

Chikungunya crônica e o diagnóstico diferencial com artrite reumatoide: um relato de caso

Chronic Chikungunya patient and an wrong diagnosis of rheumatoid arthritis: a case report

Chronic Chikungunya patient and an wrong diagnosis of rheumatoid arthritis: a case report

Recebido: 05/08/2022 | Revisado: 13/08/2022 | Aceitado: 04/11/2022 | Publicado: 09/11/2022

Eloisa Simões Alves

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0590-9267>

Centro Universitário Cesmac, Brasil

E-mail: Simoeseloisa@gmail.com

Nielson Mendes Marques

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7438-8779>

Centro Universitário Cesmac, Brasil

E-mail: Doutornielson@hotmail.com

Fernanda Lopes de Oliveira

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1570-2673>

Universidade Federal de Pernambuco, Brasil

E-mail: Fernanda.lopesdeoliveira97@gmail.com

Isabela Simões Alves

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5834-9748>

Universidade Federal de Pernambuco, Brasil

E-mail: Isabela.s.a@hotmail.com

Jéssica Laís da Silva

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1914-4330>

Universidade Federal de Pernambuco, Brasil

E-mail: Jessicalais2302@gmail.com

José Ledesvan Pereira dos Santos Junior

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8632-8565>

Centro Universitário Cesmac, Brasil

E-mail: Van_csc@hotmail.com

José de Almeida Alexandre

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1344-9459>

Centro Universitário Cesmac, Brasil

E-mail: Allexandremed@gmail.com

Letícia Maria Cavalcanti Brito

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8841-9978>

Centro Universitário Cesmac, Brasil

E-mail: lehmaria1@gmail.com

Júlia Carla Oliveira Silva

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2105-082X>

Centro Universitário Cesmac, Brasil

E-mail: Juliaoliveira9797@gmail.com

Ivonilda de Araújo Mendonça Maia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6993-0722>

Centro Universitário Cesmac, Brasil

E-mail: Ivonildamaia@gmail.com

Resumo

O objetivo deste trabalho é descrever a evolução crônica da infecção por Chikungunya, seus fatores de gravidade e sua relação com doenças autoimunes. O relato de caso faz referência a uma paciente adulta, do sexo feminino, que relatou ter passado por quadro agudo de Chikungunya há quatro meses, a paciente apresentou aumento de edema articular e rigidez matinal, sem calor ou eritema, também se queixava de dores em punhos, joelhos, tornozelos e cotovelos, contudo, em uma consulta com ortopedista foi diagnóstica com artrite reumatoide (AR). Observou-se que foi feito um diagnóstico equivocado de AR na paciente, devido a clínica semelhante com chikungunya, que inclusive mostrou positividade para fator reumatoide (FR). Através dos resultados dos exames, verificou-se que a paciente não apresentava artrite reumatoide e que o tratamento era inadequado para seu real diagnóstico, portanto, a mesma não obteve resultado satisfatório. Sendo assim, deve-se ter em mente o diagnóstico diferencial e a terapia da Chikungunya crônica para facilitar a melhora da qualidade de vida dos pacientes.

Palavras-chave: Febre Chikungunya; Doença autoimune; Artralgia.

Abstract

The objective of this work is to describe the chronic evolution of Chikungunya infection, its severity factors and its relationship with autoimmune diseases. The case report refers to an adult female patient diagnosed with rheumatoid arthritis (RA), who complained of pain in her wrists, knees, ankles and elbows, which worsened after the end of an acute case of Chikungunya and there was an increase in joint swelling and morning stiffness, without heat or erythema. It was observed that a mistaken diagnosis of RA was made in the patient, due to a similar clinic, which even showed positivity for rheumatoid factor (RF). Through the results of the exams, it was found that the patient did not have rheumatoid arthritis and that her treatment was inadequate for her real diagnosis, therefore, she did not obtain a satisfactory result. Therefore, the differential diagnosis and therapy of chronic Chikungunya should be kept in mind to facilitate the improvement of patients' quality of life.

Keywords: Chikungunya fever; Autoimmune diseases; Arthralgia.

Resumen

El objetivo de este trabajo es describir la evolución crónica de la infección por Chikungunya, sus factores de gravedad y su relación con enfermedades autoinmunes. El caso clínico se refiere a una paciente adulta del sexo femenino que refirió haber tenido un caso agudo de Chikungunya hace cuatro meses, la paciente presentaba aumento de la tumefacción articular y rigidez matinal, sin calor ni eritema, además se quejaba de dolor en muñecas, rodillas, tobillos y codos. sin embargo, en una consulta con un ortopedista, se le diagnosticó artritis reumatoide (AR). Se observó que en la paciente se hizo un diagnóstico erróneo de AR, debido a una clínica similar, que incluso mostró positividad para factor reumatoide (FR). Mediante los resultados de los exámenes se comprobó que la paciente no padecía artritis reumatoide y que su tratamiento fue inadecuado para su diagnóstico real, por lo que no obtuvo un resultado satisfactorio. Por tanto, se debe tener presente el diagnóstico diferencial y la terapia del Chikungunya crónico para facilitar la mejora de la calidad de vida de los pacientes.

