Diabetes Melito tipo I diagnosticada após quadro de mononucleose infecciosa por Epstein Barr: relato de caso.

Autores: Ricardo Garcia Pastorello [1] Tamires Farina Menegat[1]; Julio Massuo Makimori[1] e Luiz Gustavo Teixeira Pinto [2]
[1] Acadêmicos do curso de Medicina UNIVALI; [2] Médico Internista e Professor MsC do Curso de Medicina UNIVALI
Instituição: Universidade do Vale do Itajaí – UNIVALI

Introdução

O diabetes melito é um distúrbio crônico, caracterizado pela disfunção no metabolismo da glicose. Os pacientes com diabetes melito tipo 1 têm pouca ou nenhuma capacidade de secreção de insulina, por isso dependem da administração de insulina exógena para compensação metabólica. Classicamente os sintomas começam de maneira abrupta em crianças ou adultos jovens, não-obesos e previamente sadios. A apresentação clínica engloba poliúria, polidipsia, polifagia, perda de peso e geralmente abrem o quadro com cetoacidose. A natureza autoimune da diabetes tipo 1 é sustentada pela associação da doença a genes específicos da resposta imune(HLA) e pela presença de auto anticorpos contra as ilhotas pancreáticas.[1]

Os vírus desempenham um papel importante nas doenças autoimunes, sendo o vírus Epstein-Barr(EBV) um dos mais frequentemente citados como fator desencadeante ou agravante dessas doenças. O EBV pertence a família dos herpesvirus e é um dos agentes da mononucleose infecciosa. O ciclo viral consiste em um estado de latência, que pode permanecer por vários anos e em estado de replicação, o qual estimula o sistema auto-imune.[2] O EBV pode causar uma expansão de linfócitos B e T autoreativos com produção de auto anticorpos e perpetuação das doenças autoimunes.[3]

O EBV causa a mononucleose infecciosa (MI), uma disfunção linfoproliferativa autolimitada, benigna, associada ao desenvolvimento de leucoplaquia pilosa e um número de neoplasmas, como linfomas e carcinoma nasofaríngeo. A MI tem tipicamente como manifestação clínica linfadenopatia generalizada, febre, esplenomegalia, dor de garganta e linfócitos T ativados atípicos. Em alguns pacientes pode ocorrer hepatite, meningoencefalite, pneumonite, Guillain-Barret, cardite, anemia autoimune hemolítica e trombocitopenia[1,4].

A MI acomete, principalmente, adolescentes e adultos jovens nos países desenvolvidos, já no Brasil, acomete, sobretudo, as crianças devido a contaminação oral-oral. Na maioria das vezes a MI tem duração de 4-6 semanas, porém ela pode se estender por mais tempo e até cronificar.[4] O diagnóstico da MI pode ser estabelecido pelos achados clínicos e laboratoriais de linfocitose atípica e anticorpos específicos. Entretanto, nenhum tratamento é necessário na maioria das infecções por EBV. Geralmente, recomenda-se repouso e retorno lento as atividades normais. AINES podem ser utilizados para alívio da sintomatologia álgica e febril em pacientes com função hepática preservada. O uso de corticoide é controverso, sendo seu uso restrito nos casos de anemia hemolítica auto-imune, granulocitopenia e trombocitopenia.(1)

Objetivo

Relatar o caso de um paciente que se apresentou na emergência com cetoacidose diabético, sem diagnóstico prévio de DM, associada a anemia hemolítica, com compensação do quadro agudo e posterior investigação ambulatorial com sorologias positivas para infecção por vírus Epstein Barr, compreendendo assim a importância da infecção pelo EBV nas doenças autoimunes.

Delineamento e Método

Relato de caso de um paciente com 28 anos em que as informações foram obtidas por meio da história clinica e revisão de prontuário.

Descrição do caso

Paciente masculino, 28 anos, desempregado, natural da Bahia, procedente de Itajaí-SC, encaminhado ao ambulatório de medicina interna da UNIVALI para investigação após ter sido internado em um hospital de referência da cidade de Itajaí. Em nota de alta do hospital em questão, descreve um quadro de cetoacidose diabética, com rebaixamento do sensório e estado geral, inapetência, constipação, HI em HGT no momento da internação, icterícia (++/4), sem diagnostico prévio de diabetes e sem quadros semelhantes anteriormente. Nega comorbidades ou uso de qualquer medicação. Durante a internação, apresentou quadro de anemia hemolítica a esclarecer.

Após 10 dias da alta hospitalar, com compensação do quadro de cetoacidose e icterícia, o paciente comparece ao ambulatório e demonstra melhora do quadro geral, com controle adequado da glicemia e em uso de insulina NPH regular. Durante a consulta, o paciente informa que 2 meses antes do quadro, ainda na Bahia, apresentou quadro de febre não aferida, calafrios, mialgia e artralgia difusa, cefaleia holocraniana durante 4 dias e com resolução espontânea. Relata que uma semana antes da internação se apresentava cansado, inapetente, com vômitos no período pós prandial e constipação de uma semana, procurando pronto atendimento e sendo medicado, entretanto não sabia referia qual a medicação usada. Refere perda ponderal de 5 kg na semana antes da internação.

Ao exame físico, apresentava-se anictérico, em bom estado geral, porém com linfadenopatia generalizada: linfonodos palpáveis em cadeias cervicais, axilares e inguinais,. Todos móveis, fiboelásticos e indolores.

Diante de tal quadro, foram solicitadas sorologias para HIV, citomegalovius IgM e IgG, epsteinn-barr IgM e IgG, Hbs Ag, anti-HCV e exames laboratoriais de bilirrubinas totais e frações, hemograma, reticulócitos, PCR, VHS, AST, ALT, creatinina, glicemia de jejum, ferritina, G6PD, FAN, Coombs e Raio x de tórax.

No retorno com os exames, as sorologias para Epstein Barr vieram positivas: IgG 21,9 (reagente) e IgM 1,579 (reagente). Os demais exames foram negativos ou sem alterações. Com isso, confirmou-se a etiologia de diabetes mellitus tipo 1 e a anemia hemolítica. Com a etiologia definida, foi mantida a conduta de manejo do diabetes tipo 1 por meio de controle glicêmico utilizando insulina NPH e regular.

Considerações Finais

A etiologia das doenças autoimunes ainda é pouco conhecida, porém a relação destas com as infecções virais já são sabidas de longa data. O paciente do caso, já com idade maior do que a comumente vista para a manifestação da DM1, mostra uma doença viral , no caso o EBV, provocando o início do quadro de diabetes melito tipo 1.

Referências Bibliográficas

1. Wyngaarden, JB & Smith, LH. Cecil: Tratado de medicina interna. 22a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. Vol.II. p. 2331-2335.
2. KOSMINSKY, Samuel; MENEZES, Renata Carneiro de; COELHO, Maria Rosângela Cunha Duarte. Infecção pelo vírus Epstein-Barr em pacientes com lúpus eritematoso sistêmico. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo , v. 52, n. 5, p. 352-355, out. 2006 .
3. KOMINSKY, Samuel et al . O papel do vírus epstein barr na etiopatogenia do lúpus eritematoso sistêmico. **Rev. Para. Med.**, Belém , v. 20, n. 1, mar. 2006 .
4. KUMAR V, Abbas AK, Fausto N. Robbins e Cotran: bases patológicas das doenças. Rio de Janeiro: elsevier, 2005. p. 385-386.

13º CONGRESSO BRASILEIRO DE CLÍNICA MÉDICA
3º CONGRESSO INTERNACIONAL DE MEDICINA DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA