

O desafio do diagnóstico da dengue em crianças

The challenge of diagnosing dengue in children

Susie Andries Nogueira *

A dengue é a arbovirose mais freqüente em todo o mundo. É uma das causas mais comuns de hospitalização e morte em crianças nas áreas endêmicas, e estima-se que ocorram 50 a 100 milhões de casos anuais de dengue, e 250.000 a 500.000 casos de febre hemorrágica do dengue (FHD) no mundo inteiro. Durante 2002, mais de 30 países latino-americanos relataram 1 milhão de casos de dengue. A FHD ocorreu em 20 países, com mais de 17.000 casos notificados, incluindo 225 mortes. Nas Américas, a FHD é observada em adultos e crianças. A infecção secundária por um outro sorotipo diferente do vírus dengue foi confirmada como um importante fator de risco para essa forma grave da doença¹.

Estudo recente do Ministério da Saúde (MS)², analisando os dados de dengue e FHD de 1980 a 2002, refere que, atualmente, três sorotipos (1, 2 e 3) co-circulam em 22 dos 27 estados brasileiros e que, apesar dos adultos serem os mais afetados, está havendo um aumento da ocorrência de FHD em crianças no Norte do Brasil, o que sugere que está ocorrendo uma mudança das formas mais graves para faixas etárias mais jovens. No presente número do *Jornal de Pediatria*, o excelente trabalho de Rodrigues et al.³ discute a baixa sensibilidade e especificidade do critério de caso suspeito de dengue do MS⁴. É clássico que formas assintomáticas ou oligossintomáticas de dengue ocorram mais em crianças^{5,6}. Esse estudo, realizado numa unidade de atendimento público ambulatorial em Belo Horizonte e envolvendo crianças com quadro febril inespecífico, demonstra claramente que crianças com diagnóstico sorológico confirmado de infecção pelo vírus da dengue poderiam não ser diagnosticadas caso fossem considerados somente os critérios do MS. Apenas a presença de exantema mostrou ter associação significativa com o diagnóstico laboratorial de dengue, mas, como a presença de exantema está descrita em apenas 1/3 dos casos de dengue⁵, esse seguramente não é um indicador bastante sensível para o diagnóstico dessa virose. Foi interessante o fato de o estudo ser conduzido em dois

períodos de diferentes ocorrências de dengue, evidenciando que os critérios do MS têm maior sensibilidade em época de epidemia, uma demonstração que o seu valor preditivo aumenta proporcionalmente à freqüência da doença. Como não foi feito um cálculo do tamanho amostral para o presente estudo, fica a dúvida de que, se o número de pacientes estudados fosse maior, talvez houvesse associação estatística com outros sinais ou sintomas, aumentando assim a sensibilidade e o valor preditivo do critério do MS.

No entanto, achados similares já foram descritos por outros autores em diversas áreas de ocorrência de dengue, ou seja, a não-especificidade das manifestações do dengue nas crianças, principalmente nas mais jovens⁷. Nesta presente casuística, não ocorreu nenhum caso de FHD, o que sugere que seus resultados são aplicáveis em casos menos graves de dengue.

Se tivessem feito um hemograma e plaquetometria nas crianças estudadas antes da confirmação laboratorial de dengue, talvez pudessem aumentar a sensibilidade para o diagnóstico dessa infecção com esse simples exame complementar, aliados aos sinais e sintomas clínicos sugeridos pelo MS.

Por outro lado, a classificação da FHD proposta pela Organização Mundial da Saúde também é questionada por alguns autores. Um estudo recente, realizado no Vietnã⁸ com 712 crianças com infecção pelo dengue, discute a precisão da classificação da FHD na diferenciação do dengue clássico da FHD e assinala que petéquias, trombocitopenia e teste do laço positivo fracamente diferenciam essas duas entidades clínicas. Nesse estudo, 18% dos 310 pacientes com choque não apresentavam os quatro critérios da FHD. Numa epidemia recente em Mumbai⁹, Índia, em um período de 3 meses, crianças com suspeita clínica de dengue foram avaliadas prospectivamente, sendo que 39 tiveram confirmação sorológica. A mediana de idade foi de 4,9 anos, e como eram mais graves os pacientes que foram admitidos em hospital infantil, 20 tiveram o diagnóstico de FHD e 18 apresentaram choque. Febre, hepatomegalia, vômitos, sangramentos, rash eritematoso, trombocitopenia e aumento de enzimas hepáticas foram as principais alterações encontradas. Os marcadores preditores de choque foram: baixa idade, alteração no sensório, íleo paralítico e alteração no tempo de protombina.

**Veja artigo relacionado
na página 209**

* Doutora. Médica pediatra e infectologista, Secretária Municipal de Saúde de Petrópolis. Professora adjunta de Pediatria, Faculdade de Medicina de Petrópolis, Petrópolis, RJ.

A dengue continua sendo um desafio diagnóstico, principalmente em crianças. Pelo fato de não termos ainda imunização eficaz e tratamento específico antiviral, seu combate limita-se ao controle do vetor e tratamento sintomático. Finalmente, esse estudo ressalta a importância da busca do diagnóstico etiológico laboratorial de doenças febris agudas com sintomas inespecíficos em pediatria, principalmente em áreas de ocorrência de dengue, a fim de diagnosticar precocemente surtos epidêmicos e prevenir e/ou tratar precocemente (orientar as mães para os "sinais de alerta") as formas graves e as complicações com diminuição da morbi-letalidade dessa arbovirose na população infantil.

Referências

1. Guzman MG, Kouri G. Dengue and dengue hemorrhagic fever in the Americas: lessons and challenges. *J Clin Virol.* 2003;27:1-13.
2. Siqueira JB, Martelli CM, Coelho GE, Simplicio AC, Hatch DL. Dengue and dengue hemorrhagic fever, Brazil, 1981-2002. *Emerg Infect Dis.* 2005;11:48-53.
3. Rodrigues MB, Freire HB, Corrêa PR, Mendonça ML, Silva MR, França EB. É possível identificar a dengue em crianças a partir do critério de caso suspeito preconizado pelo Ministério da Saúde? *J Pediatr (Rio J).* 2005;81:209-15.
4. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde (FUNASA). Dengue: diagnóstico e manejo clínico. Brasília: Fundação Nacional de Saúde; 2002. 28p.
5. Nogueira SA. Dengue. *J Pediatr (Rio J).* 1999;75 Supl 1:S9-14.
6. Nogueira SA. Dengue. In: Farhat CK, Carvalho ES, Carvalho LH, Succi RC. *Infectologia pediátrica*, 2ª ed. Atheneu: São Paulo; 1998. p. 378-382.
7. Kalayanarooj S, Nimmanitya S. Clinical presentation of dengue hemorrhagic fever in infants compared to children. *J Med Assoc Thai.* 2003;86 Suppl 3:S673-80.
8. Phuong CX, Nhan NT, Kneen R, Thuy PT, Thien CV, Nga NT, et al. Clinical diagnosis and assessment of severity of confirmed dengue infections in Vietnamese children: is the World Health Organization classification system helpful? *Am J Trop Med Hyg.* 2004;70:172-9.
9. Shah I, Deshpande GC, Tardeja PN. Outbreak of dengue in Mumbai and predictive markers for dengue shock syndrome. *J Trop Pediatr.* 2004;50:301-5.