MONONUCLEOSE INFECCIOSA

* **Diagnóstico Clínico:**

Fatores de risco: Embora o clássico seja a “doença do beijo” em adolescentes e adultos jovens, no nosso país as faixas etárias mais frequentes são a pré-escolar e escolar. O vírus Epstein-Barr (EBV) causa cerca de 90% dos casos da síndrome, mas outros vírus podem ser a causa, como CMV, herpes simplex, herpes tipo 6, rubéola, hepatites virais e HIV.

Sinais e sintomas frequentes: Nas crianças é provavelmente a mais frequente causa de febre de origem indeterminada. É mais comum uma síndrome oligosintomática do que a clássica síndrome da mononucleose infecciosa do adolescente e adulto jovem.

Após 1 mês de período de incubação surgem adinamia e fadiga por 1 a 2 semanas. Seguem-se cerca de 2 semanas de febre, dor de garganta, cefaleia, adenomegalias, esplenomegalia, mialgias e dor abdominal. O exantema micropapular leve ocorre em cerca de 10% dos casos, mas se eleva para cerca de 80% no caso de uso de penicilinas. Pode ocorrer edema bipalpebral bilateral frio no início do quadro (sinal de Hoagland)

Os principais diagnósticos diferenciais são com a amigdalite bacteriana e a toxoplasmose, ainda com a doença de Kawasaki

* **Diagnóstico Laboratorial:**

O hemograma frequentemente ajuda no diagnóstico. É comum leucocitose (embora possa ocorrer leucopenia) com predomínio de linfócitos e contagem de linfócitos atípicos maior que 10%. Quanto maior a proporção de linfócitos atípicos no hemograma, maior a chance de se tratar de infecção pelo EBV.

Quase todos os pacientes apresentam também elevações leves a moderadas das transaminases (80 a 600) e do DHL (800 a 1700).

A dosagem de anticorpos específicos contra o vírus EBV é muito útil: deve ser solicitada a pesquisa de anticorpos anti-capsídio viral (VCA) IgM e IgG. Frequentemente os anticorpos IgM estão positivos já no início dos sintomas, mas a ausência de comprovação sorológica não pode excluir a infecção pelo EBV. A sorologia por pesquisa de anticorpos heterófilos (monoteste e Paul-Bunnell-Davidsohn) geralmente é ineficaz na faixa etária pediátrica, com positividade menor que 30%.

* **Critérios De Internação:**

Crianças com estado geral comprometido, com infecções secundárias, ou imunocomprometidas.

* **Complicações Mais Frequentes:**

Hipertrofia acentuada de linfonodos cervicais pode causar desconforto respiratório. Esplenomegalia acentuada pode complicar em rotura de baço. Pacientes imunocomprometidos podem muito raramente evoluir com doença sistêmica grave a afecção de sistema nervoso central.

* **Tratamento:**

Quase sempre dispensável. Para o tratamento de hipertrofia acentuada de tecido linfóide, cursos curtos de corticoide podem ser indicados:

Prednisolona ou prednisona 1 a 2 mg/kg/dia. Dexametasona 0,15 mg/kg/dose.

Aciclovir também pode ter efeito sobre o EBV, mas raramente oferece benefícios para o paciente imunocompetente.

**CRITÉRIOS DE ALTA:**

Resolução das complicações, melhora da febre e sinais de melhora no hemograma.

**Prognóstico E Orientações Para O Seguimento:**

Pacientes com mononucleose podem ter a cronificação da infecção e, por isso, devem ser acompanhados por pelo menos 6 meses no ambulatório de pediatria. No seguimento, monitorar a esplenomegalia que é um dos sinais de cronificação, solicitar pelo menos um hemograma para afastar plaquetopenia que é característica da infecção crônica, e verificar a queda dos títulos de anticorpos da classe IgM e elevação de anticorpos da classe IgG.

* **Referências:**

1. Farhat CK, Carvalho ES, Carvalho LH, Succi RC, editors. Infectologia Pediátrica. 3.ed. São Paulo: Atheneu; 2007.

1. Krugman S, Katz SL, Gershon AA, Wilfert CM. Doenças Infecciosas na Infância. 9.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1994.
2. Bolis V, et al. Atypical manifestations of Epstein-Barr virus in children: a diagnostic challenge. J Pediatr (Rio J). 2016;92(2):113-21.

Responsáveis pela elaboração da rotina: Dr. Iúri Leão de Almeida e Dr. Marco Antonio Alves Cunha