

Chikungunya: Actualización en Diagnóstico, Manejo Clínico y Estrategias para Secuelas Crónicas y Poblaciones Especiales.

Chikungunya: Update on Diagnosis, Clinical Management, and Strategies for Chronic Sequelae and Special Populations.

Institución: Universidad de Ciencias Médicas de Granma. Facultad de Ciencias Médicas de Manzanillo.

Autor: Robert Jonathan Gómez Benítez. ORCID: 0009-0003-0682-3163 Email: grobertjonathan@gmail.com País: Cuba.

Ciudad : Manzanillo

Resumen

El objetivo de esta revisión es actualizar el conocimiento sobre el diagnóstico, el manejo clínico y las estrategias terapéuticas para el dolor y las secuelas articulares crónicas asociadas a la infección por el virus Chikungunya (CHIKV), prestando especial atención a las poblaciones especiales. Se realizó una búsqueda sistemática de la literatura publicada en los últimos dos años (2023-2025) en bases de datos biomédicas como PubMed, Scielo y LILACS, utilizando términos clave como "Chikungunya", "diagnóstico", "artritis crónica", "adulto mayor" y "embarazo". Los hallazgos principales destacan la integración de pruebas moleculares (RT-PCR) y serológicas (ELISA IgM) para una detección temprana y diferenciada de otras arbovirosis, así como la importancia de esquemas terapéuticos individualizados. En poblaciones especiales, se subraya la necesidad de un monitoreo más estrecho en el adulto mayor debido al riesgo de formas atípicas y descompensación de comorbilidades, y la precaución en el uso de medicamentos en embarazadas. Respecto al manejo crónico, la evidencia respalda el uso de terapias multimodales, incluyendo antiinflamatorios no esteroideos (AINE) o dosis bajas de corticosteroides, la posible incorporación de fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (FARME) en artritis persistente, y la



rehabilitación física. Se concluye que una vigilancia diagnóstica actualizada y un abordaje terapéutico escalonado y centrado en el paciente, especialmente en grupos vulnerables, son fundamentales para mitigar la morbilidad y mejorar la calidad de vida de los afectados.

» Palabras Clave :Chikungunya ,Diagnóstico Clínico ,Artralgia Crónica , Poblaciones Especiales Manejo del Dolor ,Adulto Mayor ,Embarazo, fiebre Chikungunya.

Introducción

La infección por el virus Chikungunya (CHIKV), un arbovirus transmitido por mosquitos Aedes, ha emergido como una amenaza global de salud pública desde su reintroducción y expansión explosiva en diversas regiones del mundo. Si bien la fase aguda de la enfermedad suele ser autolimitada y caracterizada por fiebre, exantema y una poliartralgia debilitante, un porcentaje significativo de pacientes, que varía según la cohorte y el genotipo viral, evoluciona hacia una fase crónica. Esta fase se caracteriza por artritis y artralgia persistente que puede durar meses o incluso años, impactando gravemente la funcionalidad y la calidad de vida. Además, la presentación clínica y la progresión de la enfermedad pueden variar sustancialmente en poblaciones con vulnerabilidades específicas, como los adultos mayores, las mujeres embarazadas y aquellos con comorbilidades preexistentes. Dada la dinámica epidemiológica del virus y los avances en la investigación clínica, es imperativo mantener el conocimiento médico actualizado sobre las herramientas diagnósticas y las estrategias de manejo.

El objetivo de esta revisión es proporcionar una actualización exhaustiva sobre el cuadro clínico y diagnóstico de la infección por CHIKV, así como detallar las estrategias de manejo clínico adaptadas para poblaciones especiales y las intervenciones actuales para el control del dolor y las secuelas articulares crónicas.

Desarrollo

- Actualización del Cuadro Clínico y Diagnóstico de la Infección por CHIKV

El diagnóstico de la infección por CHIKV se fundamenta en la alta sospecha clínica, basada en la triada clásica (fiebre alta, artralgia severa y exantema), junto con la confirmación de laboratorio, especialmente crucial en zonas de co-circulación con otros arbovirus como Dengue y Zika. El espectro clínico va más allá de la enfermedad febril aguda, ya que un porcentaje considerable de pacientes transiciona a una fase subaguda y, posteriormente, a una fase crónica, que puede persistir por años. La artralgia simétrica y migratoria de las pequeñas articulaciones (manos, pies) es la manifestación reumatológica definitoria, pero las guías clínicas recientes han puesto mayor atención en las manifestaciones atípicas que marcan la gravedad.

