

P-009 - HIPERPLASIA FOVEOLAR FOCAL: RELATO DE CASO

Caroline Montagner Dias¹, José Vicente Noronha Spolidoro¹, Fernanda Naspolini Bastos¹, Mônica Franzoi Marcon¹, Isadora Medeiros Kuhn¹, Rosa Lúcia Mariani Alves¹, Susana Mayer Moreira¹, Silvana P. Marcantonio¹, João Ronaldo M. Krauzer¹

¹HMV

Introdução: Vômito não bilioso na infância é um problema clínico comum. Hiperplasia foveolar é uma doença rara caracterizada pelo supercrescimento de células mucosas no estômago, alargando e alongando as criptas. Em crianças, pode estar presente de forma localizada que afeta principalmente o antro distal, chamada de hiperplasia foveolar focal (HFF), ou de forma difusa, conhecida como Doença de Ménétrier. Frequentemente, os pacientes com HFF não tem a idade típica em que a estenose hipertrófica do piloro se apresenta. **Relato de caso:** Menino de 1 ano e 9 meses, previamente hígido, apresentando vômitos não biliosos por 10 dias e perda de peso. Ecografia abdominal evidenciou estômago distendido e repleto, com musculatura pilórica normal. Radiografia contrastada de esôfago-estômago-duodeno (REED) evidenciou obstrução a nível de piloro. Realizado endoscopia digestiva alta, que evidenciou redundância de mucosa gástrica em toda circunferência de antro distal, a qual foi biopsiada e diagnosticado com hiperplasia foveolar focal. Considerando diagnósticos diferenciais, foram coletados exames: sorologias para citomegalovírus negativas, eletroforese de proteínas normal, alfa-1-antitripsina nas fezes negativa, anti-transglutaminase IgA negativa, e demais exames séricos (enzimas hepáticas, albumina, bilirrubinas, enzimas pancreáticas, função renal, eletrólitos e hemograma) normais. O tratamento consistiu em cauterização da mucosa redundante e eliminação da proteína do leite de vaca da dieta, o que teve boa resposta, deixando o paciente assintomático. **Comentários:** Existem poucos relatos na literatura a respeito da HFF. Geralmente, na histologia da submucosa está presente uma reação inflamatória eosinofílica, o que pode sugerir uma reação alérgica. Um relato descreve associação da HFF com a alergia a proteína do leite de vaca. Nosso paciente não apresentava sintomas clínicos de alergia (como exantema), nem mesmo infiltrado eosinofílico na biópsia, porém melhorou clinicamente com a retirada do leite da dieta. Na maioria dos relatos foram pacientes menores de 1 ano, e o tratamento foi cirúrgico.

P-010 - SEPSE DE FOCO PULMONAR POR CA-MRSA NO EXTREMO SUL CATARINENSE: RELATO DE CASO

Simara Barbiele de Souza Silva¹, Mônica Borges da Silva¹, Ana Cláudia Bortolotto Milanesi²

¹UNESC, ²HSC

Introdução: O *Staphylococcus aureus* é uma bactéria gram-positiva, sendo o patógeno mais frequente das infecções piogênicas de pele e tecidos moles. A resistência à meticilina em *S. aureus* (MRSA) é classificada quando adquirida em ambiente hospitalar (HA-MRSA) e na comunidade (CA-MRSA). A epidemiologia dos EUA demonstrou uma prevalência crescente de infecções por CA-MRSA em crianças desde 2000 até 2010 e desde então, parece ter estabilizado. **Descrição do caso:** Criança de sexo masculino com 2 anos e 7 meses, previamente hígido, sem hospitalizações anteriores, calendário vacinal correspondente à faixa etária. No dia 10/02/2018, iniciou com queixa súbita de febre referida e desconforto respiratório. Deslocou-se a emergência hospitalar no dia seguinte com batimento da asa nasal, taquipneia, hepatomegalia e gemência. Na ausculta pulmonar, MV bilateralmente presentes, estertores e sibilos. Na radiografia de tórax demonstrava infiltrados bilaterais. Foi internado por suspeita de pneumonia adquirida na comunidade sendo iniciado antibioticoterapia com ampicilina-sulbactam 150 mg/kg/dia. Persistindo o quadro respiratório e febre, o antibiótico foi substituído por ceftriaxona 100 mg/kg/dia no dia 12/02. Em 13/02 apresentou piora progressiva, instituindo-se suplementação de oxigênio. Foram coletados duas amostras de hemocultura. No dia 14/02 realizado TC sem contraste de abdome para avaliação da hepatomegalia demonstrando múltiplos nódulos nas bases pulmonares e extensas consolidações alveolares no lobo médio e inferior direito. No dia 15/02 foram encontrados lesões impetiginosas em MMII previamente adquiridas na comunidade. Foi adicionada vancomicina 60 mg/kg/dia ao esquema por suspeita de infecção por *S. aureus*. No dia 16/02, as duas hemoculturas positiveram para CA-MRSA. Devido sepsis foi transferido para UTI, permaneceu 8 dias sem ventilação mecânica. Na UTI, evoluiu bem, retornando ao setor de internação pediátrica. Alta em 09/03 após completar esquema com vancomicina (21 dias). **Comentários:** Através desse relato de caso podemos perceber a possibilidade de aumento dos casos de infecção por CA-MRSA em crianças previamente hígidas.

