



20° CONGRESSO
BRASILEIRO DE
**Infectologia
Pediátrica**
DE 14 A 17 DE NOVEMBRO • SALVADOR/BA

Trabalhos Científicos

Título: Epstein-Barr Vírus Crônico Como Causa De Febre De Origem Indeterminada (Foi)

Autores: Aline Martins de Mello Meira; Ericka Viana Machado Carellos; Luciana Araújo Oliveira Cunha; Yoriko Bacelar Kashiwabara; Jéssica Aparecida Fernandes; Ana Luiza Garcia Cunha

Resumo: Introdução: FOI é definida por quadro de febre pelo menos 2 a 3 semanas sem um diagnóstico definido após investigação. Causas podem ser agrupadas em infecciosas, reumatológicas/autoimunes e neoplásicas. As infecções são responsáveis pela maioria dos casos. A febre associada com o Epstein barr pode se prolongar por até 3 semanas. Raramente o EBV pode evoluir para um quadro crônico, Epstein barr crônico ativo (CAEBV), caracterizado por febre persistente ou intermitente, linfadenopatia, citopenias, hepatomegalia esplenomegalia, sintomas neurológicos, e exantema por pelo menos 3 meses, associados a detecção do genoma do EBV nos tecidos infectados e/ou demonstração de viremia elevada (PCR DNA=102,5 cópias e/ou anticorpos IgG anti-capsídeo=1:160), sem evidência de imunodeficiência. Descrição do caso: Adolescente, masculino, 11 anos e 4 meses encaminhado devido a febre diária havia 3 meses, mialgia e linfadenomegalia cervical inespecífica e três episódios de lesões aftosas em cavidade oral. Propedêutica ambulatorial mostrou sorologias compatíveis com toxoplasmose adquirida aguda e infecção prévia pelo EBV. À admissão apresentava edema em região mandibular esquerda e antebraço direito que regrediu durante a internação, com aparecimento em outros locais, regressão espontânea. Duas biópsias de pele mostraram dermatite crônica leve perivascular e superficial inespecífica. CK persistentemente elevada (1401). Manteve febre, aumento do fígado (3cm do RCD) e do baço (4 cm RCE) e aparecimento de lesões aftosas em cavidade oral, incluindo a úvula. FAN 1:80 padrão nuclear pontilhado, Fator reumatoide negativo, mielograma normal. Imunodifusão dupla para paracoccidiodomicose não reagente, IFI para Bartonella henselae compatível com possível infecção aguda (IgG 1:128). Foi realizado tratamento para B. henselae com rifampicina e azitromicina durante 14 dias, com melhora da febre apenas durante o tratamento. Diante da persistência do quadro e foi realizado tratamento da toxoplasmose com azitromicina, pirimetamina e ácido folínico, com melhora da febre. Apresentou regressão da hepatoesplenomegalia e permaneceu afebril por 1 mês. Readmitido em leito de terapia intensiva com quadro de insuficiência hepática fulminante, pancitopenia e crise convulsiva tônico-clônico generalizada. Foi feito diagnóstico de linfoblastose hemofagocítica (HLH). Recebeu tratamento com cefepime, imunoglobulina IV e hidrocortisona com recuperação. Propedêutica para causas da HLH revelaram PCR para EBV elevado (907.784 cópias/mL) confirmando o EBV como a causa da HLH, e o diagnóstico de CAEBV para o quadro de febre recorrente e sintomas apresentados nos 6 meses precedentes. Atualmente está em acompanhamento ambulatorial. Comentários: O diagnóstico de EBV crônico foi aventado devido ao tempo prolongado da doença, associado ao PCR positivo para EBV no sangue, solicitado como protocolo de FOI. O EBV pode evoluir com manifestações atípicas, graves e cursos prolongados, não necessariamente com IgM positivo.