



DERMATOLOGIA TROPICAL/INFECTOPARASITÁRIA

Dengue exantemática mimetizando rubéola^{☆,☆☆}

Dario Palhares  a,*



Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil

Recebido em 5 de julho de 2019; aceito em 4 de junho de 2020
Disponível na Internet em 31 de dezembro de 2020

PALAVRAS-CHAVE

Dengue;
Imunoglobulina E;
Imunoglobulina G;
Sorologia

Resumo É apresentado um caso de dengue imitando rubéola. Paciente do sexo masculino, no segundo episódio de dengue, apresentou-se afebril, com exantema morbiliforme difuso, de progressão craniocaudal, tendo acometido posteriormente palmas e plantas. Ao terceiro dia de evolução clínica, as sorologias não apontaram IgM, IgG nem NS1, mas ao sexto dia de evolução apresentou IgM e IgG reativos para dengue. Episódios prévios de dengue são fator de risco para o desenvolvimento de quadros mais graves, mas este foi atípico por ter sido afebril e com exantema rubeoliforme. Também, ilustra uma resposta anamnésica precoce de IgG, por ter sido reinfeção.

© 2020 Sociedade Brasileira de Dermatologia. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este é um artigo Open Access sob uma licença CC BY (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

Introdução

A dengue é doença infecciosa sistêmica transmitida por mosquitos do gênero *Aedes*. O vírus da dengue se apresenta com cinco sorotipos – os sorotipos 1 a 4 são de ocorrência mundial, e o sorotipo 5 foi identificado na Índia.¹ A infecção por um dos sorotipos não confere imunidade contra os demais.¹ Fatores de risco para o desenvolvimento de quadros graves de dengue incluem: episódio prévio de dengue, idade avançada, comorbidades.²⁻⁴

Caso

Paciente do sexo masculino, 42 anos de idade, previamente vacinado para hepatites A e B. Referia primoinfecção de dengue 15 anos antes, com apresentação febril e sorologia IgM positiva. Relatou surgimento de pequenas pápulas no tronco havia dois dias, mas que tinha amanhecido tomado por exantema rubeoliforme (figs. 1-3), acometendo do pescoço até os joelhos e cotovelos, poupando a face. Queixava-se de astenia, mas negava febre. O exame físico geral não mostrou outras anormalidades além do exantema, nem mesmo gânglios palpáveis. Os exames complementares à chegada mostraram: hemograma com hemoglobina 15,4 g/dL, plaquetas 170 mil/mL, leucócitos 4020/mL (segmentados 39%, eosinófilos 3%, basófilos 1%, linfócitos 35%, monócitos 22%); dengue: IgM, IgG e NS1 negativos, transaminases, bilirrubinas e enzimas musculares normais. O exantema progrediu por mais dois dias, acometendo palmas e plantas. O paci-

DOI referente ao artigo:

<https://doi.org/10.1016/j.abd.2020.06.006>

☆ Como citar este artigo: Palhares D. Exanthematic dengue fever mimicking rubella. *An Bras Dermatol*. 2021;96:88–90.

☆☆ Trabalho realizado na Clínica Privada, Brasília, DF, Brasil.

* Autor para correspondência.

E-mail: dariompm@unb.br (D. Palhares).



Figura 1 Detalhe do exantema. Visão geral do exantema.

ente referiu alguns episódios diarreicos, e negou febre. Ao sexto dia de evolução, o exantema começou a desaparecer, e os exames mostraram: hemograma com hemoglobina 15,8 g/dL, plaquetas 148 mil/mL, leucócitos 4910/mL (segmentados 20%, eosinófilos 5%, linfócitos 59%, linfócitos atípicos 6%, monócitos 10%). Sorologias: padrão imune para toxoplasmose, citomegalovirose, sarampo, herpes simples e vírus de Epstein-Barr. Não reagente para HIV, sífilis, zika vírus, chikungunya, borreliose e rubéola. Reagente IgG e IgM positivo para dengue; IgE total de 713,8 UI/mL. O paciente recuperou-se totalmente e foi revacinado para rubéola.

Este caso é incomum por ter sido um segundo episódio de dengue, com apresentação afebril e imitando rubéola, com progressão craniocaudal de exantema rubeoliforme.



Figura 2 Visão geral do exantema. Exantema rubeoliforme, ao terceiro dia de evolução do quadro clínico. A região axilar direita foi poupada.



