

Manifestações otorrinolaringológicas em pacientes com dengue

Otolaryngological manifestations of patients with dengue

Cristiane K. Denis¹, Karina M. Cavalcanti¹,
Roberto C. Meirelles², Brenda Martinelli³,
Daniella C. Valença³

Palavras-chave: dengue, manifestações
otorrinolaringológicas, epistaxe.
Key words: dengue, otolaryngological
manifestations, epistaxis.

Resumo / Summary

O Dengue é uma doença febril aguda, causada por um arbovírus, transmitida pelo mosquito *Aedes aegypti*. Apresenta manifestações clássicas como febre, mialgia, epistaxe, odinofagia, vertigem e zumbido. Constitui um sério problema de saúde pública, chegando a taxas de incidência de 50 a 70% da população no Estado do Rio de Janeiro. Objetivo: O objetivo do nosso estudo foi avaliar pacientes com dengue, que apresentam sintomatologia otorrinolaringológica como manifestação inicial. Forma de estudo: Coorte Longitudinal. Material e método: Foi realizado um estudo prospectivo, incluindo 30 pacientes com dengue, com sorologia comprovada, que manifestaram queixas otorrinolaringológicas. Resultados: Os sinais e sintomas foram odinofagia (60%), coriza (50%), obstrução nasal (46,6%), otalgia (36,6%), vertigem (20%), epistaxe (13,3%) zumbido (6,6%), alteração de glândula salivar (6,6%) e gengivorragia (3,3%). Conclusão: Na vigência de epidemias, a suspeita clínica do dengue é importante, principalmente pelas inúmeras manifestações na área de otorrinolaringologia.

Dengue is an acute fever disease caused by an arbovirus, and transmitted by the mosquito *Aedes aegypti*. Clinical picture usually starts with classic manifestations such as fever, myalgia, epistaxis, sore throat, vertigo and tinnitus. This disease has become a serious health public problem, reaching incidence rates of 50 to 70% in Rio de Janeiro State. Aim: Our objective was to evaluate patients with dengue, presenting otolaryngological symptoms as the first clinical manifestation. Study design: Longitudinal Cohort. Material and method: Thirty patients with serologically confirmed Dengue were included in this prospective study. Results: The most important otolaryngological signs and symptoms were sore throat (60%), hyaline rhinorrhea (50%), nasal obstruction (46.6%), earache (36.6%), vertigo (20%), epistaxis (13.3%), tinnitus (6.6%), salivary gland diseases (6.6%) and bleeding gum (3.3%). Conclusions: In an epidemic situation, dengue must be suspected by the otolaryngologist, since this disease generally is followed by many otolaryngological manifestations.

¹ Pós-graduanda do 2º ano em Otorrinolaringologia da Policlínica de Botafogo – RJ.

² Coordenador da Pós-Graduação em Otorrinolaringologia da Policlínica de Botafogo – RJ. Professor Adjunto da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

³ Pós-graduanda do 3º ano em Otorrinolaringologia da Policlínica de Botafogo – RJ.

Serviço de Otorrinolaringologia da Policlínica de Botafogo – Av. Pasteur, 72 2º andar Botafogo RJ 22290-190

Tel: (0xx21)2543-1909 – E-mail: ckas@terra.com.br

Trabalho apresentado no 36º Congresso Brasileiro de Otorrinolaringologia, realizado em Florianópolis SC, de 19 a 23 de novembro de 2002.

Artigo recebido em 24 de fevereiro de 2003. Artigo aceito em 08 de agosto de 2003.

INTRODUÇÃO

O Dengue é considerado a mais importante arbovirose que afeta o homem em termos de morbidade e mortalidade. Constitui um sério problema de saúde pública no mundo, especialmente nos países tropicais¹.

É uma doença infecciosa febril aguda, causada por arbovírus, que pertence à família *Flaviviridae* e transmitida pelo mosquito *Aedes aegypti*². Até o momento, quatro sorotipos (1, 2, 3 e 4)² são conhecidos.

O dengue vem ocasionando epidemias há séculos, e a primeira descrição foi feita por Benjamin Rush² em 1780, na Philadelphia, EUA. Em 1906, Bancroft² descobriu que a transmissão era pelo mesmo vetor da febre amarela, o mosquito *Aedes aegypti*. A partir de 1954, Hammon et al.² descreveram uma nova doença causada pelo vírus, Dengue, caracterizada por hemorragia generalizada e estado de choque, sendo considerado Dengue Hemorrágico ou Síndrome de Choque do Dengue. Em 1968, Scherer² sugeriu à Organização Mundial de Saúde a classificação do Dengue em quatro tipos. Nos anos 70, a epidemia se agravou, particularmente nos países tropicais².