Palabras clave: Fiebre Chikungunya; Enfermedades autoinmunes; Artralgia.

1. Introdução

Os arbovírus são compostos por centenas de vírus que compartilham a característica de transmissão por artrópodes - principalmente mosquitos hematófagos -, embora não sejam necessariamente relacionados filogeneticamente (Weaver & Reisen, 2010). Estão diretamente associados a grandes surtos e epidemias, no qual representam um problema crescente de saúde pública devido ao seu potencial de dispersão e à ocorrência de um elevado número de casos graves com complicações neurológicas, articulares e hemorrágicas (Donalisio et al., 2017).

Dentre os arbovírus, destaca-se o vírus Chikungunya (CHIKV), que foi isolado pela primeira vez no início da década de 1950 na Tanzânia, e a partir disso, dispersou-se por vários continentes, apresentando surtos urbanos e quadros clínicos mais graves (Tauil, 2014). O CHIKV é transmitido pela picada de mosquitos do gênero *Aedes spp.*, principalmente *Aedes aegypti* e *Aedes albopictus*, que são extremamente adaptáveis às mudanças ambientais, resultando em uma disseminação eficiente pelos países e continentes (Azevedo et al., 2015; Brasil, 2017).

A infecção pelo vírus Chikungunya resulta em uma doença conhecida como febre de Chikungunya (CHIKF), caracterizada por febre alta, erupção cutânea, mialgia, cefaleia e poliartralgia proeminente (Burt et al., 2017). Embora raramente cause a morte, a dor nas articulações pode durar meses ou anos, podendo desenvolver cronicidade e causar incapacidade nas atividades diárias (Weaver & Lecuit, 2015; Simon et al., 2011).

Em julho de 2014, foram notificados os primeiros casos autóctones de Chikungunya no Brasil. A análise genética revelou a co-circulação de 2 genótipos distintos introduzidos quase simultaneamente no país. O genótipo CHIKV asiático foi detectado no estado do Amapá, Norte do Brasil e o genótipo CHIKV Leste-Centro-Sul Africano (ECSA) foi relatado pela primeira vez no estado da Bahia, Nordeste (Nunes et al., 2015). Até dezembro de 2019, mais de 800.000 casos de CHIKV foram notificados em todas as regiões do Brasil (Brasil, 2017). O maior número de mortes relacionadas ao CHIKV nas Américas, foi de 214 mortes, relatadas no estado do Ceará, Nordeste do Brasil, onde um Comitê de Investigação de Morte por Arbovírus foi criado devido à alta taxa de mortalidade e aumento de suspeitas de mortes associadas a arbovírus (Lima Neto et al., 2019; Cavalcanti et al., 2017; Governo do Estado do Ceará, 2018).

A picada do mosquito é o meio de inoculação do vírus por via indireta e direta. A via indireta consiste na inserção do vírus que possui inúmeras moléculas com propriedades anti-hemostáticas e imunomoduladoras para induzir uma infiltração celular precoce e aumento de citocinas. Nos fibroblastos e nos macrófagos cutâneos, ocorre a replicação viral e a disseminação do vírus para os gânglios linfáticos, onde aumentará sua reprodução para, posteriormente, se disseminar pelo sistema vascular e acometer órgãos-alvo, como as articulações e os músculos. A via direta, se caracteriza pela inoculação diretamente na circulação, sendo assim, ocorre a indução da resposta imune inata e posterior resposta imune celular, liberando inúmeras citocinas pró-inflamatórias (Dupuis-Maguiraga et al., 2012; Petitdemange et al., 2015; Marques et al., 2017a).

Clinicamente, a Chikungunya pode evoluir para três estágios: aguda, subaguda e crônica. A fase aguda pode ser sintomática em 80 a 90% dos casos com duração entre 7 a 14 dias. Tipicamente, é caracterizada por febre súbita com artralgia, principalmente em mãos, punhos, tornozelos e pés, muitas vezes incapacitante e que podem vir acompanhados de vários outros sintomas, como dor muscular, cefaleia, dor retro-orbitária, exantema maculopapular/macular, edema, linfadenopatia. A fase subaguda, a qual pode durar até 3 meses, acomete cerca de 50% das pessoas que apresentaram Chikungunya, onde a sintomatologia mais comum é a persistência da dor, com uma artrite que apresenta rigidez matinal e pode ser contínua ou intermitente. Já a fase crônica, tem uma prevalência variável e ocorre quando os sintomas duram mais de 3 meses após a fase aguda. É caracterizada pela prevalência da doença articular inflamatória crônica, a qual pode ser recidivante ou persistentes; oligo ou poliartalgia, geralmente simétrica e principalmente em punhos, mãos, tornozelos e joelhos; relacionada à rigidez matinal e inchaço articular (Brasil, 2017; Marques et al., 2017^a).

A cronificação da chikungunya pode estar relacionada com um dano celular e tecidual pela replicação viral, de maneira direta, e pela ativação da resposta imune, de maneira indireta. Pode também estar associada fortemente a persistência da infecção do vírus em macrófagos teciduais, causando a desregulação do controle do processo de inflamação, e dos marcadores de inflamação na sinóvia (Dupuis-Maguiraga et al., 2012; Petitdemange et al., 2015; Marques et al., 2017a).