Figura 3 Terceiro dia de evolução do quadro clínico, lado esquerdo do corpo: a região axilar estava acometida.

Com o passar dos anos, os títulos de IgG contra dengue tendem a cair e eventualmente se tornam negativos, e justamente títulos mais baixos de IgG são fator de proteção contra formas graves de dengue.⁵ Porém, em caso de uma segunda infecção, há uma resposta anamnésica, com aparecimento precoce de IgG; é possível que um eventual futuro terceiro episódio de dengue neste paciente venha a ser mais grave. O antígeno NS1 apresenta sensibilidade ao redor de 85% e tende a ser menor em segundos episódios de dengue; ou seja, na prática clínica uma proporção relativamente considerável de pacientes não será diagnosticada na fase inicial da doença.⁶ É possível que a natureza alérgica do paciente tenha influenciado na apresentação clínica, com exantema que não é o classicamente descrito para dengue.⁷

Uma vez que o exantema foi de rápida resolução espontânea, biópsias não foram feitas, como seria preconizado caso o exantema se tornasse crônico. Contudo, neste caso, o hemograma foi útil para a conduta clínica, por ter mostrado um padrão tipicamente viral, inclusive no que tange aos linfócitos atípicos, relacionados a várias doenças, entre as quais dengue e rubéola.⁸⁻¹⁰ As relações entre parasitas e hospedeiros são complexas; assim, a dengue deve fazer parte do diagnóstico diferencial de exantemas, ainda que o paciente não apresente sintomas clássicos como febre ou dor orbitária. No ambiente de pronto-atendimento, o hemo-

grama, exame usualmente pronto em poucas horas, pode auxiliar na decisão clínica.

Suporte financeiro

Nenhum.

Contribuição dos autores

Dario Palhares: Aprovação da versão final do manuscrito; concepção e planejamento do estudo; elaboração e redação do manuscrito; obtenção, análise e interpretação dos dados; revisão crítica da literatura; revisão crítica do manuscrito.

Conflito de interesses

Nenhum.

Referências

1. Mustafa M, Rasotgi V, Jain C, Gupta V. Discovery of fifth serotype of dengue virus (DENV-5). A new public health dilemma in dengue control. *Med J Armed Forces India*. 2015;71:67–70.
2. Ubol S, Phuklia W, Kalayanaroj S, Modhiran N. Mechanisms of immune evasion induced by a complex of dengue virus and pre-existing enhancing antibodies. *J Infect Dis*. 2010;201:923–34.
3. Pinto R, Castro D, Albuquerque B, Sampaio V, Passos R, Costa C, et al. Mortality predictors in patients with severe dengue in the State of Amazonas, Brazil. *Plos One*. 2016;11:e0161844.
4. Sangkhawibha N, Rojanasuphot S, Ahandrik S, Viriyapongse S, Jatanansen S, Salitul V, et al. Risk factors in dengue shock syndrome. *Am J Epidemiol*. 1984;120:653–69.
5. Guzman M, Alvarez M, Rodriguez-Roche R, Bernardo L, Montes T, Vazquez S, et al. Neutralizing antibodies after infection with dengue 1 virus. *Emerg Infect Dis*. 2007;13:282–6.
6. Lima M, Nogueira R, Schatzmayr H, Santos F. Comparison of three commercially available dengue NS1 antigen capture assays for acute diagnosis of dengue in Brazil. *Plos Neglect Trop D*. 2010;4:e738.
7. Tomas E, John M, Kanish B. Mucocutaneous manifestations of dengue fever. *Indian J Dermatol*. 2010;55:79–85.
8. Silva W, Palhares D. Plasmocytes in peripheral blood in the diagnosis of dengue. *Brasília Médica*. 2010;47:361–3.
9. Costa-Silva M, Sobrinho-Simões J, Azevedo F, Lisboa C. Concurrent reactivation of varicella-zoster virus and herpes simplex virus in an immunocompetent elderly male. *An Bras Dermatol*. 2019;94:762–3.
10. Arandes-Marcocci J, Iglesias-Sancho M, Setó-Torrent N, Fernández-Figuera MT. Erythroderma as a first manifestation of squamous cell lung cancer: rare case report. *An Bras Dermatol*. 2020;95:67–70.