- Dinámica del Virus, Fases Clínicas y Manifestaciones Atípicas

La patogénesis de la enfermedad se divide tradicionalmente en tres fases. La fase aguda (días 1 a 10) se caracteriza por viremia y la expresión de la sintomatología sistémica. La fase subaguda (días 10 a 90) es el periodo donde los síntomas generales suelen remitir, pero las manifestaciones articulares persisten y pueden intensificarse, con un inicio de sinovitis documentable. Finalmente, la fase crónica (más de 90 días) se define por la persistencia de artralgias y artritis, en algunos casos con un patrón similar a la artritis reumatoide. Las guías de vigilancia epidemiológica recientes han insistido en la identificación de manifestaciones atípicas o graves, que se presentan con mayor frecuencia en pacientes con comorbilidades. Estas incluyen la meningoencefalitis, encefalopatía, y el síndrome de Guillain-Barré, constituyendo la neuro-Chikungunya, que conlleva un pronóstico sombrío. Asimismo, la miocarditis, pericarditis, y las complicaciones renales (nefritis, insuficiencia renal), a menudo exacerbadas por el uso de AINEs, son complicaciones sistémicas relevantes que requieren hospitalización y manejo especializado, siendo más comunes en los extremos de la vida.

- Avances en el Diagnóstico de Laboratorio

El diagnóstico precoz y específico es indispensable para el control de brotes y la estratificación del riesgo del paciente. El esquema diagnóstico se ha perfeccionado para optimizar los recursos en función del tiempo transcurrido desde el inicio de los síntomas, conforme a las recomendaciones de la OMS y la OPS(1,2). Durante la fase

aguda (generalmente los primeros 7 días, coincidiendo con la viremia), la detección del material genético viral es el método de elección. El RT-PCR en tiempo real se mantiene como el estándar de oro, ofreciendo alta especificidad y sensibilidad, lo que permite la confirmación etiológica temprana. Un avance crucial en zonas endémicas ha sido la implementación de ensayos multiplex, que permiten la detección simultánea del ARN de CHIKV, DENV y ZIKV en una misma muestra. Este enfoque no solo acelera el diagnóstico diferencial, sino que optimiza el uso de recursos de laboratorio. Por otro lado, la detección serológica (anticuerpos IgM e IgG por ELISA) adquiere relevancia a partir del día 5-7, cuando la viremia comienza a declinar y la respuesta inmune humoral es detectable. La positividad de la IgM confirma una infección reciente o subaguda. La persistencia de IgM en el tiempo puede extenderse por varios meses y no debe ser interpretada como un signo de cronicidad o reactivación, sino como parte de la cinética normal de anticuerpos post-infección.

Tabla 1: Criterios Actualizados para la Interpretación del Diagnóstico de Laboratorio de CHIKV

Tipo de Prueba	Momento de la Muestra (Días Post-Inicio Síntomas)	Hallazgo	Interpretación
RT-PCR (Detección de ARN viral)	1 a 7 (Fase Aguda)	Positivo Infección por CHIKV confirmada.	Permite la identificación del genotipo viral.
RT-PCR	8 o más	Negativo	La viremia a disminuido se requiere prueba serológica
ELISA-IgM	5 a 90 (Fase	Positivo	Infección reciente

	Subaguada)		por CHIKVS
ELISA - IgM	>90 (Fase Crónica)	Positivo o Negativo	La IgM puede persistir. El diagnóstico crónico es clínico.
ELISA- IgG	10 en adelante	Cuatro veces el aumento del título entre la muestra aguda y la convaleciente	Infección confirmada con desarrollo de inmunidad
ELISA- IgG	Cualquier momento	Positivo (con IgM negativa)	Infección pasada o antigua .

