

# Febres hemorrágicas

Bacon, J<sup>1</sup>; Carvalho, MN<sup>1</sup>; Diniz, PC<sup>1</sup>; Duani, H<sup>1</sup>; Machado, DF<sup>1</sup>; Mello, MP<sup>1</sup>; Rezende, GQM<sup>1</sup>; Santana, JAR<sup>1</sup>; Andrade, MVM<sup>2</sup>

## RESUMO

Chamando a atenção para as febres hemorrágicas mais comuns no Brasil, que em sua maioria tem escassa informação divulgada e provavelmente são subnotificadas, mostra-se neste artigo a conduta e diagnóstico diferencial para as febres hemorrágicas. Também são aqui abordados relevantes aspectos clínicos, laboratoriais e epidemiológicos. A suspeita clínica e o tratamento precoce são fundamentais à sobrevida dos pacientes.

**Palavras-chaves:** Febre hemorrágica no Brasil. Febre amarela. Dengue hemorrágico. Leptospirose. Conduta nas Febres Hemorrágicas. Diagnóstico Diferencial nas Febres Hemorrágicas.

<sup>1</sup>Acadêmico de Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais;  
<sup>2</sup> Professor adjunto do Departamento de Clínica Médica da Universidade Federal de Minas Gerais.

## INTRODUÇÃO

As febres hemorrágicas englobam síndromes que variam da doença hemorrágica febril, com fragilidade capilar, ao choque grave agudo. Exibem, todavia, características diferentes quanto a sua etiologia, epidemiologia e patogênese.<sup>1</sup> Apesar da similaridade de certas manifestações sistêmicas e hemorrágicas, observam-se peculiaridades clínicas, que ocorrem por conta das diferenças de tropismo dos agentes etiológicos, pelos diferentes órgãos do hospedeiro.<sup>1</sup> A alteração fisiológica fundamental, observada na maioria dos casos, decorre do extravasamento capilar. Em alguns casos, predominam como na febre amarela e nas hepatites virais, a lesão hepatocelular; na doença por hantavírus, as lesões renais; na leptospirose, a vasculite difusa com destruição endotelial e infiltração inflamatória.<sup>2</sup>

As febres hemorrágicas constituem um importante problema de saúde pública, devido à elevada taxa de letalidade associada e o significativo número de pessoas anualmente afetadas.<sup>3</sup>

Este trabalho, devido à alta morbimortalidade e ao aumento da incidência, prioriza a abordagem da dengue, febre amarela e leptospirose.

## DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

O diagnóstico diferencial das febres hemorrágicas inclui, neste momento epidemiológico, especialmente, o dengue hemorrágico, a febre amarela, a leptospirose e outras causas. Os dados mais significativos que permitem a diferenciação entre todas estas entidades são: na leptospirose, o antecedente epidemiológico de contato com águas suspeitas, a leucocitose com neutrofilia, o desvio para esquerda e o comprometimento renal<sup>1</sup>; na malária, o an-

Endereço para correspondência:  
marymepp@yahoo.com.br

tecedente epidemiológico de contato com zona malarígena, a anemia, a curva térmica específica febre, a esplenomegalia e a presença do parasita no sangue<sup>1,4</sup>. A presença de icterícia requer a diferenciação entre leptospirose, febre amarela, hepatites virais e malária.<sup>3</sup> Os níveis das transaminases estão muito elevados nas hepatites virais e na febre amarela. As hepatites virais podem ser excluídas por intermédio da sorologia para os respectivos vírus.<sup>2</sup> A leptospirose pode ser diferenciada da febre amarela, por apresentar leucocitose com desvio para esquerda e o aumento da velocidade de hemossedimentação.<sup>1</sup> A febre hemorrágica, que apresenta a concomitância de sinais meníngeos, requer a realização de punção líquórica, para afastar meningite meningocócica<sup>7</sup>. O aparecimento de diarreia, hemorragia gastrointestinal e hepatoesplenomegalia é necessária a diferenciação com a febre tifóide e a salmonelose septicêmica prolongada.<sup>7</sup> A febre maculosa deve ser suspeitada, quando ocorrer febre inexplicável em paciente com história de exposição ao carrapato, em área endêmica acompanhada de lesões purpúricas disseminadas<sup>8</sup>. O acometimento renal com proteinúria maciça deve considerar o diagnóstico da síndrome renal causada pela hantavirose (Quadros 1, 2, 3, 4, Figura 1).<sup>2</sup>

