

Dengue - Classificação Clínica*

Keyla Belízia Feldman Marzochi**

A infecção viral causada pelos quatro sorotipos do vírus dengue define-se, segundo a WHO (1975; 1986), de duas formas: a *clássica ou febre dengue* (DF), como "doença febril aguda acompanhada por cefaléia e dores musculares e articulares"; e a *febre dengue hemorrágica* (DHF), como "doença febril aguda... caracterizada clinicamente por uma diátese hemorrágica e uma tendência a evolução para a síndrome de choque (síndrome de choque por dengue - DDS) que pode ser fatal". Dentro das duas formas de dengue, são admitidas variações de gravidade: a chamada *forma clássica ou febre dengue*, variando desde a "febre não-diferenciada" (síndrome viral), até a "síndrome de febre por dengue" que se apresenta "sem hemorragia" ou "com hemorragia incomum"; e a chamada *febre dengue hemorrágica*, que se instala com o mesmo quadro clínico da febre dengue e pode evoluir sem choque ou com choque, tem como "fenômeno hemorrágico mais comum a prova do laço positiva" (em torno de 76 a 100%), podendo ocorrer vários outros tipos de sangramentos. Mais raramente, casos de choque sem hemorragias e acometimentos neurológicos são associados a surtos de DHF.

Por definição, a DHF deve acompanhar-se de plaquetopenia igual ou abaixo de 100.000 e elevação intercorrente do hematócrito acima de 20%; estas alterações, associadas à prova do laço positiva e/ou a sangramentos espontâneos, e/ou a pré-choque, e/ou a choque, correspondem à classificação da DHF pela WHO (1975) em graus I, II, III e IV, respectivamente.

Na DF, a prova do laço (hemorragia induzida mecanicamente) é referida como positiva em menor frequência (de 26 a 50% dos casos), sangramentos não-induzidos ocorrem menos comumente e o óbito é raro (WHO, 1986).

Cada um dos quatro sorotipos virais já foram associados tanto à DF, como à DHF, esta forma tendendo a predominar nas infecções secundárias e, ao que parece, nos surtos pelos sorotipos 2 e 3 (Henchal & Putnak, 1990; Sumarmo et al., 1981; Hayes et al., 1988).

Deve ser ressaltado que todas as epidemias de DHF foram concomitantes às de DF que contribuem, de regra, Cadernos de Saúde Pública, RJ, 7(3): 409-415, jul/set, 1991

* Apresentado em síntese no XXVII Congresso da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical (Mesa-Redonda) - Uberaba, MG, fevereiro de 1991.

** Depto. de Ciências Biológicas da Escola Nacional de Saúde Pública - Fiocruz, Rua Leopoldo Bulhões, 1480, 6º andar, Mangueiras, 21041 - Rio de Janeiro, RJ.

com mais de 90% dos casos. Seguinte à epidemia de Cuba pelo sorotipo 1, que teria infectado 45% da população em 1977-80, verificou-se ali nova epidemia pelo sorotipo 2, com 344.203 notificações, em junho-agosto/81, considerada como de DHF; do total destes casos, 66,3% foram considerados como DF sem risco, 30,8% foram considerados potencialmente graves, hemorrágicos ou não, 7% foram DHF dos quais 3% tiveram síndrome de choque (WHO, 1986; Kouri et al., 1986). Em Manila, Filipinas, durante epidemia pelos quatro sorotipos, em 1983-84, foram internados com febre associada a qualquer sangramento 517 casos de dengue, dos quais 21% corresponderam a DHF: grau I (cinco casos), II (103 casos) e III (dois casos), sem óbitos; 69% classificaram-se como DF com hemorragia; e 10% DF sem hemorragia (apesar do critério de internação); significativamente, a prova do laço foi a única manifestação hemorrágica que predominou entre os casos de DHF, enquanto a epistaxe prevaleceu na DF, mostrando-se o sorotipo 2 predominante nos casos de DHF - 15,5% -, em relação a DF - 8,8% (Hayes et al., 1988). Na Tailândia, durante a epidemia de 1983-87, foi considerado que os 2.337 casos de Síndrome de Choque por Dengue (DSS) clinicamente diagnosticados no ano de 1987 estariam associados a cerca de 400 mil casos prováveis de DF, com base na WHO (1986), que relaciona 150 a 200 casos leves ou assintomáticos para um caso de DSS (Kitayaporn et al., 1989). No Rio de Janeiro, durante a epidemia de DF pelo sorotipo 1 em 1986-87, em casos confirmados do Hospital Evandro Chagas, Fiocruz, a prova do laço foi positiva em 36,3% de 562 pacientes, sangramentos espontâneos verificaram-se em 19,8% de 743 casos e um caso correspondeu a DHF grau II (Marzochi et al., dados não-publicados).

