen passou a ficar globoso, flácido e doloroso à palpação profunda em flanco direito, sem sinais de irritação peritoneal e sem defesa. Teve queda das plaquetas para 67.000/uL e dos leucócitos para 940/uL. Foram solicitados novos exames laboratoriais de controle, culturas, teste rápidos e sorologia para dengue. No terceiro dia de UTI apresentou quadros de vômitos após alimentação e teve melhora do edema permanecendo +/4+ nos membros inferiores. Abdome manteve-se, doloroso à palpação profunda no flanco direito. Foi solicitado uma nova tomografia de abdome para investigação da dor abdominal persistente. Teve uma leve recuperação da trombocitopenia, passando para 119.000/uL e da leucopenia passando para 4.310/uL. Foi iniciado desmame da noradrenalina.

No quarto dia positivou a sorologia para dengue, confirmando a hipótese inicial. Testes rápidos negativos. A nova tomografia revelou uma fina lâmina líquida e tênue densificação dos planos adiposos adjacentes à vesícula biliar e uma pequena quantidade de líquido livre na cavidade pélvica e derrame pleural bilateral. Foi realizada ultrassonografia à beira leito que correlacionou os resultados com a



tomografia de abdome total sugerindo uma Colecistite Alitiásica decorrente do quadro de dengue. Diante dessas alterações foi classificado como Síndrome do Choque da Dengue. Continuou apresentando melhora dos exames laboratoriais, TGO 56 e TGP 86, plaquetas 119.000 /uL e bilirrubinas totais e frações sem alterações. No quinto dia tolerou bem o desmame da noradrenalina. Manteve o edema em membros inferiores de +/4+. Apresentou anemia leve, 10,8 g/dL (VR: 11.6 A 15.6 g/dL). As plaquetas continuaram em recuperação 139.000/uL. No sexto dia, apresentou melhora total do edema, completa recuperação da plaquetopenia, em 181.000 /uL e melhora da anemia com 11,2 g/dL de hemoglobina. No sétimo e oitavo dia a paciente manteve-se em bom estado geral e deambulando. No novo dia, recebeu alta da UTI e internação para leito de clínica médica. No décimo dia, paciente hemodinamicamente estável nas 48hrs em enfermaria, plaquetas de 374.000/uL. Recebeu alta hospitalar.

4 DISCUSSÃO

De acordo com Htun, Xiong e Pang (2021), os sinais e sintomas associados ao maior risco de dengue grave foram comorbidade, alteração do nível de consciência, vômitos persistentes, dor ou sensibilidade abdominal, derrame pleural, ascite, epistaxe, sangramento gengival, sangramento gastrointestinal, sangramento cutâneo, hepatomegalia, aumento do hematócrito, trombocitopenia, TGO E TGP elevados, dispneia, espessamento da parede da vesícula biliar e infecção secundária. Dessa forma, em correlação com esses achados, no relato de caso acima descrito, a paciente apresentou desde o momento da chegada ao pronto atendimento até a alta hospitalar alguns dos sinais e sintomas associados ao maior risco de dengue grave. Sendo descrito dor abdominal, náusea e vômitos na chegada ao pronto atendimento. Durante a internação, os primeiros exames laboratoriais já apresentaram trombocitopenia que variaram 67.000/uL até 374.000/uL no momento da alta. A trombocitopenia, que inclui uma redução no número de plaquetas e o comprometimento e sua função, é provocada por uma lesão imunológica devido à supressão da medula óssea e pela infecção das plaquetas pelo vírus da dengue. Além disso teve alteração TGO, de 155,0 U/L e TGP 177 U/L, que depois tiveram melhora. Nos exames de imagem evidenciaram derrame pleural bilateral e espessamento da parede da vesícula biliar, sendo sugerido uma colecistite alitiásica, pois esses dados são indicadores que a dengue pode evoluir para formas graves, em destaque o derrame pleural e ascite que evidenciam uma evolução para Síndrome do choque associada ao dengue, como foi o caso da paciente do relato que além de apresentar a Síndrome como progressão da doença, também obteve o quadro de hipotensão persistente (Kaagaard et al., 2023).

Em relação ao edema que a paciente do relato apresentou, está associado ao aumento da permeabilidade vascular, que é uma característica fundamental da forma grave da dengue. Nesse sentido, assim como Bechara (2006) explica em seu estudo, este evento resulta em extravasamento de



plasma para o espaço intersticial e cavidades corporais, o que resulta em acúmulo de fluídos. Já a intensa dor abdominal da paciente também está associada ao extravasamento de plasma. Devido a contínua dor e progressão da doença durante o relato, é possível entender que o edema na parede da vesícula biliar, resultou em Colecistite Alitiásica.