#### Quadro 2 - Principais alterações clínicas que indicam estado de choque

Hipotensão arterial sistêmica
Pressão arterial convergente (PA diferencial < 20mmHg)
Extremidades frias, cianose
Pulso rápido e fino
Enchimento capilar lento (> 2 segundos).

## CONTROLE E PREVENÇÃO

O controle das febres hemorrágicas pode ser obtido pela interrupção do ciclo da infecção, que inclui controle dos roedores. Em casos de arboviroses, inclui o controle dos vetores e a educação sobre os métodos para evitar o vetor. O saneamento básico e a higiene alimentar são importantes para prevenção dessas doenças. A vacina é a forma mais eficaz de prevenção, entretanto, só é disponível para a Febre Amarela<sup>2</sup>.

#### Quadro 1 - Etiologia, período de incubação e transmissão de várias doenças que se comportam como febre hemorrágica

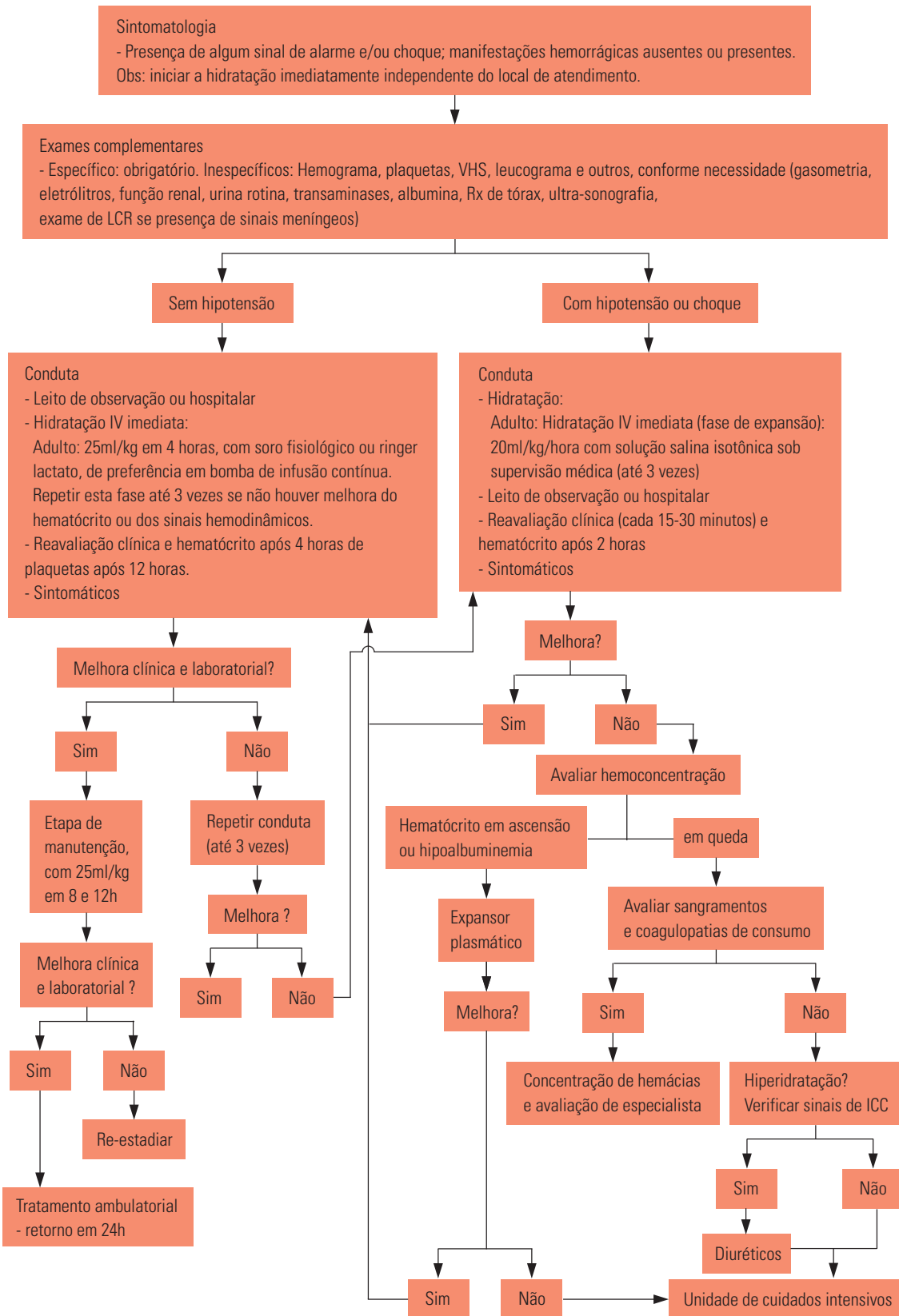
Doença	Etiologia	Incubação (dias)	Transmissão
Dengue hemorrágico	DEN 1, 2, 3, 4	5-8	Picada mosquito <i>Aedes sp</i> infectado
Febre amarela	Vírus febre amarela	3-6	Picada mosquito <i>Aedes sp</i> infectado (urbana) e do <i>Haemagogus</i> ou <i>Sabethes</i> (silvestre)
Leptospirose	<i>Leptospira interrogans</i>	7-10	Contato direto ou indireto com urina de animais contaminados (principalmente o rato)
Febre tifóide	<i>Salmonella typhi</i>	7-14	Água e alimentos contaminados, contato com portadores
Riquetsiose	<i>Rickettsia rickettsii</i>	2-14	Picada de carrapato <i>Amblyoma sp</i>
Hantavirose	Vírus Hantan	2-42	Inalação de excretas dos roedores infectados
Malária	<i>Plasmodium vivax</i> <i>P. falciparum</i>	12-16 8-12	Picada do mosquito <i>Anopheles sp</i>
Meningococemia	<i>Neisseria meningitidis</i>	1-2	Aerossóis contaminados
Hepatites virais	Vírus A Vírus B Vírus C Vírus D Vírus E	15-45 30-180 15-150 30-150 15-60	Fecal-oral Sexual, parenteral Parenteral Sexual, parenteral Fecal-oral