Além disso, devem ser considerados os casos que, ao primeiro atendimento, são classificados como dengue clássico e que evoluem para a classificação de dengue hemorrágico, conforme se façam dosagens laboratoriais subsequentes de plaquetas e hematócrito. E, ainda, os casos que evoluem ao óbito sem os correspondentes critérios laboratoriais de dengue hemorrágico (Sumarmo et al., 1986).

Tais observações levam-nos a admitir a necessidade de revisão da classificação atual do dengue nas formas clássica e hemorrágica e subdivisões desta, com base em critérios clínicos e laboratoriais voltados para um atendimento mais seguro e simplificado desde o nível de atendimento primário.

Tomando o termo "clássico", significativo de tradicional ou característico, a chamada "forma clássica" do dengue é, na verdade, a menos característica uma vez que se confunde, em considerável proporção de casos, com outras doenças, principalmente virais. Por outro lado, dengue com hemorragias muitas vezes importantes (epistaxes frequentes, hematêmese, petéquias), se não se acompanharem de plaquetopenia ≤ 100.000 e elevação do hematócrito $> 20\%$ (cuja observação é, na maioria das vezes, retrospectiva), não caracterizam a forma hemorrágica, por definição. E, em contrapartida, nas epidemias consideradas de "dengue hemorrágico", a maioria dos casos é de "dengue clássico".

Outro aspecto do dengue é a variação da sua apresentação clínica, diferenciando epidemias, seja pela ocorrência de formas graves com óbitos consideráveis (Sumarmo et al., 1981; Kouri et al., 1986; Martinez, 1990), seja pela constância de formas relativamente brandas (Morens et al., 1984) e/ou por algumas diferenças no padrão clínico (Guzman, 1984; Marzochi, 1988; Dias et al., 1991; Marzochi et al., 1991 a, b), estando ainda em discussão os fatores responsáveis por essas diferenças - repetição da infecção por um segundo sorotipo, seqüência de sorotipos, virulência do sorotipo, e/ou condição do hospedeiro (Halstead, 1970; Sangkawibha et al., 1984; Rosen, 1977; Bravo et al., 1987; Kouri et al., 1987).

Assim, considerando o *dengue ou a febre dengue uma doença única de gravidade variável*, como as doenças infecto-parasitárias em geral, podemos defini-la didaticamente, como: doença febril aguda, epidêmica ou endêmica, associada a quatro sorotipos de vírus RNA, transmitidos por mosquito do gênero *Aedes*; que leva com freqüência a considerável comprometimento geral, tende a associar-se a exantemas e hemorragias e a não se acompanhar de manifestações catarrais; é, em geral, de evolução benigna, mas pode evoluir ao óbito, em geral por choque com hemorragia. Acometimento clínico-laboratorial grave nos diferentes surtos tem variado entre zero a menos de 10% dos casos, em média abaixo de 1%, na dependência de fatores de risco ainda não bem estabelecidos. É importante lembrar que, diante da capacidade de propagação da doença que, de forma epidêmica/endêmica, em alças recrudescentes, tem atingido milhões de pessoas, às vezes numa mesma região, as formas mais graves podem representar, em números absolutos, um enorme contingente de pacientes requerendo

atendimento cuidadoso para a prevenção de seu agravamento, quando não assistência intensiva. Este fato pode, certamente, desequilibrar ou agravar as condições de funcionamento de um sistema de saúde.

Admitindo a necessidade de participação emergencial de profissionais da saúde, de diversas especialidades, no atendimento ao dengue epidêmico em nosso país, a simplificação da classificação clínica, baseada em dados clínicos e prognósticos e orientada para o nível de complexidade do atendimento e diagnóstico, deve, portanto, ser buscada.

Como base para essa classificação, identificamos no dengue, conforme a gravidade, formas polares e intermediárias (assintomática/branda - intermediária - fatal).

Assim, a classificação proposta para ser discutida é a seguinte (Quadro):

1. Dengue simples - sem gravidade

Ausência de hemorragias espontâneas, de desidratação e de plaquetopenia.

Conduta: tratamento sintomático ambulatorial, com orientação de retorno em caso de modificação do quadro.