O diagnóstico da Chikungunya é quase sempre clínico epidemiológico, contudo, nos casos em que a clínica é insuficiente, deve ser feito o diagnóstico laboratorial, para descartar outras patologias, incluindo outras arboviroses que podem cursar com clínica semelhante, como Dengue e Zika. Na prática, o exame mais utilizado é a sorologia para pesquisa de anticorpos específicos para CHIKV IgM e IgG. O primeiro, é detectado em até 80% dos casos após a primeira semana e permanece elevado por 1 a 3 meses. O segundo, também é detectado após uma semana, geralmente 2 dias após a elevação do IgM, e pode permanecer detectáveis por anos (Weaver & Lecuit, 2015; Marques et al., 2017a).

Dessa forma, o presente trabalho tem como objetivo relatar um caso de Chikungunya de evolução crônica e as dificuldades com o diagnóstico diferencial da artrite reumatoide.

2. Metodologia

Este estudo refere-se a um relato de caso, em que a paciente estudada é uma mulher de 55 anos, diagnosticada inicialmente com artrite reumatoide, e posteriormente foi descoberto o diagnóstico real de Chikungunya crônica. O relato de caso a ser delineado apresenta-se como um caminho que pode contribuir para sistematizar o conhecimento resultante de um processo investigativo sobre conhecimento e reconhecimento, no campo da saúde (Gentil et al., 2016). Foi realizada uma pesquisa bibliográfica por meio da seleção de artigos nas bases de dados: *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (Medline), *Academic Google*, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e *Scientific Electronic Library Chikungunya Online* (SCIELO), no período de 2000 a 2022, por meio da utilização dos seguintes descritores: “Febre de Chikungunya”, “Doenças Autoimunes”, “Artralgia”, “Chikungunya Crônica”; “Chikungunya Fever”, “Autoimmune Diseases”, “Arthralgia”, “Chronic”, “Rheumatoid Arthritis” e suas combinações para formar expressões de pesquisa, usando o operador booleano and.

A presente pesquisa foi submetida à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro de Pesquisas Clínicas Dr. Marco Mota Ltda, do Centro Universitário Cesmac, que avaliou a adequação da pesquisa à Resolução 466/12 do Conselho Nacional de saúde (CNS), visto que está se trata de um estudo que envolve seres humanos. A presente pesquisa está registrada no número do parecer 5.710.857. Como forma de garantir a confidencialidade, a privacidade e a segurança das informações, os dados foram coletados em ambiente que garantia privacidade e individualidade do participante da pesquisa, o qual foi identificado apenas pelas iniciais de seu nome. Por fim, o participante recebeu todas as informações da pesquisa por meio da leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

3. Resultados e Discussão

Trata-se de uma paciente do sexo feminino (M. L. D), de 55 anos, raça branca, casada e comerciante, procurou o serviço de saúde com queixa de dores em joelhos, registradas há algum tempo e em coluna lombar, que melhorava ao repouso e piorava ao movimento (dor mecânica). A paciente procurou atendimento médico em novembro de 2021, informando que há quatro meses passou por um quadro viral agudo, característico de chikungunya, com febre, rash e dores articulares. Desde então, as dores em punhos, joelhos, tornozelos e cotovelos evoluíram com piora e foram associadas com aumento de edema articular e rigidez matinal que durava por de cerca de 1 hora, sem calor ou eritema. A paciente relatou que, em consulta com o ortopedista (julho/2021), foi diagnosticada com artrite reumatoide (AR) e foi medicada com metotrexato (MTX) na dosagem de 10 mg/semana por 12 semanas e fórmula contendo AINEs, diacereína, carbamazepina, corticoide e ranitidina, porém não soube informar a dosagem da fórmula. A paciente nega febre, alopecia, lesões cutâneas, úlceras orais, fotossensibilidade, disúria ou urina espumosa. Nega dispneia ou dor torácica.

A paciente possui antecedente de hipertensão, bem como procedimentos cirúrgicos como histerectomia e ooforectomia, realizada aos 37 anos e tireoidectomia parcial há 10 anos. Ao exame físico, as seguintes alterações foram encontradas: pressão arterial (PA) de 170 X 90 mmHg; obesidade; creptos em joelhos; artrite em tornozelo e punho esquerdo; dor em tornozelos, joelhos e punhos. Na consulta com a paciente em questão, foram solicitados exames laboratoriais para verificar diagnóstico diferencial de AR. No mês seguinte (dezembro), a paciente retornou ao atendimento com os resultados demonstrados na Tabela 1.

