



## 19º Congresso Brasileiro de Infectologia Pediátrica



### Trabalhos Científicos

**Título:** Febre Chikungunya Com Manifestação Cutânea Em Criança De 4 Meses No Interior De Pernambuco

**Autores:** DANIEL VICENTE DE SIQUEIRA LIMA JÚNIOR; ANTONIO OLIVEIRA DA SILVA FILHO; ALINE DE ALMEIDA ARRUDA; ANA CLARA CARVALHO DE OLIVEIRA; MARTTINA CAROLLINE DE MOURA FERREIRA GOMES; MARIA ISABEL DOMINGOS DA CRUZ; MARIA EDUARDA BARBOSA DE SOUZA

**Resumo:** Introdução: A febre chikungunya é uma arbovirose causada pelo vírus Chikungunya, transmitido pela picada de fêmeas dos mosquitos *Ae. Aegypti* e *Ae. Albopictus*. Após início de epidemia nas américas, em 2013, o Brasil mostrou-se vulnerável, devido à alta densidade do vetor, à presença de indivíduos susceptíveis e à intensa circulação de pessoas em áreas endêmicas. Apresenta-se clinicamente pela febre de início agudo, fortes dores articulares, cefaleia, náusea, fadiga e exantema. Nas crianças, principalmente nas menores de 1 ano de idade, ocorrem os casos mais graves e atípicos, com o surgimento de lesões vesicobolhosas e comprometimento neurológico, cardíaco e renal, associados a grande viremia e maior gravidade da doença. Descrição do caso: J.L.F.N., 4 meses, sexo masculino, pardo, natural de União dos Palmares - AL e procedente de Canhotinho - PE, deu entrada em ambulatório de pediatria com a queixa principal de febre e bolhas no corpo há 2 dias. Criança previamente hígida, iniciou quadro de febre alta (42°C) com remissão após uso de Paracetamol sem outros sintomas. Após 24h apresentou outro episódio febril associado ao aparecimento de lesões vesicobolhosas em perna esquerda que em após 12h se disseminaram por todo o corpo associado a rash cutâneo difuso. Ao exame físico a criança encontrava-se em estado geral regular, hipocorada (+1/+4), desidratada (+1/+4), anictérica, acianótica e febril (39,5 °C). Peso 5.120 kg PA 90 x 50 mmHg, FC 95 bpm, FR 22 irpm, Sat O2 98%. Exames do aparelho respiratório e cardiovascular e do abdome foram sem alterações. Pele e fâneros: áreas com lesões vesicobolhosas que variavam de 6 a 12 mm em membros superiores, inferiores e tronco, associadas a secreção purulenta. O hemograma revelava Hb 10 mg/dL, Ht 31,9 %, VCM 82,21 , HCM 25,77, Leucócitos totais 14.900, Linfócitos 59%, Neutrófilos 33%, Plaquetas 532.000, PCR 92. Foram solicitadas sorologias para dengue e febre chikungunya, IgM e IgG e orientado o uso de dipirona gotas, no caso de dor ou febre, hidratação via oral e seio materno livre. Foi iniciado Cefalexina, na dose de 100 mg/kg/dia, além do uso de sabonete antisséptico. O resultado das sorologias vieram positivas para febre chikungunya, IgM 5,40 e IgG 60 UR/ml e negativas para dengue. Após a consulta, a criança ainda apresentou febre, aferida em 39 °C, por mais dois dias. Então apresentou considerável melhora clínica, sem febre, melhora do rash com regressão das lesões vesicobolhosas, com evolução para lesões descamativas laminares de coloração acastanhada após 72h da primeira consulta. Comentários: Devido ausência de relatos de casos autóctones em países desenvolvidos, a febre chikungunya até então era pouco conhecida fora dos locais onde há situação endêmica. Formas atípicas, principalmente, carecem de protocolos e estudos, o que torna o manejo clínico eficaz difícil de ser executado. No caso em questão, o tratamento foi feito com uso de sintomáticos e de antibioticoterapia, devido a infecção secundária cutânea. Foram respeitados protocolos já existentes para o manejo de Febre Chikungunya clássica.