É dispensável a contagem de plaquetas na ausência clara de fatores considerados de risco: doenças de base, faixas etárias extremas, história anterior de dengue.

2. Dengue com manifestações hemorrágicas - potencialmente grave.

Presença de sangramentos espontâneos, com ou sem plaquetopenia e hemoconcentração.

Conduta: hidratação oral, controle laboratorial diário e observação, sob internação ou domiciliar, dependendo da intensidade das alterações e condições sociais do paciente.

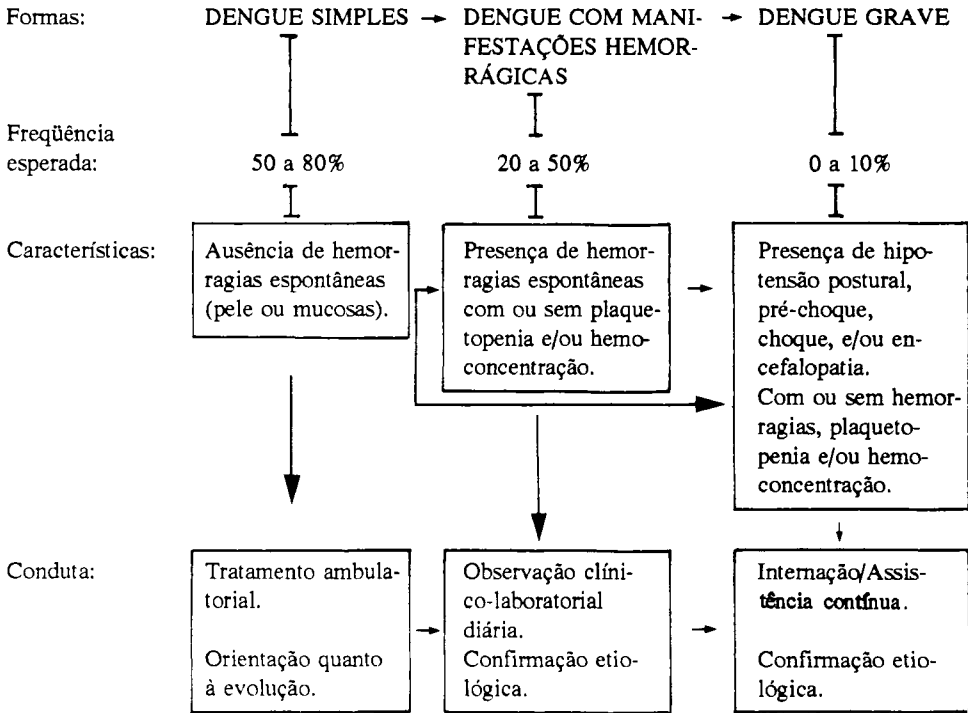
3. Dengue grave

Presença de pré-choque ou choque, ou de encefalopatia, com ou sem hemorragias.

Conduta: assistência intensiva.

Sempre que possível, a busca de confirmação diagnóstica por isolamento de vírus e/ou sorologia deve existir, porém, nos grupos 2 e 3, deve fazer parte da rotina.

CLASSIFICAÇÃO CLÍNICA DE DENGUE - PROPOSTA



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRAVO, J.R.; GUZMAN, M.P. & KOURI, G.P. - Why dengue hemorrhagic fever in Cuba? I. Individual risk factors for dengue hemorrhagic fever/dengue shock syndrome (DHF/DSS). *Trans. Roy. Soc. Med. Hyg.*, 81: 816-820, 1987.

DIAS, M.; ZAGNE, S.M.O.; PACHECO, M.; STAVOLA, M.S. & COSTA, A.J.L. - Dengue hemorrágico em Niterói - 1990 - Aspectos clínicos. *Rev. Soc. Bras. Med. Trop.*, 24 (Supl.): 122-123, 1991.

GUSMAN, M.G.; KOURI, G.P.; BRAVO, J.; CALUNGA, M.; SOLER, M.; VASQUEZ, S. & VENEREO, C. - Dengue hemorrhagic fever in Cuba. I. Serological confirmation of clinical diagnosis. *Trans. Roy. Soc. Med. Hyg.*, 78: 235-238, 1984.