Tabela 1 - Resultados dos exames laboratoriais da paciente M. L. D.

| Exame | Resultado |
|--------------------------|-----------------|
| Hemoglobina | 13,6 g/dL |
| Hematócrito | 40,9% |
| Leucócitos | 5500 μ L |
| Plaquetas | 225 000 μ L |
| TGO/TGP | 20/15 U/L |
| VSH | 19 mm/h |
| TSH | 1,28 UI/mL |
| Proteína C-reativa (PCR) | 7 mg/dL |
| T4L | 0,95 ng/dl |
| 25-OH-D | 19,5 ng/mL |
| FR | 1/80 UI/mL |
| FAN | 1/80 NPF |
| Anti-CCP | Negativo |
| IgG anti-CHIKV | Positivo |

Nota: Valores de referência para 1) Hemoglobina - homem: 14 a 18 g/dL; mulher: 12 a 16 g/dL; 2) Hematócrito - homem: entre 40 e 50%; mulher: entre 35 e 45%; 3) Leucócitos - mulher/homem: 4000 a 11000/ μ L; 4) Plaquetas - mulher/homem: 140 000 a 450 000 μ L; 5) TGO - entre 5 e 40 unidades por litro de soro; 6) TGP - entre 7 e 56 U/L; 7) VSH - homem: <50 anos, até 15 mm/h; mulher: 20 mm/h; >50 anos, homem: 20 mm/h; mulher: 30 mm/h; 8) TSH: 0,34 a 5,60 UI/mL; 9) PCR: De 1,0 e 5,0 mg/dL: encontrado em infecções virais e processos inflamatórios leves; De 5,1 e 20,0 mg/dL: encontrado em infecções bacterianas e processos inflamatórios sistêmicos; Acima de 20,0 mg/dL: encontrado em infecções graves, grandes queimados e em politraumatismo; 10) T4L: 0,7 a 1,8 ng/dl; 11) 25-OH-D: 20 a 30 ng/mL; 12) FR: Normal ou não reagente: <20 UI/mL; Fracamente reagente ou fracamente positivo: entre 21 e 79 UI/mL; Reagente ou positivo \geq 80 UI/mL; 13) FAN: negativo ou não reagente, 1/40, 1/80 ou 1/160; 14) Anti-CCP: < 20,0 U/mL: negativo; > 20,0 U/mL positivo; IgG anti-CHIKV: Negativo: < 0,8; Indeterminado: 0,8 a 1,0; Positivo: > ou igual a 1,1. Fonte: Dados da Pesquisa (2021).

Pouco se sabe sobre os fatores que levam à cronificação da Chikungunya, entretanto, alguns resultados publicados demonstram que determinados fatores estão mais associados à evolução para a forma crônica, como sexo feminino, idade acima de 40 anos, envolvimento articular proeminente na fase aguda (edema e rigidez articulares, poliartrite, tenossinovite) (Essackjee et al., 2013; Rodriguez-Morales et al., 2016), diagnóstico de doença articular prévia, como osteoartrite (OA) (Sissoko et al., 2009) e presença de comorbidades, como diabetes mellitus (DM) (Schilte et al., 2013). A maioria desses critérios foram registrados na paciente M.L.D., o que corrobora com a hipótese dela está apresentando um quadro de cronificação da chikungunya. Esses fatores de risco, são indicativos importantes para serem considerados relevantes no diagnóstico de chikungunya, devido à alta probabilidade de cronificação, merecendo uma maior atenção. Inclusive, existem indicações de se pesquisar altos níveis de proteína C-reativa (PCR) e sorologia para CHIKV IgG, os quais são considerados preditores de progressão crônica (Marques et al., 2017), assim, no exame da paciente em questão, os testes PCR e CHIKV IgG apresentaram resultado positivo, fortalecendo tal indicação. Já uma apresentação de uma fase aguda com dor articular sem edema e rigidez está mais relacionado à recuperação (Marques et al., 2017a; Murillo-Zamora et al., 2017).

O acometimento articular na Chikungunya, está presente em praticamente todos os casos, independente da fase da doença, manifesta-se com artralgia e/ou artrite com um padrão simétrico, bilateral e poliarticular. Além disso, tende a atingir pequenas e grandes articulações e com maior frequência nas regiões mais distais como punhos, mãos, tornozelos e pés, com piora matinal e aos esforços (Castro et al., 2016; Brasil, 2017; Marques et al., 2017a). Esse padrão de dor é apresentado pela paciente em questão, se caracterizando como um caso típico de chikungunya, no qual apresentou sintomas de dores em punhos, joelhos, tornozelos e cotovelos, com edema articular, rigidez matinal, sem calor, eritema, e persistente, mesmo que essa última característica não seja a mais comum no quadro crônico, pois cerca de 60 a 80% da fase crônica da Chikungunya se apresenta de maneira recidivante (Brasil, 2017; Marques *et al.*, 2017a).

É inegável que o quadro da paciente seja semelhante com o de outras doenças reumatológicas crônicas levando os profissionais de saúde à dúvida, como nesse relato de caso, no qual houve a suspeita de AR. Essa confusão ocorre porque a clínica das duas doenças é muito semelhante, sendo necessário a exclusão da AR, espondiloartrite, gota, doenças autoimunes, disfunção tireoidiana, hepatite viral crônica e sarcoidose, para fechar o diagnóstico de doença articular crônica pós chikungunya. Logo, é necessário a pesquisa de autoanticorpos, mesmo que o local que o paciente resida apresente alto índice de epidemiologia para chikungunya (Brasil, 2017; Marques et al., 2017a), neste caso, a paciente mora na região nordeste, que em 2021 teve 64.091 casos de infecção por chikungunya, com a maior taxa do Brasil (Brasil, 2022).

