

Trabalhos Científicos

Título: Síndrome De Dress E Encefalite Herpética – Desafios Para O Diagnóstico: Relato De Caso

Autores: DÉBORAH S. BERNARDES NACACHE (HOSPITAL MUNICIPAL JESUS), FELIPE AMARO SILVA PEREIRA (HOSPITAL MUNICIPAL JESUS), ANA CLARA BORBA (HOSPITAL MUNICIPAL JESUS), ROBERTA LANAT GARCIA ROZA (HOSPITAL MUNICIPAL JESUS), TATIANA QUINTA DE MENDONÇA (HOSPITAL MUNICIPAL JESUS), DEBORAH DAYUBE (HOSPITAL MUNICIPAL JESUS)

Resumo: Introdução: Relato de um paciente internado no CTI pediátrico de um hospital público de referência no município do Rio de Janeiro, apresentando um quadro de encefalite herpética desencadeado por síndrome de Dress, em decorrência do uso de fenitoína.
Objetivos: Paciente do sexo masculino, 7 anos, admitido com febre, adenopatia e rash difuso, após 21 dias de internação anterior em outra unidade com suspeita de pancreatite medicamentosa induzida por ácido valproico. O paciente possui diagnóstico prévio de epilepsia e foi tratado com fenobarbital, mas a medicação foi alterada para ácido valproico devido a queixas de sonolência diurna. Durante a internação por suspeita de pancreatite, o ácido valproico foi suspenso e iniciado o tratamento com fenitoína venosa. No exame físico de admissão, o paciente apresentava febre há 5 dias, taquicardia, taquipneia, prostração e anasarca, além de exantema morbiliforme difuso, algo pruriginoso. A orofaringe apresentava rash macular no palato e bochechas, linfadenopatia cervical bilateral, e o abdome mostrava fígado palpável a 3 cm do rebordo costal direito. Os exames laboratoriais revelaram provas inflamatória elevadas, além de alterações renais e hepáticas, com ureia 79 mg/dL, creatinina 1,11 mg/dL, TGO 226,2 u/L, TGP 131u/L. As sorologias para TORCH revelaram reatividade para Herpes 1 e 2 (IgM e IgG). A análise do LCR mostrou glicose 66 mg/dL, proteína 562,9 mg/dL, e 205 células, com 90% de mononucleares. O painel multiplex foi reagente para herpes 6. O paciente evoluiu com choque séptico, insuficiência renal aguda, anúria, piora das enzimas hepáticas e piora da função hepática. Além disso, houve descontrole das crises convulsivas e rebaixamento do nível de consciência, necessitando de intubação orotraqueal associado a ventilação mecânica sob sedação e suporte com aminas vasoativas. Foi submetido a pulsoterapia por 3 dias, com duas doses de imunoglobulina venosa, além de aciclovir e um esquema amplo de antibióticos. Apresentou melhora clínica e laboratorial, sendo extubado após desmame de sedoanalgesia.
Metodologia:
Resultados:
Conclusão: A questão que se coloca é: qual condição surgiu primeiro, a síndrome de Dress ou a encefalite herpética? Acredita-se que a reativação viral seja resultado de um estado de imunossupressão causado pela hipersensibilidade à medicação. O HHV-6 é o herpesvírus mais frequentemente associado à síndrome. É imperativo manter um olhar clínico rigoroso ao considerar a possibilidade de farmacodermias, que podem mimetizar diversas condições patológicas. O diagnóstico é desafiador devido à falta de uma apresentação clínica específica. Portanto, uma anamnese detalhada e um exame físico minucioso são fundamentais, assim como a atuação de uma equipe multidisciplinar. Trata-se de uma síndrome complexa, com manifestações multissistêmicas, que variam desde sintomas cutâneos até comprometimento visceral grave, e que podem provocar a reativação de infecções oportunistas e reações cruzadas.