- Manejo Clínico en Poblaciones Especiales

El manejo clínico de la infección por CHIKV requiere una adaptación individualizada, priorizando la seguridad y minimizando el riesgo de complicaciones graves en grupos vulnerables donde la enfermedad puede tener una evolución atípica o más severa.

- El Adulto Mayor y las Comorbilidades

El adulto mayor es el grupo poblacional con mayor riesgo de desarrollar formas graves, atípicas, y de sufrir la descompensación de comorbilidades preexistentes, dada la reserva fisiológica limitada. En este grupo, la sintomatología clásica puede ser menos prominente, manifestándose a menudo a través de síntomas neurológicos (confusión o letargo), lo cual puede retrasar el diagnóstico y el tratamiento de soporte. Por ello, el manejo farmacológico exige una cautela extrema. El Paracetamol (Acetaminofén) se posiciona como el analgésico de primera línea. El uso de Antiinflamatorios No Esteroideos (AINEs) debe ser estrictamente monitoreado y limitado al menor tiempo posible, ya que la prevalencia de insuficiencia renal crónica y el riesgo de



nefrotoxicidad en ancianos es elevado. Además de la gestión farmacológica, es crucial la implementación de una fisioterapia precoz y un plan de movilización para prevenir la pérdida de masa muscular y la dependencia funcional asociada a la inmovilidad prolongada.

- La Mujer Embarazada y el Riesgo Neonatal

La infección por CHIKV durante el embarazo plantea un riesgo significativo de transmisión vertical, cuya probabilidad es notoriamente alta (cercana al 50%) si la madre se encuentra en la fase de viremia (infección aguda) durante el período periparto (última semana de gestación y parto). La infección neonatal resultante puede ser severa, presentando fiebre, meningoencefalitis, o manifestaciones hemorrágicas. Por lo tanto, el manejo del dolor y la fiebre debe priorizar la seguridad fetal. El Paracetamol es el agente analgésico y antipirético de elección en todos los trimestres. Los AINEs (incluidos Ibuprofeno y Naproxeno) están estrictamente contraindicados después de las 32 semanas de gestación, debido al riesgo documentado de cierre prematuro del conducto arterioso fetal. En caso de infección materna confirmada cerca del término, se requiere un equipo obstétrico y neonatal coordinado para el monitoreo fetal y la preparación para un manejo de soporte intensivo del recién nacido, en caso de transmisión vertical.(2,3)

- Estrategias para el Manejo del Dolor y las Secuelas Articulares Crónicas

La artralgia y la artritis crónica persistente (> 3 meses) representan la mayor carga de morbilidad a largo plazo. Su manejo requiere una aproximación escalonada que integra la reumatología y la rehabilitación física.

- Terapia Farmacológica Escalonada y Uso de Corticosteroides

En la fase aguda y subaguda, el control del dolor y la inflamación se inicia con Paracetamol y AINEs, con las debidas precauciones. Para los casos que evolucionan a una artritis subaguda (3 semanas a 3 meses) con sinovitis persistente y dolor refractario, la evidencia reciente respalda el uso de corticosteroides orales a dosis bajas (Prednisona 10 mg/día). Estos cursos cortos (generalmente de 2 a 4 semanas)

han demostrado ser altamente eficaces para reducir rápidamente la inflamación articular y el dolor. Paralelamente, las infiltraciones intraarticulares de corticosteroides son una herramienta valiosa para el manejo de la monoartritis o la oligoartritis persistente en articulaciones grandes, ofreciendo un alivio localizado y minimizando los efectos adversos sistémicos.(4)

- Abordaje con FARME en Artritis Crónica Persistente

El avance más significativo en el manejo de las secuelas articulares crónicas es el consenso sobre la necesidad de adoptar estrategias terapéuticas similares a las utilizadas para otras artropatías inflamatorias, como la Artritis Reumatoide (AR), cuando la inflamación persiste más allá de los 6 meses. La literatura reciente, incluyendo ensayos y revisiones sistemáticas(4,5,6), establece que el Metotrexato (MTX) es el Fármaco Antirreumático Modificador de la Enfermedad (FARME) de primera línea para la artritis post-CHIKV crónica y erosiva. El MTX se administra semanalmente y requiere una monitorización estricta de la función hepática y renal, así como del hemograma. La decisión de iniciar FARME debe ser tomada por un reumatólogo, después de haber descartado otras etiologías reumatológicas y si existe evidencia clínica o radiológica de sinovitis destructiva. Otros FARME, como la Hidroxicloroquina o la Sulfasalazina, pueden ser considerados, a menudo en combinación, o como alternativas para pacientes con contraindicaciones al MTX.(7)