Em relação às complicações da dengue, o estudo de Dewan et al. (2021) evidencia que a ascite, derrame pleural, derrame pericárdico e espessamento da parede da vesícula biliar são os achados ultrassonográficos mais comuns nos casos de dengue hospitalizados. Foi descrito que 58% dos pacientes apresentaram derrame pleural. Em relação aos achados abdominais, 55% dos estudos relataram espessamento da parede da vesícula biliar, e 60% dos estudos identificaram ascite, sendo que a maioria não especificaram a origem da ascite. O derrame pericárdico foi o achado cardíaco mais frequentemente relatado.

Somado a esse contexto, o estudo de Kaagaard, et al (2023), corrobora com esses achados demonstrando que a frequência geral de derrame pleural foi de 33% em pacientes hospitalizados, e que isso aumentou significativamente a gravidade da doença, em comparação à dengue complicada versus não complicada. Explana ainda que o reconhecimento precoce do derrame pleural é útil para a estratificação do risco e pode facilitar o rápido início do tratamento.

Assim, fazendo uma correlação do estudo de Dewan et al. (2021) e de Kaagaard, et al (2023), a paciente do presente relato de caso no segundo dia de internação apresentou um leve derrame pericárdico, discreto derrame pleural à direita e ausência de ascite, conforme identificado pela ultrassonografia Point-of-care (POCUS). Já no quarto dia de internação, as complicações se intensificaram e a tomografia revelou derrame pleural bilateral, densificação dos planos adiposos adjacentes à vesícula biliar, sugestivo de colelitíase aguda e uma pequena quantidade de líquido livre na cavidade pélvica, sem identificar a origem. Além disso, a ultrassonografia à beira leito realizada na UTI confirmou os resultados da tomografia, sugerindo um quadro de colecistite alitiásica decorrente das complicações da dengue.

Dessa forma, comparando os achados descritos e a paciente do presente caso, percebe-se que essa apresentou as principais complicações descritas, evidenciando a importância dos métodos de imagem na detecção e prevenção das complicações associadas à dengue grave em pacientes hospitalizados.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do relato apresentado, fica evidente a complexidade da dengue, que pode resultar em complicações graves, requerendo um manejo intensivo. O caso destaca a importância crucial do diagnóstico precoce e tratamento adequado, bem como ressalta a necessidade de medidas preventivas para evitar casos de dengue grave como este.



REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. Dengue - Brasil. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinannet/cnv/denguebbr.def>. Acesso em: 03 junho 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Doenças Transmissíveis, 2024. Dengue: diagnóstico e manejo clínico: adulto e criança. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/dengue_diagnostico_manejo_clinico_6ed.pdf/ Acesso em: 31 maio 2024.

BECHARA, G. H. SZABÓ, M. P. J. Processo Inflamatório. 1. Alterações Vasculares e Mediação Química. 2006. Disponível em: http://www.fcav.unesp.br/Home/departamentos/patologia/GERVASIOHENRIQUEBECHARA/inflam_aspectosvasculares2006.pdf. Acesso em: 01 junho 2024

DEWAN, N. et al. Ultrasound in Dengue: A Scoping Review. The American journal of tropical medicine and hygiene, v. 104, n. 3, p. 826-835, 2021. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10184094/>. Acesso em: 31 maio 2024.

HTUN, T. P.; Xiong, Z.; Pang, J. Clinical signs and symptoms associated with WHO severe dengue classification: a systematic review and meta-analysis. Emerging microbes & infections, v. 10, n. 1, p. 1116–1128, 2021. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8205005/>. Acesso em: 31 maio 2024.

KHAN, M. B., et al (2023). Dengue overview: An updated systemic review. Journal of infection and public health, 16(10), 1625–1642. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1876034123002587?via%3Dihub>. Acesso em: 31 maio 2024.

KHALID, Noor, and Muhammad. “Utilization Of The Complete Blood Count In Diagnosing Endemic Diseases In Pakistan.” JPMA. The Journal of the Pakistan Medical Association vol. 73,11 (2023): 2219-2225. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38013532/>. Acesso em: 31 maio 2024

KAAGAARD, M. D., et al (2023). Frequency of pleural effusion in dengue patients by severity, age and imaging modality: a systematic review and meta-analysis. BMC infectious diseases, 23(1), 327. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37189054/>. Acesso em: 31 maio 2024.