Em 1981, ocorreu em Cuba a primeira epidemia de Dengue Hemorrágico descrita na América Central, causada pelo sorotipo 2². No Brasil, há relato de uma epidemia no Rio de Janeiro em 1846². Em 1917, houve a descrição de epidemia do Dengue no Rio Grande do Sul². Surtos epidêmicos começaram na cidade do Rio de Janeiro e em Niterói – RJ, entre 1922 e 1923². A primeira epidemia documentada clínica e laboratorialmente ocorreu em 1981-82 em Boa Vista – RO. O Dengue ressurgiu quatro anos mais tarde na cidade do Rio de Janeiro e em Nova Iguaçu – RJ². Depois foram registradas epidemias em diversos estados – Ceará, Alagoas, Pernambuco, Bahia, Minas Gerais, Tocantins, São Paulo e Mato Grosso do Sul. De 1990 a 98 foram registrados casos de Dengue em quase todo território nacional, sendo somente no Rio de Janeiro mais de 300 casos de Dengue hemorrágico e oito óbitos².

O Dengue é hoje um dos principais problemas de saúde pública no mundo. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que cerca de 80 milhões de pessoas se infectem anualmente em 100 países, de todos os continentes, com exceção da Europa^{1,3}. Desse total, cerca de 550 mil necessitam de hospitalização e pelo menos 20 mil morrem da doença. A introdução recente dos sorotipos Dengue 3 e 4 está relacionada a novos surtos epidêmicos, associados a susceptibilidade individual e a virulência, assim como a resposta imunológica¹.

Conhecido como “febre de quebra ossos”, devido à prostração e artralgia intensas⁴, sua forma clínica mais freqüente é a forma inaparente ou assintomática. Existem três formas clínicas: Dengue Assintomático, Dengue Clássico e o Dengue Hemorrágico ou Síndrome de Choque do Dengue³.

O Dengue Clássico é de início abrupto, com febre alta, seguida de cefaléia, prostração, artralgia, anorexia, dor retroorbitária, náuseas, vômitos, exantema e prurido cutâneo^{4,5}. A presença de hepatomegalia e dor abdominal generalizada habitualmente indica mau prognóstico, com provável evolução para choque². Dura cerca de 5 a 7 dias, quando em geral ocorre regressão dos sintomas, podendo em alguns casos persistir a fadiga^{4,5}. No Dengue Hemorrágico, os sintomas iniciais são os mesmos, mas no terceiro ou quarto dia, o quadro se agrava com agitação, letargia, pulso rápido, hipotensão, manifestações hemorrágicas espontâneas, cianose e diminuição da temperatura².

A fisiopatologia do Dengue Hemorrágico caracteriza-se pelo extravasamento de plasma, que se manifesta através de valores crescentes do hematócrito devido a hemoconcentração. A trombocitopenia é outro achado laboratorial importante^{2,3}.

O Dengue não tem tratamento específico. A medida terapêutica mais importante é a hidratação, por via oral ou por via intravenosa nos casos mais graves^{3,4}. A febre e a artralgia devem ser tratadas com paracetamol ou a associação de paracetamol com codeína, em doses usuais. Alguns autores também empregam a dipirona, em doses usuais³.

A tendência é de franco crescimento e expansão das áreas de circulação dos vírus. Neste ano, os números de casos no Rio de Janeiro chegaram a mais de 70 mil, sendo de difícil controle, dentre eles os casos de Dengue Hemorrágico. Atualmente as taxas de ataque podem atingir de 50% a 70% da população no Estado do Rio de Janeiro³.

O objetivo do presente trabalho foi avaliar pacientes com Dengue, que inicialmente apresentaram sinais e sintomas otorrinolaringológicos, cujo primeiro atendimento foi realizado pelo serviço de emergência de otorrinolaringologia.

CASUÍSTICA E MÉTODO

Foi realizado um estudo prospectivo, interessando pacientes com manifestações clínicas compatíveis com quadro de Dengue, no período de dezembro de 2001 a abril 2002, total de 135 dias, no Serviço de Otorrinolaringologia da Policlínica de Botafogo – RJ.

Foram selecionados 30 pacientes com sorologia positiva e alterações sanguíneas compatíveis com a infecção viral. Todos os pacientes foram atendidos inicialmente no setor de emergência, apresentando sinais e sintomas otorrinolaringológicos.

A rotina da avaliação incluiu anamnese, exame físico, otorrinolaringológico e exames laboratoriais como hemograma, contagem de plaquetas e sorologia com pesquisa de Ig M e Ig G para Dengue. O exame sorológico foi solicitado após o sexto dia do início da sintomatologia. Quando necessários foram também solicitados coagulograma, radiografia de cavidades paranasais, audiometria, impedânciometria, audiometria do tronco cerebral (BERA) e exames

vestibulares.

