

Resumo de Artigo em Anestesiologia

Chikungunya na visão do clínico de dor



Anita Perpétua Carvalho Rocha de Castro¹, Rafaela Araújo Lima¹,
Jedson dos Santos Nascimento¹

Artigo original: Anita Perpétua Carvalho Rocha de Castro; Rafaela Araújo Lima; Jedson dos Santos Nascimento. Publicado na Rev. Dor, vol.17, nº 4. São Paulo. Out./Dez. 2016.

INTRODUÇÃO

A chikungunya (CHIK) é uma doença febril aguda, associada à dor severa e frequente poliartralgia debilitante. Ela é causada pelo vírus da CHIK, um alfavírus pertencente à família Togaviridae, transmitido através da picada da fêmea do mosquito *Aedes aegypti* e *Aedes albopictus* infectada. Apesar de estar associada a diferentes apresentações clínicas, a CHIK tem sido relacionada à doença prolongada e representa a arbovirose com maior grau de manifestações reumatológicas.

O objetivo desta revisão é discutir a CHIK sob a ótica do clínico de dor, atentando para os seus aspectos epidemiológicos, fisiopatológicos, diagnósticos e terapêuticos, principalmente no que diz respeito ao tratamento dos sintomas algícos.

QUADRO CLÍNICO

O espectro clínico da CHIK é amplo. O seu período de incubação é de dois a seis dias, com os sintomas aparecendo quatro a sete dias após a infecção. A CHIK tende a apresentar-se em duas fases: aguda e crônica. Na fase aguda, observa-se febre alta, calafrio, cefaleia, náusea, vômito, fadiga, dor nas costas, mialgia e artralgia simétrica. A artralgia pode ser intensa, afetando as extremidades, principalmente os tornozelos, punhos e falanges. O padrão da artralgia é errático, embora haja uma tendência que esta seja mais intensa pela manhã e piore com atividade física mais agressiva. Quando a dor articular persiste além do período de recuperação, tem-se a fase crônica da doença. Nesta, a poliartralgia prolonga-se por semanas a anos.

Acredita-se que a infecção pelo vírus da CHIK possa contribuir para o desenvolvimento de uma doença inflamatória reumática ou até mesmo colaborar para o diagnóstico precoce de artrite reumatoide e artrite psoriática, em pacientes suscetíveis. Biomarcadores devem ser pesquisados, como proteína C reativa, velocidade de hemossedimentação, fator reumatoide, anticorpo antipeptídeo cíclico citrulinado (anticorpo anti-CCP) e

expressão de HLA-B27. Dentre os exames de imagem destaca-se a RNM. Nela observa-se derrame articular, erosões e edema ósseo, espessamento sinovial, tendinite e tenossinovite. Esta observação contribui para a classificação da artrite por CHIK como uma artrite crônica inflamatória erosiva.

Metade dos pacientes com diagnóstico de doença reumatológica após a infecção pela CHIK apresentam alterações radiológicas representadas por destruição osteoarticular. A média de tempo entre a CHIK aguda e o diagnóstico radiológico de dano foi de 45 meses. Alguns pacientes apresentaram espondiloartrite, sacroileite e erosões ósseas. Acredita-se que o dano articular seja decorrente da resposta do sistema imunológico, com consequente artrite autoimune.

Diferentes preditores estão envolvidos no desenvolvimento deste quadro mais arrastado da CHIK, caracterizado pela presença de dor musculoesquelética persistente. Dentre eles destacam-se idade superior a 45 anos, dor articular inicial severa, osteoartrite anterior e forte resposta IgG-específica ao vírus da CHIK no período de recuperação e na fase crônica, os quais parecem ser indicadores independentes de não recuperação.

Os sintomas crônicos diminuem em 88 a 100% dos pacientes nas primeiras seis semanas após a infecção inicial, embora o tempo de recuperação completa ainda seja incerto e alguns indivíduos infectados ainda permaneçam sintomáticos seis a oito anos após a infecção inicial.

Embora raras, complicações graves como miocárdite, meningoencefalite e hemorragia podem ocorrer. Alguns pacientes desenvolvem uveíte e retinite. Morte por CHIK é pouco frequente, mas pode acometer indivíduos idosos com comorbidades e crianças.