**Quadro 3** - Diagnóstico laboratorial das entidades clínicas que evoluem neste momento epidemiológico de Minas Gerais como febre hemorrágica

Entidade	Epidemiologia	Exame Clínico
Dengue hemorrágico (7% dos casos de dengue clássico)	Residência ou estada em área endêmica, episódio anterior de dengue clássico, uso prévio de anti-inflamatórios não-esteróides, estado vacinal para febre amarela.	Início com febre elevada, cefaléia retro-orbitária, mialgia, exantema facial, artralgia, dor abdominal, prova do laço positiva. Febre em defervescência, em 2 a 7 dias após o início do período de estado. Dor abdominal intensa, contínua, vômitos persistentes, hepatomegalia, hipotensão arterial, diminuição do volume urinário, pulso rápido e fraco, diminuição da temperatura corpórea, sudorese, hemorragias: hematêmese, melena, enterorragia, púrpura (petéquias, equimoses), epistaxe, gengivorragia.
Febre amarela	História vacinal, residência ou estada em área endêmica.	A maioria dos casos manifesta-se de forma leve, anorexia, febre súbita, cefaléia, mialgia, congestão conjuntival, cura espontânea. Em 20% dos casos, após 2 dias de melhora, surgem vômito e icterícia, prostração, petéquias, epistaxe, equimoses, gengivorragias, insuficiência renal e arritmias
Leptospirose	Contato com água contaminada por urina de ratos (inundação, limpeza de bueiros ou fossas). Doença profissional, comum em agricultores e médicos veterinários.	Forma anictérica: 1ª fase com febre elevada, mialgia, cefaléia retro orbitária, dor abdominal, artralgia, fotofobia, diarreia, hiperemia conjuntival; 2ª fase: 2-3 dias após remissão, há meningite (igual virótica). Forma ictérica (síndrome de Weill): icterícia alaranjada, disfunção renal, melena, hematêmese, metrorragia, petéquias, equimoses, epistaxes, gengivorragias, disfunção renal, tosse, dispnéia, hepatomegalia e miocardite.