Ainda sobre o diagnóstico diferencial entre chikungunya e AR, as alterações histopatológicas encontradas em ambas é semelhante, constituindo de hiperplasia sinovial, proliferação vascular e infiltração de macrófagos perivasculares (Marques et al., 2017a). Quando há relação dessas duas doenças, os níveis de fator reumatoide (FR) e de anticorpo anti-CCP não são elevados (Castro et al., 2016). No caso relatado, o FR teve resultado positivo, enquanto o anti-CCP teve resultado negativo, contudo, o diagnóstico de AR fora feito erroneamente, já que a paciente não preenche os critérios clínicos para a doença, segundo o critério de classificação ACR-EULAR 2010 (Fuller, 2010), que indica que o paciente deve ter pontuação maior ou igual a 6 para classificação definitiva de um paciente com artrite reumatoide (tabela 2), nesse caso, a paciente apresentou 5 pontos (acometimento articular= 1; sorologia= 2; duração dos sintomas= 1; provas de atividade inflamatória= 1). Quanto à positividade do FR, tem-se que é um exame bastante sensível (91%), porém não muito específico (78,7%) (Goeldner et al., 2011; Silva et al., 2006).

Tabela 2 - Critérios classificatórios para AR 2010 ACR/EULAR.

| Acometimento articular (0-5) | |
|---|---|
| 1 grande articulação | 0 |
| 2-10 grandes articulações | 1 |
| 1-3 pequenas articulações (grandes não contadas) | 2 |
| 4-10 pequenas articulações (grandes não contadas) | 3 |
| > 10 articulações (pelo menos uma pequena) | 5 |
| Sorologia (0-3) | |
| FR negativo E ACPA negativo | 0 |
| FR positivo OU ACPA positivo em baixos títulos | 2 |
| FR positivo OU ACPA positivo em altos títulos | 3 |
| Duração dos sintomas (0-1) | |
| < 6 semanas | 0 |
| ≥ 6 semanas | 1 |
| Provas de atividade inflamatória (0-1) | |
| PCR normal E VHS normal | 0 |
| PCR anormal OU VHS anormal | 1 |

Nota: Pontuação maior ou igual a 6 é necessária para classificação definitiva de um paciente com AR. Consideram-se, para fins de classificação, como pequenas articulações as metacarpofalangeanas, interfalangeanas proximais, metatarsofalangeanas (segunda a quinta), primeira interfalangeana e punhos, e como grandes articulações ombros, cotovelos, quadril, joelhos, tornozelos. Fonte: Modificado a partir de Mota (2011).

Em relação ao tratamento da paciente, na fase aguda, deveria ter sido realizado com sintomáticos, como analgésicos comuns e opióides fracos para a dor, evitando o uso de anti-inflamatórios não-esteroidais (AINEs), salicilatos e corticoesteróides; e na fase subaguda, acrescentado AINEs e drogas adjuvantes. Ainda, era necessário ter investigado os sinais de gravidade, como irritabilidade, sonolência, cefaleias intensas e persistentes, crises convulsivas e déficit de força; dor torácica, palpitações e arritmias; dispneia; pois pacientes com sinais de gravidade ou com critérios positivos para internação devem ser acompanhados em leitos de internação. Vale destacar que o manejo incorreto na fase aguda da doença, com controle inadequado da dor, aumenta as chances de cronificação. Porém, não é possível afirmar isso de fato, pois a cronificação da chikungunya depende de vários fatores (Brasil, 2017; Marques, et al., 2017b).

Em relação a terapia utilizada por M.L.D., fica claro que foram iniciados medicamentos para AR pela associação de MTX, AINE, corticoide, ranitidina e carbamazepina. Já a Diacireína, que geralmente é indicada para osteoartrite, não foi encontrada recomendação para seu uso em casos de AR, nem de Chikungunya crônica (Mota, 2011). No tratamento da chikungunya crônica, deve-se começar escalonando as drogas: inicia-se com analgésicos, sendo necessário na maioria das vezes o uso de opióides; em seguida, associa-se a AINES; depois, os corticosteroides, os quais devem ser feitos com muito cuidado em pacientes com hipertensão não controladas. Isto chama atenção nessa paciente, pois, mesmo não podendo afirmar que a hipertensão dela não estava controlada apenas com a aferição da consulta, fica clara a necessidade de investigar essa paciente com delicadeza, até para associar se a dor pode ou não ser a causa dessa elevação (Brasil, 2017; Marques, et al., 2017b).

Apenas nos casos em que não se consegue uma melhora clínica após a retirada do corticosteroide é que temos as recomendações de dar início ao uso de MTX ou hidroxicloroquina, inclusive, as evidências emergentes demonstram que o MTX em baixa dose, um medicamento modificador da doença amplamente disponível e relativamente seguro na artrite reumatóide, também pode ser eficaz no tratamento da artrite crônica por chikungunya (Amaral et al., 2020; Amaral et al., 2018; Bedoui et al., 2018). Ainda, se a paciente não melhorar, pode-se adicionar antimaláricos e até mesmo terapia biológica (Brasil, 2017; Marques, et al., 2017b; Sales et al., 2018). No mais, um ponto muito importante no tratamento, tanto da Chikungunya quanto da AR, e que foi suprimida nessa conduta do caso, é a reabilitação física. No caso da Chikungunya

crônica, é indicado realizar orientações posturais, terapia manual, exercícios ativos livres, resistidos, proprioceptivos e aeróbicos, fisioterapia aquática (Mota, 2011; Brasil, 2017).

