

Diagnóstico de Citomegalovírus com Sorologia Negativa e PCR Positivo

Resumo

A citomegalovirose congênita é a mais comum das infecções perinatais. O recém nascido (RN) é contaminado por transmissão vertical ou por transfusão de hemoderivados. A maioria infectadas é assintomática ao nascimento podendo desenvolver distúrbios neurossensoriais tardiamente. Este trabalho visa relatar o caso do RN com quadro de citomegalovírus congênito com sorologias negativas. O diagnóstico foi após realização de reação em cadeia de polimerase (PCR) na urina. RN prematuro, sexo masculino, grande para idade gestacional, com hidrocefalia, petéquias generalizadas e hepatoesplenomegalia. Internado na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal com suspeita inicial de sepse e instituído tratamento, suspenso após seis dias por apresentar hemocultura negativa. Por manter pancitopenia e hepatoesplenomegalia foi realizada investigação para citomegalovírus, herpes vírus, rubéola, toxoplasmose, hepatite B e sífilis com sorologias negativas. Apresentava calcificações peri-ventriculares na tomografia de crânio e imagens de infiltrado intersticial em ambos campos pleuro-pulmonares. Iniciado Ganciclovir venoso empiricamente e, em seguida, solicitado PCR na urina para citomegalovírus apresentando resultado positivo após quatro semanas de instituição do tratamento. O citomegalovírus se aloja predominantemente no epitélio tubular renal onde inicia sua replicação e conseqüentemente, ocorre excreção do mesmo por via urinária. Os sintomas mais comuns nas crianças infectadas ao nascimento são: petéquias, hepatoesplenomegalia, icterícia com hiperbilirrubinemia direta, trombocitopenia, anemia, microcefalia, calcificações intracranianas. A contaminação fetal acontece no mínimo de duas a três semanas após viremia materna. A grande maioria dos casos de infecção é suspeitada pela presença de alterações ecográficas fetais observadas durante o pré-natal. No caso citado, apesar de apresentar sorologias negativas para todas as infecções congênicas, os sinais clínicos e laboratoriais, bem como a presença de calcificações intracranianas foram suficientes para o início precoce da terapia.

Responsável

Débora Rosmaninho Coutinho de Melo

Autores

Wellington Luiz Rodrigues Magalhães; Vanessa Aguiar Ferreira Simões; Analice Soares Magalhães; Débora Rosmaninho Coutinho de Melo; Andressa Rangel de Oliveira Lima; Lívia das Graças Rezende

Instituição

Hospital São José do Avai