P-011 - APENDICECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA POR PORTAL ÚNICO EM PACIENTES PEDIÁTRICOS DO SETOR PRIVADO EM CRICIÚMA-SC

Simara Barbiele de Souza Silva¹, Mônica Borges da Silva¹, Christian de Escobar Prado², Emanuella Zomer Coan¹

¹UNESC, ²Hospital Santa Catarina

Objetivo: Verificar o perfil epidemiológico de pacientes submetidos à apendicectomia videolaparoscópica por portal único em um serviço privado da cidade de Criciúma/SC entre o período de julho de 2011 a julho de 2013. **Metodologia:** Um estudo retrospectivo e de abordagem quantitativa. A amostra foi composta por crianças e adolescentes que se submeteram à apendicectomia videolaparoscópica por portal único em um hospital de rede privada no município de Criciúma/SC, entre os meses de julho de 2011 a julho de 2013. O número de prontuários consultados foi sessenta e sete, sendo que somente vinte se enquadraram entre os critérios de inclusão. **Resultados:** Foi encontrado como idade média 9 (± 3) anos, sendo a faixa etária predominante entre 9 e 12 anos. Em relação ao sexo, 60 dos pacientes eram do sexo masculino. A maioria dos pacientes não apresentaram pico febril no período pós-operatório (95 dos pacientes), sendo que o tempo predominante no pós-operatório foi de 2 a 3 dias com tempo de internação de 2,85 ($\pm 0,75$) dias, sem pico febril e sem complicações no pós-operatório. **Conclusões:** Os dados já citados refletem que os pacientes pediátricos submetidos a apendicectomia videolaparoscópica por portal único em nesta rede privada, habitualmente apresentam bons resultados no período pós-operatório.

P-012 - ICTERÍCIA COLESTÁTICA EM RECÉM-NASCIDO ASSOCIADA A CISTO DE COLÉDOCO

Kauanni Piaia, José Carlos Diniz Barradas, Ariely Batista Hunger, Marthina Bastos de Moraes

UFSM

Introdução: A dilatação cística do colédoco é, depois da atresia das vias biliares, a anomalia anatômica mais frequente. O cisto de colédoco é uma doença rara com incidência entre 1:100.000 a 1:150.000 nascidos vivos, sendo mais comuns no sexo feminino na proporção de 3 a 4:1. **Descrição do caso:** Paciente masculino, 48 dias de vida, nascido de parto vaginal, a termo, peso ao nascer 3940 g, sem comorbidades, sem história de doenças maternas, em aleitamento materno exclusivo com bom ganho ponderal. Apresenta icterícia persistente desde os 4 dias de vida sem sintomas associados. Confirmada icterícia coleostática (bilirrubina total 8,27 e direta 5,36) com alteração das enzimas hepáticas e canaliculares e sorologias não reagentes. Não há história de acolia, colúria, vômitos, alterações neurológicas e incompatibilidade sanguínea. Realiza ultrassom abdominal com presença de formação cística anecoica medindo cerca de 0,9x0,8 cm próxima ao hilo hepático sugestiva de cisto de via biliar e leve dilatação das vias biliares intra-hepáticas, com possibilidade de cisto de colédoco Todani I ou IV. O lactente apresenta-se estável, icterico em zona 2 de Kramer, aguardando colangiossonância para melhor avaliação e definição de conduta. **Comentários:** As patologias císticas das vias biliares fazem parte do diagnóstico diferencial das icterícias coleostáticas neonatais, sendo a precocidade do diagnóstico, realizado através de exames laboratoriais e de imagem não invasivos, e do tratamento, determinante para o prognóstico do paciente. Importante ressaltar que todo o quadro de icterícia neonatal prolongada (14 a 21 dias de duração) deve alertar o pediatra para necessidade de uma avaliação criteriosa incluindo inicialmente a dosagem laboratorial de bilirrubinas, lembrando que dosagens transcutâneas não são elucidativas nesta situação.