4. Conclusão

Apresentamos um caso de uma paciente do sexo feminino, com idade de 55 anos, que relatou ter passado por quadro viral agudo, característico de chikungunya, mais tarde, em consulta com ortopedista fora diagnosticada com artrite reumatoide. Através dos exames foi possível verificar o fator reumatoide reagente, todavia, podemos associar a chikungunya crônica à complexos imunes mesmo que a paciente não apresente uma doença autoimune. Por meio do IgG anti-CHIKV, foi confirmado a cronificação de chikungunya da paciente, sendo assim, a semelhança na patogênese entre artrite crônica por chikungunya e artrite reumatoide pode explicar o diagnóstico equivocado desta paciente. Porém, tendo em vista a importância do diagnóstico correto, deve-se levar em consideração que a artrite por chikungunya pode fazer parte do diagnóstico diferencial de artrite reumatoide. Quanto ao tratamento, apesar das semelhanças entre os medicamentos usados para artrite reumatoide e chikungunya crônica, a abordagem, neste caso, negligenciou a fase aguda, pois deveria ter sido realizada com medicamentos sintomáticos, como analgésicos comuns e opioides fracos para a dor, evitando o uso de anti-inflamatórios não-esteroidais, e apenas na fase subaguda, acrescentar os AINEs e drogas adjuvantes. Consequentemente, o tratamento optado foi inadequado para essa paciente, o que explica o fato de a paciente não ter apresentado melhora. Assim, o diagnóstico diferencial e a terapêutica da chikungunya crônica devem ser lembrados para facilitar a melhora da qualidade de vida dos pacientes.

Referências

- Amaral, J.K., Bingham, C.O., & Schoen, R.T. (2020). Successful methotrexate treatment of chronic Chikungunya arthritis. *JCR: J Clin Rheumatol*, 26(3), 119-124. [10.1097/00124743-900000000-99120](https://doi.org/10.1097/00124743-900000000-99120).
- Amaral, J. K., Sutaria, R., & Schoen, R.T. (2018). Treatment of chronic chikungunya arthritis with methotrexate: a systematic review. *Arthritis Care Res*, 70(10), 1501-1508. [10.1002/acr.23519](https://doi.org/10.1002/acr.23519).
- Azevedo, R. S. S., Oliveira, C. S., & Vasconcelos, P. F. C. (2015). Chikungunya risk for Brazil. *Rev. Saude Publica*, 49(58), 1-6. <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2015049006219>.
- Bedoui, Y., Giry, C., Jaffar-Bandjee, M., Selambarom, J., Guiraud, P., & Gasque, P. (2018). Immunomodulatory drug methotrexate used to treat patients with chronic inflammatory rheumatism post-chikungunya does not impair the synovial antiviral and bone repair responses. *PLOS Negl Trop Dis*, 12(8), 1-22. [10.1371/journal.pntd.0006634](https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0006634).
- Brasil. Ministério da Saúde. (2017). *Chikungunya: Manejo Clínico (1ª ed.)*. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Brasília: Ministério da Saúde. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/chikungunya_manejo_clinico.pdf.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2022). *Monitoramento dos casos de arboviroses urbanas causados por vírus transmitidos pelo mosquito Aedes (dengue, chikungunya e zika), semanas epidemiológicas 1 a 7, 2022*. Boletim Epidemiológico. Secretaria de Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde, v. 53(7), 1-36. <http://plataforma.saude.gov.br/anomalias-congenitas/boletim-epidemiologico-SVS-07-2022.pdf>.
- Burt F. J., Chen W., Miner J. J., Lenschow D. J., Merits A., Schnettler E., Kohl, A., Rudd, P. A., Taylor, A., Herrero, L. J., Zaid, A., Lisa, F. P. Ng, & Mahalingam, S. (2017). Chikungunya virus: an update on the biology and pathogenesis of this emerging pathogen. *Lancet. Infect. Dis.*, 17(4), 107-117. [10.1016/S1473-3099\(16\)30385-1](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(16)30385-1).
- Castro, A. P. C. R., Lima, R. A., & Nascimento, J. S. (2016). Chikungunya: a visão do clínico de dor. *Rev. dor*, 17(4), 299-302. <https://doi.org/10.5935/1806-0013.20160093>.
- Cavalcanti, L. P. G., Escossia, K., Simiao, A. R., Linhares, P. M. C., Lima, A. A. B., Lopes, K. W., Braga, D. N. M., Ramalho, I. L. C., Mello, L. M. S., Vale, R. L. S., Barreto, F. K. A., Oliveira, R. M. A. B., Neto, A. S. L., & Araújo, F. M. C. (2019). Experiência da comissão de investigação de óbitos por arbovírus no Ceará, Brasil, em 2017: avanços e desafios. *Epidemiol Serv Saude*, 28(3), 1-7. <https://doi.org/10.5123/s1679-49742019000300011>.
- Donalisio, M. R., Freitas, A.R., & Zuben, A. P. (2017). Arboviroses emergentes no Brasil: desafios para a clínica e implicações para a saúde pública. *Rev. Saude Publica*, 51(30), 1-6. <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2017051006889>.
- Dupuis-Maguiraga, L., Noret, M., Bruna, S., Le Grand, R., Gras, G., & Roques, P. (2012). Chikungunya Disease: Infection-Associated Markers from the Acute to the Chronic Phase of Arbovirus-Induced Arthralgia. *Plos Neglected Tropical Diseases*, 6 (3), 01-10. [10.1371/journal.pntd.0001446](https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0001446).
- Essackjee, K., Goorah, S., Ramchurn, S. K., Cheeneebash, J., & Walkerbone, K. (2013). Prevalence of and risk factors for chronic arthralgia and rheumatoid-like polyarthritis more than 2 years after infection with chikungunya virus. *Postgrad Med J*, 89(1054), 440-447. [10.1136/postgradmedj-2012-131477](https://doi.org/10.1136/postgradmedj-2012-131477).