**Quadro 4** - Diagnóstico laboratorial das principais entidades que evoluem como febre hemorrágica

Exames Complementares	Doenças		
	Dengue Hemorrágico	Febre Amarela	Leptospirose
Hemograma	Leucopenia, neutropenia, linfócitos atípicos, plaquetopenia grave, aumento do hematócrito em 20%	Leucopenia, neutropenia, plaquetopenia, anemia	Leucocitose, neutrofilia, desvio para esquerda, plaquetopenia, anemia
Coagulograma	Aumento de TP e TTPa	Aumento de TP e TTPa	TP diminuído (forma ictérica)
Função hepática	AST e ALT pouco aumentadas, albumina diminuída	AST e ALT muito aumentadas (>1000) Bilirrubinas aumentadas	AST e ALT aumentadas, em até 4 vezes. Bilirrubinas aumentadas, principalmente, BD
Função renal	Alterada na forma grave	Alterada na forma grave	Alterada na forma grave
VHS	Pouco alterada	Muito baixa	Aumentada
Etiologia	Isolamento viral e sorologia, que devem ser realizadas até 5 dias do início dos sintomas. Repetir sorologia após 14 dias se primeira amostra negativa.	Sorologia: IgM positiva, após 5 a 7 dias de doença. Repetir sorologia após 14 dias, se a primeira amostra for negativa. Detecção do vírus por PCR ou isolamento viral, até o quinto dia da doença.	Sorologia: duas coletas pareadas, com intervalo de duas semanas. O aumento de 4 vezes indica infecção. Cultura: sangue ou líquor, na primeira semana, e urina, na segunda semana.



**Figura 1** - Manejo clínico das febres hemorrágicas

Fonte: Dengue: diagnóstico e manejo clínico : adulto e criança, 2007

## CONCLUSÃO

As febres hemorrágicas incluem síndromes que vão desde uma doença hemorrágica febril, com fragilidade capilar, até a ocorrência de choque agudo grave, levando rapidamente à morte<sup>2</sup>. O manejo do paciente com febre hemorrágica não deve ser postergado com a espera de um diagnóstico etiológico. É importante a terapia de suporte em todos os casos, incluindo atenção para o equilíbrio hidroeletrólítico e correção das anormalidades de coagulação.

## REFERÊNCIAS

1. Coelho S. Febre amarela, 2003. [Citado em maio de 2008]. Disponível em: [http://www.fiocruz.br/ccs/glossário/febre\\_amarela.htm](http://www.fiocruz.br/ccs/glossário/febre_amarela.htm)
2. Goldeman L, Bennett JC. Cecil Textbook of Medicine. 21<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Saunders; 2000. p.783-91.
3. Kalayanarooj S, Nimmannitya S. Guidelines for dengue hemorrhagic fever case management. Bangkok: Bangkok Medical Publisher; 2004.
4. Veronesi R, Focaccia R. Tratado de infectologia. São Paulo: Atheneu; 1998. p. 1260-81.
5. Martins HS, Scalabrini Neto A, Velasco IT. Emergências Clínicas Baseadas em Evidências. São Paulo: Atheneu; 2006.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Dengue: diagnóstico e manejo clínico – adulto e criança .3<sup>a</sup> ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2007. Série A. Normas e Manuais Técnicos.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 541, .Diário Oficial da União, 14 de Março de 2002.