- HALSTEAD, S.B. - Observations related to pathogenesis of dengue hemorrhagic fever. Hypotheses and discussion. *Yale J. Biol. Med.*, 42: 350-362, 1970.
- HAYES, C.G.; MANALOTO, C.R.; GONZALES, A. & RANOVA, C.P. - Dengue infections in the Philippines. Clinical and virological findings in 517 hospitalized patients. *An J. Trop. Med. Hyg.* 39: 110-111, 1988.
- HENCHAL, E.A. & PUTNAK, R. - The dengue viruses. *Clin. Microbiol. Rev.*, 3: 376-396, 1990.
- KITAYAPORN, D.; SINGHASIVANON, P. & VASUVAT, C. - Age adjusted morbidity in Thailand 1983-1987. *Southeast Asian J. Trop. Med. Pub. Health*, 20: 195-200, 1989.
- KOURI, G.; GUSMAN, M.G. & BRAVO, J. - Dengue hemorrágico em Cuba. Crônica de uma epidemia. *Bol. of Sanit. Panam.*, 100: 322-329, 1986.
- KOURI, G.P.; GUSMAN, M.G. & BRAVO, J.R. - Why dengue hemorrhagic fever in Cuba? 2. An integral analysis. *Trans. Roy. Soc. Med. Hyg.*, 81: 821-823, 1987.
- MARTINEZ, E. - Dengue hemorrágico en niños. Bogotá. República de Colombia. Ministério de Salud. *Instituto Nacional de Salud*, 140p., 1990.
- MARZOCHI, K.B.F. - Aspectos clínicos do dengue no Brasil - Experiência do Rio de Janeiro. In: *Anais do Simpósio Internacional sobre Febre Amarela e Dengue* (Mesa-Redonda), pág. 396-401, Rio de Janeiro, 1988.
- MARZOCHI, K.B.F.; CARNEIRO, M.B.; NOGUEIRA, R.M.; SCHATZMAYR, H.G.; SOUZA, R.V.; ROCHA, R.G.; SOARES, A.G.; CUBA, J.; DIAS, M. & SIMÕES, S. - Dengue fever serotype 1 in Rio de Janeiro: a clinical and laboratory study. *Rev. Soc. Bras. Med. Trop.*, 24 (supl. II): 121, 1991 a.
- MARZOCHI, K.B.F.; SIMÕES, S.; SOUZA, R.V.; NOGUEIRA, R.M.; SCHATZMAYR, H.G.; SOARES, A.G.; FERNANDES, N.; CUBA, J.; CAMPOS, D.; CARNEIRO, M.C.; ROCHA, R.G. & EWERTON, E. - Dados clínico-laboratoriais de dengue tipo 1: comparação entre 562 casos confirmados e 120 não-confirmados do Hospital Evandro Chagas, Fiocruz, Rio de Janeiro. *Rev. Soc. Bras. Med. Trop.*, 24 (Supl. II): 121-122, 1991 b.
- MORENS, D.M.; RIGAV-PEREZ, J.G.; LÓPEZ-CORREA, R.H.; MOORE, C.G.; RUIZ-TIBÉN, E.E.; SATHER, G.E.; CHIRIBOGA, J.; ELIASON, D.A.; CASTA-VELEZ, A.; WOODALL, J.P. and the DENGUE OUTBREAK INVESTIGATION GROUP - Dengue in Puerto Rico, 1977: public health response to characterize and control an epidemic of multiple serotypes. *Am. J. Trop. Med. Hyg.*, 35 (1): 197-211, 1986.
- ROSEN, L. - The emperor's new clothes revisited, or reflections on the dengue haemorrhagic fever. *Am. J. Trop. Med. Hyg.*, 26: 237-343, 1977.

- SANGKAWIBHA, N.S.; ROJANASUPHOT, S.; AHANDRIK, S.; VIRIYAPONGSE, S.; JATANASEN, S.; SALITUL, V.; PHANTHUMACHINDA, B. & HALSTEAD, S.B. Risk factors in dengue syndrome: a prospective epidemiologic study in Rayong, Thailand. I. The 1980 outbreak. *Am. J. Epidem.*, 120: 653-669, 1984.
- SUMARMO, S.P.S.; WULUR, H.; JAHJA, E.; GUBLER, D.J., SUHARYONO, W. & SORRENSEN, K. - Clinical observations on virologically confirmed fatal dengue infections in Jakarta, Indonesia. *Bull. WHO*, 61: 693-701, 1983.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION - Technical guides for diagnosis, treatment, surveillance, prevention and control of dengue hemorrhagic fever. *World Health Organization*. Geneva, 1975.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION - Dengue hemorrhagic fever, diagnostic, treatment and control. *World Health Organization*. Geneva, 1986.