- Fuller, R. (2010). Critério de classificação da artrite reumatoide ACR-EULAR 2010. *Rev Bras Reumatol*, 50 (5): 481-86. <https://doi.org/10.1590/S0482-50042010000500001>.
- Gentil, F. A., Dias, D. T., Pacheco, D., Luz, E. A.; Costa, L. G. F. S., & Brum, R. M. O. (2016). Criptococose: relato de caso. *Acta Biomedica Brasiliensia*, v.7(2): 102-109, 2016. <https://doi.org/10.18571/acbm.114>.
- Goeldner, I., Skare, T. L., Reason, I. T. M., & Utiyama, S. R. R. (2011). Artrite reumatoide: uma visão atual. *J Bras Patol Med Lab.*, 47(5), 495-503. <https://doi.org/10.1590/S1676-24442011000500002>.
- Governo do Estado do Ceará. (2018). *Boletim Epidemiológico: Dengue, Chikungunya e Zika*. Coordenadoria de Vigilância em Saúde - Célula de Vigilância Epidemiológica. Fortaleza, Brasil: Saúde. https://www.fortaleza.ce.gov.br/images/Informe_semanal_ARBOVIROSES_19%C2%AA_2022_-_Fortaleza-CE.pdf.
- Lima Neto, A. S., Sousa, G. S., Nascimento, O. J., & Castro, M. C. (2019). Chikungunya-attributable deaths: A neglected outcome of a neglected disease. *PLoS Negl Trop Dis*, 13(9): e0007575. [10.1371/journal.pntd.0007575](https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0007575).
- Marques, C. D. L., Duarte, A. L. B. P., Ranzolin, A., Dantas, A. T., Cavalcanti, N. G., Gonçalves, R. S. G., Rocha Junior, L. F., Valadares, L. D. A., Melo, A. K. G., Freire, E. A. M., Teixeira, R., Bezerra Neto, F. A., Medeiros, M. M. C., Carvalho, J. F., Santos, M. S. F., Océa, R. A. L. C., Levy, R. A., Andrade, C. A. F., Pinheiro, G. R. C., & Christopoulos, G. (2017a). Recommendations of the Brazilian Society of Rheumatology for diagnosis and treatment of Chikungunya fever. Part 1-Diagnosis and special situations. *Revista brasileira de reumatologia*, v. 57(2), 421-437. <https://doi.org/10.1016/j.rbre.2017.05.006>.
- Marques, C. D. L., Duarte, A. L. B. P., Ranzolin, A., Dantas, A. T., Cavalcanti, N. G., Gonçalves, R. S. G., Rocha Junior, L. F., Valadares, L. D. A., Melo, A. K. G., Freire, E. A. M., Teixeira, R., Bezerra Neto, F. A., Medeiros, M. M. C., Carvalho, J. F., Santos, M. S. F., Océa, R. A. L. C., Levy, R. A., Andrade, C. A. F., Pinheiro, G. R. C., & Christopoulos, G. (2017b). Recommendations of the Brazilian Society of Rheumatology for the diagnosis and treatment of chikungunya fever. Part 2-Treatment. *Revista brasileira de reumatologia*, 57(2), 438-451. <https://doi.org/10.1016/j.rbre.2017.06.004>.
- Mota, L. M. H., Cruz, B. A., Brenol, C. V., Pereira, I. A., Fronza, L. S. R., Bertolo, M. B., Freitas, M. V. C., Silva, N. A., Louzada-Junior, P., Giorgi, R. D. N., Lima, R. A. C., & Pinheiro, G. R. C. (2011). Consenso da Sociedade Brasileira de Reumatologia 2011 para o diagnóstico e avaliação inicial da artrite reumatoide. *Revista Brasileira de Reumatologia*, 51(3), 207-219. <https://www.scielo.br/j/rbr/a/QDxNF66fBZ6RYYv3TTFn8P/?format=pdf&lang=pt>.
- Murillo-Zamora, E., Mendoza-Cano, O., Trujillo-Hernández, B., Sánchez-Piña, R. A., & Guzmán-Esquivel, J. (2017). Persistent arthralgia and related risks factors in laboratory-confirmed cases of Chikungunya virus infection in Mexico. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 41, e72. [10.26633/RPSP.2017.72](https://doi.org/10.26633/RPSP.2017.72).
- Nunes, M. R., Faria, N. R., Vasconcelos, J. M., Golding, N., Kraemer, M. U.G., Oliveira, L. F., Azevedo, R. S. S., Silva, D. E. A., Silva, E. V. P., Silva, S. P., Carvalho, V. L., Coelho, G. E., Cruz, A. C. R., Rodrigues, S. G., Vianez Jr, J. L. S. G., Nunes, B. T. D., Cardoso, J. F., Tesh, R. B., Hay, S., Pybu, O. G., & Vasconcelos, P. F. C. (2015). Emergence and potential for spread of chikungunya virus in Brazil. *BMC Med.*, 13(102), 1-11. [10.1186/s12916-015-0348-x](https://doi.org/10.1186/s12916-015-0348-x).