FISIOPATOLOGIA

A fisiopatologia da CHIK é pouco compreendida e envolve mecanismos predominantemente periféricos. A fase aguda reflete a carga viral e a iniciação da imuni-

dade inata, estando relacionada com elevado nível de citocinas pró-inflamatórias. Após 04 dias, observa-se uma rápida redução da viremia e do quadro de dor articular, com consequente melhora da qualidade de vida. Nos 5 a 14 dias subsequentes, período conhecido como de convalescência, os pacientes não apresentam mais viremia detectável. Entretanto, alguns indivíduos persistem com sintomas. Mais de 40% dos pacientes evoluem para a forma crônica da doença.

Os mecanismos fisiopatológicos da dor musculoesquelética e da artrite crônica após infecção pelo vírus da CHIK são parcialmente conhecidos. Acredita-se que estes sintomas sejam decorrentes do escape precoce do vírus da CHIK do interior dos monócitos e consequente relocação dos mesmos nos macrófagos sinoviais.

Queixas neurológicas podem estar presentes em 40% dos pacientes. Destes, 10% irão evoluir com manifestações persistentes. Neuropatia periférica com predomínio de componente sensorial é a apresentação mais comum. Neuropatia motora é rara. Acredita-se que dor e parestesia podem estar associadas à neuropatia compressiva.

Ao analisar a fisiopatologia da CHIK, observa-se que a dor apresenta origem mista, com mecanismos nociceptivos e neuropáticos.

DIAGNÓSTICO

O diagnóstico da CHIK inclui a confirmação laboratorial da infecção, baseado na sorologia, PCR em tempo real (RT-PCR) ou isolamento viral, associado à presença de quadro clínico sugestivo da doença. 30% dos indivíduos infectados são assintomáticos. Anticorpos IgM, demonstráveis por teste de ELISA, podem surgir em duas semanas, entretanto, alguns pacientes só irão produzir anticorpos suficientes para serem detectados pelo teste citado seis a doze semanas após o quadro inicial. Exames laboratoriais gerais devem ser solicitados e, em função do quadro clínico semelhante, é importante afastar a presença de artrite reumatoide. Na artrite associada à CHIK, os níveis de fator reumatoide e anticorpo anti-CCP não são elevados.

TRATAMENTO

Apesar do crescente diagnóstico de CHIK, não há recomendação baseada em “guidelines” para o seu tratamento. Não se dispõe de terapia antiviral específica nem vacina preventiva. O objetivo do tratamento é controlar a febre, reduzir o impacto do processo imunológico, tratar a dor, eliminar o edema, minimizar os efeitos das erupções e evitar o aparecimento de lesões articulares crônicas. Os pacientes são orientados

a adotarem cuidados gerais e a utilizarem fármacos como antipiréticos e analgésicos.

Dentre os sintomas descritos, a dor merece destaque, por seu impacto negativo na qualidade de vida. Analgésico simples e anti-inflamatórios não-hormonais, corticosteroides e glucosamina têm sido propostos, com resultados variados. Pacientes com parestesia devem ser abordados com fármacos específicos para o tratamento de dor neuropática, como antidepressivos tricíclicos, anticonvulsivantes gabapentínicos e opioides. A dose deve ser titulada em função do perfil do paciente e da resposta clínica apresentada. Metotrexate (MTX), na dose média de 15mg por semana, parece ser benéfico nas poliartrites reumáticas inflamatórias desenvolvidas após a chikungunya.

Os casos com artralgia prolongada e rigidez articular podem beneficiar-se de um programa progressivo de fisioterapia. O movimento e o exercício moderado tende a melhorar a rigidez matinal e a dor, porém o exercício intenso pode exacerbar os sintomas álgicos.

CONCLUSÃO

A CHIK é uma entidade complexa e ainda pouco compreendida. Acredita-se que sua fisiopatologia envolva mecanismos nociceptivos e neuropáticos. Diferentes esquemas terapêuticos estão disponíveis para o tratamento do quadro álgico a ela associado, entretanto 40% dos pacientes evoluem com dor crônica e comprometimento da qualidade de vida. Novos estudos são necessários para definir a melhor conduta a ser adotada nestes pacientes.

1. Serviço de Anestesiologia do HSI
Endereço para correspondência:
anitaperpetuacrc@yahoo.com.br