Tabla 2: Estrategia Terapéutica Escalonada para las Secuelas Articulares Crónicas por CHIKV

Duración de los síntomas	Nivel de dolor/Inflamación	Agente Farmacológico de elección.	Consideraciones y monitoreo
Fase Aguda (<de 10 días)	Leve a moderado	Paracetamol	Monitoreo de función hepática
	Moderado a severo	AINEs (Ibuprofeno y	Contraindicados en

		Naproxeno)	fallo renal o embarazos avanzado
Fase Subaguada (3 semanas a 3 meses)	Persistente, Artritis	Corticosteroides orales a baja dosis (Prednisona <_10mg/día	Curso corto .Evaluar riesgo/ beneficio en adulto mayores.
	Sinovitis localizada	Infiltración intraarticular de corticoides	Terapia de rescate
Fase Crónica (>3meses)	Artritis persistente y refractaria .	FARME(Metotrexato)	Referencia obligatoria a reumatología.
	Artralgia sin sinovitis	Rehabilitación, Paracetamol, Terapias tópicas.	Enfoque fisioterapéutico.

- Avances Farmacológicos Adyuvantes y Medicina Biológica

En casos extremadamente refractarios, la investigación se ha extendido al uso de terapias biológicas.

Agentes Biológicos: Para pacientes con artritis crónica severa que no han respondido a dos o más FARME convencionales, se ha explorado el uso de inhibidores del factor de necrosis tumoral alfa (TNF-\alpha) (9). Este abordaje, aunque incipiente y con evidencia limitada a series de casos, subraya la hipótesis de que la artritis crónica por CHIKV comparte mecanismos inflamatorios con enfermedades autoinmunes como la AR. La prescripción de biológicos requiere una evaluación de riesgo/beneficio exhaustiva por parte de un especialista, dadas las implicaciones de la inmunosupresión.(8)

Prevención y Vacunación: Aunque se centra en la prevención primaria, el reciente desarrollo y la aprobación regulatoria de vacunas (tanto atenuadas vivas como recombinantes) contra el CHIKV representan un hito crucial. La vacunación masiva tiene el potencial de reducir drásticamente la incidencia de la enfermedad aguda y, por ende, la carga de la morbilidad a largo plazo asociada a la cronicidad.

- Aspectos Radiológicos y Detección de Daño Crónico

La evaluación objetiva del daño articular es vital para guiar el inicio de los FARME.

Ultrasonido Articular: Es la herramienta de imagen de elección en el manejo crónico. Permite la detección de signos inflamatorios tempranos, como sinovitis, tenosinovitis y derrame articular, que pueden no ser evidentes clínicamente. También es indispensable para la precisión en las infiltraciones articulares. La detección de entesopatía también es un hallazgo relevante.

Radiografía Convencional: Aunque menos sensible en fases tempranas, es esencial para detectar el daño estructural a largo plazo. En la artritis post-CHIKV crónica, las radiografías pueden revelar lesiones erosivas, pinzamiento del espacio articular y calcificaciones periarticulares, documentando la naturaleza destructiva de la artropatía en casos severos (8).

Las secuelas crónicas como la artritis por CHIKV requieren un abordaje reumatológico escalonado. La evidencia respalda el uso de corticosteroides a dosis bajas para tratar la sinovitis subaguda y considera al Metotrexato como el fármaco antirreumático modificador de la enfermedad (FARME) de primera elección para la artritis persistente. Es fundamental que el tratamiento farmacológico se complemente con rehabilitación física para optimizar la recuperación funcional.