Os critérios de internação foram plaquetopenia inferior a 50.000/ml, desidratação, vômitos incoercíveis, instabilidade hemodinâmica, hemorragias ou queda acentuada do estado geral. Pacientes com hemorragia e plaquetopenia inferior ou igual a 30.000/ml foram submetidos à reposição de plasma.

RESULTADOS

Entre os trinta pacientes avaliados, eram dezoito do sexo feminino e doze do sexo masculino. A idade média foi 33,7 anos, com desvio padrão de $\pm 14,45$.

As manifestações clínicas gerais incluíram febre (96,6%), artralgia (80%), cefaléia (66,6%), dor retroorbitária (60%), rash cutâneo (26,6%), prurido cutâneo (20%), náuseas (13,3%) e vômitos (10%) (Tabela 1).

As manifestações otorrinolaringológicas observadas foram: odinofagia (60%), coriza (50%), obstrução nasal (46,6%), otalgia (36,6%), vertigem (20%), epistaxe (13,3%), alterações das glândulas salivares (6,6%), zumbido (6,6%) e gengivorragia (3,3%) (Tabela 2).

O diagnóstico de Dengue Hemorrágico foi feito em cinco pacientes, dos quais apenas um teve que ser submetido à reposição plasmática. Sete pacientes foram internados sob supervisão clínica e otorrinolaringológica.

Tabela 1. Manifestações Gerais do Dengue

Manifestações Gerais	N= 30*	%
Febre	29	96,6%
Artralgia	24	80,0%
Cefaléia	20	66,6%
Dor retroorbitária	18	60,0%
Rash cutâneo	8	26,6%
Prurido cutâneo	6	20,0%
Náuseas	4	13,3%
Vômitos	3	10,0%

* Vários pacientes com manifestações múltiplas.

Tabela 2. Manifestações Otorrinolaringológicas do Dengue

Manifestações Otorrinolaringológicas	N= 30*	%
Odinofagia	18	60,0%
Coriza	15	50,0%
Obstrução nasal	14	46,6%
Otalgia	11	36,6%
Vertigem	6	20,0%
Epistaxe	4	13,3%
Alteração de glândula salivar	2	6,6%
Zumbido	2	6,6%
Gengivorragia	1	3,3%

* Vários pacientes com manifestações múltiplas.

DISCUSSÃO

Com frequência nos deparamos com pacientes que apresentam um quadro febril, sem alterações no exame físico ou apenas com uma discreta hiperemia de orofaringe e de mucosa nasal, levando a suspeitar de processo viral. Na vigência de uma epidemia, o diagnóstico diferencial desses quadros virais com Dengue torna-se bastante importante.

A febre é um sinal constante no Dengue, geralmente alta, de início abrupto, muitas vezes de difícil controle^{2,5}. A febre e o mal estar geralmente estão relacionados à presença de níveis elevados de citocinas séricas, entre eles, TNF, IL-6, IFN^{4,6}. Em nosso estudo apenas um paciente não apresentou febre.

A cefaléia, geralmente de localização frontal, e a dor retroorbitária estavam muitas vezes associadas à obstrução nasal e à rinorréia, simulando quadro de sinusite aguda. A cefaléia é uma manifestação geral freqüente, atingindo 93% dos casos^{2,5}. A cefaléia e a dor retroorbitária se apresentam como uma única manifestação, denominada de cefaléia retroorbitária e pode estar relacionada com a multiplicação viral no tecido muscular com comprometimento do nervo oculomotor². O vírus do Dengue tem tropismo por células fagocitárias e sua multiplicação ocorre em tecido linfático e muscular². No nosso estudo, a incidência da cefaléia retroorbitária foi de 66,6%, um pouco abaixo do descrito na literatura, sendo que no Serviço de Emergência Geral, a taxa encontrada foi de 93%.

O "rash" cutâneo do Dengue varia de 12 a 33% das doenças exantemáticas⁷, podendo aparecer em 25% dos pacientes². O exantema maculo-papular surge em torno do segundo ou terceiro dia, iniciando-se no tronco e disseminando-se centrifugamente para pescoço e face, poupando regiões palmar e plantar. Durante a remissão do exantema há prurido e descamação cutânea^{4,8}. A incidência no nosso grupo de pacientes foi de 26,6%.

Dezoito pacientes do nosso estudo apresentavam queixa de odinofagia que caracterizava-se por sensação de ardor e dor à deglutição. No exame, observou-se discreta hiperemia de orofaringe, com ausência de secreções e de pontos purulentos, achado este desproporcional às queixas. Segundo o informe técnico sobre Dengue, a faringite aguda ocorre em um quarto dos pacientes³. Em nossa série, estava presente em 60% dos pacientes, sendo esta a queixa mais freqüente. Diante de um quadro de odinofagia, o diagnóstico diferencial com Dengue torna-se importante, pois o uso de medicamentos usuais, como antiinflamatórios, salicilatos, pode agravar o processo hemorrágico^{5,8}.

