



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

Trabalhos Científicos

Título: Síndrome De Stevens Johnson E Hepatite Colestática Devido A Infecção Por Epstein-Barr Vírus: Relato De Caso

Autores: Karolyne Graziella Medeiros Duarte Belchior; Larissa Clara Vieira Goes; Auxiliadora Damianne Pereira Vieira da Costa; Ana Carolina de Carvalho Ruela Pires; Maria Eliza Alencar Nemezio

Resumo: INTRODUÇÃO: A SÍNDROME DE STEVENS JHONSON (SSJ) É UMA DOENÇA CUTÂNEO-MUCOSA DE ALTA MORBIDADE QUE PODE OCORRER POR EFEITO ADVERSO DE UMA MEDICAÇÃO OU, MAIS RARAMENTE, POR NEOPLASIA E INFECCÇÃO, SENDO ESTA MAIS FREQUENTE POR MYCOPLASMA PNEUMONIAE E HERPE-VÍRUS SIMPLES. APESAR DE RARO, TEM SIDO DESCRITO NA LITERATURA MANIFESTAÇÕES DE SSJ POR EPSTEIN-BAAR VÍRUS (EBV) COM MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS DE MONONUCLEOSE INFECCIOSA. DESCRIÇÃO DO CASO: CRIANÇA DO SEXO MASCULINO, 9 ANOS, PORTADOR DE DIABETES MELLITUS TIPO 1 E EPILEPSIA EM USO DE FENOBARBITAL, INICIOU COM EXANTEMA MACULAR PRURIGINOSO EM TRONCO E EXTREMIDADES, ASSOCIADO A FEBRE POR 10 DIAS. DURANTE O INTERNAMENTO, APRESENTOU EDEMA PERIORBITÁRIO, LESÕES BOLHOSAS PELO CORPO COM ACOMETIMENTO DE MUCOSA ORAL E LÁBIOS, SEM ATINGIR GLOBO OCULAR. COM A SUSPENSÃO DO FENOBARBITAL E ADMINISTRAÇÃO DE NOVO ANTICONVULSIVANTE (FENITOÍNA) NÃO HOUVE MELHORA SIGNIFICATIVA. O PACIENTE APRESENTOU HEPATITE COLESTÁTICA CARACTERIZADA POR ICTERÍCIA, HEPATOMEGALIA SEM ALTERAÇÃO DE PARÊNQUIMA E SEM SINAIS DE COLECISTITE. A AVALIAÇÃO LABORATORIAL HEPÁTICA REVELOU BILIRRUBINA DIRETA de 6,76 mg/dl, ASPARTATO AMINOTRANSFERASE (AST) DE 435,3 mg/dl, ALANINA AMINOTRANSFERASE (ALT) DE 700 mg/dl, FOSFATASE ALCALINA (FA) DE 760,7 U/L E GAMA GLUTAMIL TRANSFERASE (GGT) DE 669,8 U/L . O HEMOGRAMA APRESENTOU LEUCOCITOSE ($> 20.000/mm^3$) COM LINFOCITOSE, SENDO 10% LINFÓCITOS ATÍPICOS. NO SCREENING INFECCIOSO MOSTROU APENAS SOROLOGIA REAGENTE PARA EBV IGM. FOI INSTITUÍDO TRATAMENTO DE SUPORTE COM HIDRATAÇÃO E SINTOMÁTICOS. EM SUA EVOLUÇÃO TEVE SEPSE, COM BOA RESPOSTA AO ANTIMICROBIANO, OBTENDO ALTA HOSPITALAR COM TOTAL REGRESSÃO DOS SINTOMAS E MELHORA DAS ALTERAÇÕES LABORATORIAIS. COMENTÁRIOS: A SSJ PODE TER ETIOLOGIA MEDICAMENTOSA, SENDO OS ANTI-CONVULSIVANTES UMA DAS PRINCIPAIS CLASSES DE FÁRMACOS ENVOLVIDAS. NO ENTANTO, OUTRAS CAUSAS, COMO AS INFECCÇÕES, PODEM SER RESPONSÁVEIS PELA MANIFESTAÇÃO DA DOENÇA, ESTANDO ENTRE ESTAS O EBV COMO CONDIÇÃO DE RARIDADE, SENDO DESCRITOS ALGUNS RELATOS DE CASOS PEDIÁTRICOS. COMO O PACIENTE DESTE CASO FAZIA USO DIÁRIO DE ANTICONVULSIVANTE, FOI LEVANTADA A HIPÓTESE DO MESMO COMO PROVOCADOR DA DOENÇA, CONTUDO, O PACIENTE EVOLUIU COM MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS E LABORATORIAIS TÍPICAS DE MONONUCLEOSE INFECCIOSA, ALÉM DA CONFIRMAÇÃO SOROLÓGICA DE INFECCÇÃO AGUDA PELO EBV. APESAR DA ANÁLISE HISTOPATOLÓGICA DAS LESÕES PODER AUXILIAR EM CASOS DUVIDOSOS, O DIAGNÓSTICO DA SSJ É CLÍNICO. A SINGULARIDADE DESTE CASO SE DÁ PELA ASSOCIAÇÃO ENTRE SSJ E MONONUCLEOSE INFECCIOSA, ACOMPANHADA DE COLESTASE HEPÁTICA, UMA CONDIÇÃO POSSÍVEL, PORÉM INCOMUM NA APRESENTAÇÃO DA INFECCÇÃO POR EBV. SOMADO A ESSA CONDIÇÃO POUCO FREQUENTE, VALE RESSALTAR QUE DURANTE O TRATAMENTO O PACIENTE NÃO RECEBEU CORTICÓIDE E/OU IMUNOGLOBULINA, UMA VEZ QUE, ATUALMENTE, HÁ CONTROVÉRSIAS SOBRE ESSE TIPO DE INTERVENÇÃO, DESDE QUE NÃO CONFERE BENEFÍCIOS ESTATÍSTICOS SIGNIFICATIVOS EM RELAÇÃO A MORTALIDADE PELA DOENÇA.