- Organização Mundial da Saúde. (2017). *Resposta Global de Controle de Vetores 2017-2030: Uma Abordagem Estratégica para Enfrentar Doenças Transmitidas por Vetores*. Suíça: OMS, 2017. [http://www.who.int/malaria/areas/vector_control/Draft-WHO-GVCR-2017-2030- esp.pdf?ua=1](http://www.who.int/malaria/areas/vector_control/Draft-WHO-GVCR-2017-2030-esp.pdf?ua=1).
- Petitdemange, C., Wauquier, N., & Vieillard, V. (2015). Control of immunopathology during chikungunya virus infection. *Journal Of Allergy And Clinical Immunology*, 135(4), 846-855. [10.1016/j.jaci.2015.01.039](https://doi.org/10.1016/j.jaci.2015.01.039).
- Rodriguez-Morales, A. J., Cardona-Ospina, J. A., Urbano-Garzon, S. F., & Hurtado-Zapata, J. S. (2016). Prevalence of post-chikungunya chronic inflammatory rheumatism: a systematic review and meta-analysis. *Arthritis Care Res.*, 68(12), 1849- 1858. <https://doi.org/10.1002/acr.22900>.
- Sales, G. M. P. G., Barbosa, I. C. P., Canejo Neta, L. M. S., Melo, P. L., Leitão, R. de A., & Melo, H. M. A. (2018). Treatment of chikungunya chronic arthritis: A systematic review. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 64(1), 63-70. <https://doi.org/10.1590/1806-9282.64.01.63>.
- Schilte, C., Staikowsky, F., Couderc, T., Madec, Y., Carpentier, F., Kassab, S., Albert, M. L., Lecuit, M., & Michault, A. (2013). Chikungunya virus-associated long-term arthralgia: a 36-month prospective longitudinal study. *PLoS Negl Trop Dis*, 7(3), 1-11. <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0002137>.
- Silva, L. A., & Dermody, T. S. (2017). Chikungunya virus: epidemiology, replication, disease mechanisms, and prospective intervention strategies. *Journal Of Clinical Investigation*, 127(3), 737-749. [10.1172/JCI84417](https://doi.org/10.1172/JCI84417).
- Silva, A. F., Matos, A. N., Lima, Á. M. S., Lima, E. F., Gaspar, A. P., Braga, J. A. F., & Carvalho, E. M. (2006). Valor diagnóstico do anticorpo anti-peptídeo citrulinado cíclico na artrite reumatoide. *Rev. Bras. Reumatol.* 46 (3), 1-7. <https://doi.org/10.1590/S0482-50042006000300003>
- Simon F., Javelle E., Oliver M., Leparç-Goffart I., & Marimoutou C. (2011). Chikungunya virus infection. *Curr. Infect. Dis.*, 13(3), 218–228. [10.1007/s11908-011-0180-1](https://doi.org/10.1007/s11908-011-0180-1).
- Sissoko, D.; Malvy, D.; Ezzedine, K.; Renault, P.; Moscetti, F.; Ledrans, M.; & Pierre, V. (2009). Post-epidemic Chikungunya disease on Reunion Island: course of rheumatic manifestations and associated factors over a 15-month period. *PLoS Negl Trop Dis.*, 3(3), 1-6. [10.1371/journal.pntd.0000389](https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0000389).
- Tauil, P. L. (2014). Condições para a transmissão da febre do vírus chikungunya. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 23(4), 773-774. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742014000400020>.
- Weaver S. C., & Lecuit M. (2015). Chikungunya Virus and the Global Spread of a Mosquito-Borne Disease. *New England Journal Of Medicine*, 372(13): 1231–1239. [10.1056/NEJMra1406035](https://doi.org/10.1056/NEJMra1406035).
- Weaver, S. C., & Reisen, W. K. (2010). Present and future arboviral threats. *Antiviral Res.*, 85(2): 328–345. [10.1016/j.antiviral.2009.10.008](https://doi.org/10.1016/j.antiviral.2009.10.008).