

INFECÇÃO PULMONAR POR CITOMEGALOVÍRUS EM PACIENTES ONCOLÓGICOS PEDIÁTRICOS NÃO SUBMETIDOS A TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS.

Pasqualotto GC , Castro Jr CG , Gregianin LJ , Menezes CF , Brunetto AL . Serviço de Oncologia Pediátrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre . HCPA.

Introdução: A infecção sintomática por Citomegalovírus (CMV) é rara em pacientes imunocompetentes, sendo uma complicação relacionada à imunossupressão associada ao transplante de órgãos e a AIDS. Mesmo pacientes sintomáticos usualmente têm uma síndrome auto-limitada constituída de febre, mal-estar, artralgia, leucitopenia, trombocitopenia e disfunção hepática. O envolvimento clínico dos pulmões, trato gastrointestinal, olhos, rins, coração ou sistema nervoso central (SNC) é visto apenas ocasionalmente e costuma ser associada à elevada taxa mortalidade. Os relatos de pacientes em tratamento oncológico com CMV são raros, sendo que a sorologia positiva ou o PCR positivo por si só não indicam tratamento. **Caso um** Foi admitida em nosso Serviço uma criança com três anos de idade e sexo feminino com volumosa lesão mediastinal que determinava compressão extrínseca de vias aéreas. A biópsia e o exame do líquido pleural revelaram o diagnóstico de Linfoma Linfoblástico de células T. Necessitou de ventilação mecânica por compressão extrínseca de vias aéreas e evoluiu com pneumonia associada a derrame pleural, recebendo tratamento empírico com antibacterianos e antifúngicos juntamente ao início do tratamento quimioterápico. Apresentou boa resposta clínica e radiológica, não necessitando mais de suporte ventilatório em 10 dias. Retornou com febre e disfunção respiratória associada a consolidações alveolares bilaterais e derrame pleural visíveis na radiografia de tórax 17 dias após o início da indução. A análise do líquido pleural evidenciava apenas transudato, sem crescimento de germes. Recebeu novamente tratamento antimicrobiano empírico incluindo Vancomicina, Piperacilina, Sulfametoxazol e Trimetoprima e posteriormente Meropenem, Anfotericina e Aciclovir, porém, pela não resolução do quadro febril em onze dias de terapêutica empírica, foi indicado o exame lavado bronco-alveolar (LBA) cujo resultado foi positivo para pesquisa de CMV por reação de cadeia de polimerase (PCR). Considerado diagnóstico presuntivo de pneumonite por CMV em virtude deste achado associado à evolução clínica e doença de base mesmo com PCR em sangue negativo para pesquisa do CMV e, então, iniciada monoterapia com Ganciclovir. A paciente apresentou importante melhora clínica, ficando afebril 3 dias após o início da medicação que foi suspensa após 21 dias. Novo LBA após o término do tratamento mostrou-se negativo para pesquisa do CMV. A paciente segue curso previsto de quimioterapia, sem apresentar novas intercorrências respiratórias. **Caso dois** Paciente masculino, 4 anos de idade com retinoblastoma trilateral em tratamento quimioterápico apresentando, 47 dias após o último ciclo de quimioterapia, quadro de febre e disfunção respiratória com sibilos associados a infiltração em lobo inferior esquerdo visto a radiografia de tórax e plaquetopenia. Após internação hospitalar foi iniciado com Ampicilina e Sulbactam e, após 4 dias de progressiva piora clínica (hipoxemia com necessidade de oxigenioterapia) e manutenção da febre, modificado esquema terapêutico empírico para Vancomicina e Meropenem. O paciente manteve o mesmo quadro clínico e radiológico e, após 5 dias deste último esquema antimicrobiano, foram associados Claritromicina e tuberculostáticos em virtude do crescimento de Mycobacterium sp. em exame de lavado gástrico. Após 3 dias de boa evolução clínica o paciente apresentou retorno da febre e da hipoxemia e manutenção dos achados radiológicos prévios tanto por radiografia simples quanto por tomografia computadorizada de tórax. Foi indicado o exame LBA cujo resultado foi positivo para pesquisa de CMV por PCR. Considerado diagnóstico presuntivo de pneumonite por CMV em virtude deste achado associado à evolução clínica e doença de base mesmo com PCR em sangue negativo para pesquisa do CMV e, então, foram suspensos a Vancomicina e o Meropenem e iniciada terapia com Ganciclovir associado aos tuberculostáticos vigente. O paciente evoluiu satisfatoriamente, ficando afebril 7 dias após o início da medicação foi suspensa após 14 dias e apresentou normalização na contagem de plaquetas neste período. **Discussão** A pneumonite por CMV pode ser considerada atípica em pacientes não submetidos a transplante de órgãos. Em ambos os casos o PCR em sangue periférico era negativo, porém o PCR no LBA foi positivo e houve pronta melhora clínica ao tratamento. Chamamos a atenção para o fato de que possivelmente o CMV possa estar associado com mais episódios de pneumonite em pacientes pediátricos em tratamento para neoplasia e que o diagnóstico destas infecções nem sempre pode ser feito com PCR no sangue periférico, devendo-se lançar mão do LBA.