Metade dos pacientes apresentava quadro de rinite aguda viral com coriza, mucosa nasal hiperemiada e edemaciada. Geralmente, o quadro de rinite ocorre na fase prodômica, assim como em outras doenças exantemáticas^{7,8}. A otalgia, geralmente unilateral, intensa, foi observada em 36,6% dos casos, e não houve melhora com uso de analgésico. Na otoscopia, verificou-se aumento da vascularização do cabo do martelo e discreta hiperemia da membrana timpânica.

Quatro pacientes apresentaram epistaxe, três com Dengue Hemorrágico e um com Dengue Clássico. É importante ressaltar que o fenômeno hemorrágico não é característico de Dengue Hemorrágico^{3,5,8}. As epistaxes foram tratadas com tamponamento anterior. Um dos pacientes apresentou gengivorragia, sem maiores intercorrências. Um dos pacientes com epistaxe e plaquetopenia de 3.000/ml foi submetido a reposição de plasma. Os fenômenos hemorrágicos são decorrentes da liberação de tromboplastina e de proteases ativadoras de complemento, pelos macrófagos infectados⁷. Ocorre um processo de coagulação e lise celular com liberação das citocinas, TNF, IL-8, histamina, IL-2 pelos macrófagos, basófilos e linfócitos, afetando células endoteliais e contribuindo para trombocitopenia e aumento da permeabilidade vascular, ocasionando extravasamento de plasma^{2,5}.

A vertigem tipo rotatória foi relatada em 20% dos casos, de forma persistente e recorrente, mantendo-se em alguns casos até 30 dias após o término da infecção viral. Os achados dos exames complementares como audiometria, audiometria do tronco cerebral (BERA) e exames vestibulares firmaram o diagnóstico de neuronite vestibular. Nestes casos, o tratamento proposto foi repouso, uso de sedativo e de flunarizina, por 15 a 30 dias. A neuronite vestibular ocorre em 36% dos pacientes com infecção prévia de via respiratória superior, sendo sua etiologia provavelmente viral⁹.

O zumbido ocorreu em dois pacientes, um associado à crise vertiginosa. Segundo a literatura, não são comuns sintomas auditivos na neuronite vestibular⁹.

As alterações salivares observadas incluíram sensação de gosto amargo e aumento da glândula parótida unilateralmente. Acreditamos terem sido conseqüentes à desidratação ou mesmo pela própria infecção viral, levando a um quadro de sialodente aguda. A sensação de gosto amargo pode ocorrer em 1,9% dos casos².

CONCLUSÃO

Na vigência de epidemia de Dengue, qualquer caso de febre deve ser visto como um caso suspeito. O Dengue apresenta uma fisiopatogenia importante, e não deve ser avaliado como uma simples virose. Pode levar a quadros graves, como choque hemorrágico, acidose e óbito. Os médicos devem ter sempre em mente a ocorrência de manifestações otorrinolaringológicas iniciando um quadro de Dengue.

Considerando o crescente número de casos de Dengue em nosso meio, com inúmeras manifestações clínicas, principalmente otorrinolaringológicas, devemos valorizar a importância do diagnóstico diferencial, suspeitando sempre de casos com febre sem achado específico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fonseca BA, Fonseca SN. Dengue virus infections. *Curr Opin Pediatr* 2002; 14(1):67-71.
2. Figueiredo LTM, Fonseca BAL. Dengue. In: Veronesi R, Focaccia R. *Tratado de infectologia*. São Paulo: Atheneu; 1996. p.203-12.
3. CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. Informe Técnico do Dengue. Rio de Janeiro: CREMERJ; 2002. p.15, 19, 27-9.
4. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE – FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. *Doenças infecciosas e parasitárias*. Brasília, DF; 1999. p. 51-4.
5. Guzman MG, Kourí G. Dengue: an update. *Lancet Diseases* 2002; 2(1):33.
6. Libraty DH, Endy TP, Hough HS et al. Differing influences of virus burden and immune activation on disease severity in seroconversions. *J Infect Dis* 2002; 185(9): 1213-21.
7. Oliveira SA, Siqueira MM, Camacho LA et al. The aetiology of maculopapular rash diseases in Niterói, state of Rio de Janeiro, Brazil: implications for measles surveillance. *Epidemiol Infect* 2001; 127(3): 509.
8. Prado FC, Ramos J, Valle JR. *Atualização terapêutica – manual prático de diagnóstico e tratamento*. 19ª ed. São Paulo: Artes Médicas; 1999. p. 49-50.
9. Sociedade Brasileira De Otorrinolaringologia. *Consenso sobre vertigem* – 1999. *Rev Bras ORL* 2000; 66(6) pt. 2.