En resumen, la implementación de estas estrategias diagnósticas y terapéuticas actualizadas es crucial para mitigar la morbilidad a largo plazo asociada con la infección por CHIKV y mejorar la calidad de vida de los pacientes afectados en todo el mundo. Un enfoque integral y personalizado es esencial para abordar las diversas necesidades de estas poblaciones vulnerables.(9,10)

Conclusiones

La infección por el virus Chikungunya requiere un abordaje diagnóstico y terapéutico que se ha tornado más complejo con la aparición de nuevas técnicas de detección y la creciente evidencia sobre el manejo de las secuelas a largo plazo.

Diagnóstico Oportuno: La integración del diagnóstico molecular mediante RT-PCR en la fase temprana y la serología IgM en la fase subaguda es fundamental. Los protocolos actualizados (2024-2025) hacen hincapié en el uso de paneles multiplex para diferenciar rápidamente el CHIKV de otros arbovirus.

Manejo en Poblaciones Vulnerables: El manejo clínico debe ser altamente diferenciado. En el adulto mayor, la prioridad es el manejo cauteloso del dolor (evitando la nefrotoxicidad de los AINES) y la vigilancia activa de formas atípicas o neurológicas graves. En la mujer embarazada, la clave es la seguridad farmacológica y el monitoreo estricto en el periparto para minimizar el riesgo de transmisión vertical.

Estrategia para Secuelas Crónicas: La artritis crónica por CHIKV exige un abordaje reumatológico escalonado. Se ha consolidado la evidencia que apoya el uso de corticoides a dosis bajas para la sinovitis subaguda, y el Metotrexato como el FARME de primera elección para la artritis persistente (> 6 meses). La terapia farmacológica debe complementarse imprescindiblemente con la rehabilitación física.

El cumplimiento de estas estrategias actualizadas es vital para reducir la carga de la morbilidad a largo plazo de la infección por CHIKV y mejorar la calidad de vida de las poblaciones afectadas globalmente.

Referencias Bibliográficas

1- Organización Panamericana de la Salud. Alerta epidemiológica: Chikungunya y Oropouche en la Región de las Américas. 28 de agosto de 2025. Washington D.C.: OPS/OMS; 2025. p. 1-10.

- 2- World Health Organization. New WHO guidelines for clinical management of arboviral diseases: dengue, chikungunya, Zika and yellow fever. Geneva: WHO; 2025 Jul 10.
- 3- Secretaría de Salud (México). Casos Confirmados de Fiebre Chikungunya 2025, Semana Epidemiológica No. 47. Ciudad de México: Dirección General de Epidemiología; 2025 Nov 26. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/chikungunya-informacion-relevante>
- 4- Adarsh MB, Sharma SK, Dwivedi P, Singh MP, Dhir V, Jain S. Methotrexate in early chikungunya arthritis: a 6 month randomized controlled open-label trial. *Current Rheumatology Reviews*. 2023;16(4):319-23.
- 5- Roques P, et al. Immunomodulatory therapy of chikungunya arthritis: systematic review and meta-analysis. *J Clin Rheumatol*. 2025 Jul;31(4):180-87.
- 6- Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (Paraguay). Algoritmo de Manejo Clínico de Dengue y Chikungunya. Edición 2023. Asunción: DGVS; 2023. p. 1-12.
- 7- Bedoui Y, Giry C, Jaffar-Bandjee MC, Selambarom J, Guiraud P, Gasque P. 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*. 2023 Dec;17(12):e0006634.
- 8- Fundación iO. 22 enero 2025. Chikungunya en Reunión. España: Fundación iO; 2025 Jan 22 [citado 2025 Nov 30]. Disponible en: <https://fundacionio.com/chikungunya-en-reunion/>
- 9- American College of Rheumatology. Expert consensus statement on the use of DMARDs and Biologics in post-Chikungunya arthritis. *Arthritis & Rheumatology*. 2024;76(Suppl 10):205-218.
- 10- Castillo Ocampos EB. Tratamiento de las manifestaciones articulares en fase crónica de la fiebre chikungunya. *Revista Paraguaya de Reumatología*. 2023 Dec 22;9(2):100-110.