

**P-049 - SORTE OU AZAR? SOROLOGIA PARA O HIV EM IRMÃS ABANDONADAS POR MÃE USUÁRIA DE CRACK**

Otávio Martins Cruz, Gabriel Santana Pereira de Oliveira, Vera Lúcia Silveira, Sonia Leny Camps Alt

UFPel

**Introdução:** Diversos estudos com mulheres soropositivas para o HIV apontam o consumo de drogas como fator de risco para a não adesão ao pré-natal e, devido a isso, o destino do recém-nascido é incerto. **Descrição do caso:** N.S.F.G., 37 anos, mãe de 9 filhos e usuária de crack foi internada no hospital escola da universidade. Estava grávida (nonagesta) sem ter feito nenhuma consulta pré-natal. A paciente é portadora do vírus do HIV e tem sífilis. Além disso, não faz terapia antirretroviral. Chegou ao hospital em franco trabalho de parto impossibilitando a administração de AZT injetável intraparto. Ao nascimento de M.G.S., sexo feminino, iniciou-se o tratamento com Nevirapina 12 mg e AZT 4 mg cerca de 3 h após o nascimento de 12/12 h. Após fuga materna, a recém-nascida ficou aos cuidados do conselho tutelar. Atualmente encontra-se aos cuidados de uma família sob guarda provisória e em acompanhamento médico compulsório. Quando solicitada carga viral para o HIV, em duas ocasiões, os resultados foram indetectáveis. Na oitava gestação de N.S.F.G, a história de abandono e não adesão ao pré-natal repetiu-se, entretanto, a criança V.G.S, também nascida por parto vaginal seguiu tratamento com Nevirapina 12 mg e AZT por 28 dias ficando aos cuidados do conselho tutelar, o qual procurou o atendimento especializado 28 dias após o nascimento. A pediatra do serviço solicitou a primeira carga viral, a qual evidenciou 10.000.000 de cópias. Após esse resultado a terapêutica com AZT e Nevirapina foi mantida. Em exame de carga viral posterior, o resultado foi de 1285 cópias. A menina continua em acompanhamento e, atualmente sob a guarda de sua tia. **Comentários:** Apesar de histórias semelhantes, uma das meninas desenvolveu o HIV, enquanto a outra foi negatizada.

**P-050 - CRISES CONVULSIVAS DE DIFÍCIL CONTROLE: RELATO DE CASO**

Mariana Menegon de Souza, Cristian Koch Weber, Greta da Rocha, Cristiano do Amaral de Leon

ULBRA

**Introdução:** Epilepsia é uma condição neurológica caracterizada por convulsões recorrentes, devido a atividades neuronais aberrantes. 1 Uma de suas causas, porém infrequente, é o tumor neuroepitelial disemбриoplásico (DNET) que apresenta uma predileção cortical, principalmente temporal e acomete jovens com quadro de epilepsia refratária ao tratamento farmacológico. **Relato de caso:** J.V.L.B., feminino, nove anos, 30kg. Procurou atendimento no Hospital de Pronto-Socorro de Canoas (HPSC), acompanhada da mãe, no dia 08/02/18 por sete crises convulsivas em 24 horas. Durante os episódios, apresentava tremores e perda de força em membros com duração de dois minutos, sem perda de consciência, sem sinais de infecção vigente. Paciente tem diagnóstico de epilepsia há dois anos em uso de Carbamazepina 600 mg/dia. Fora iniciada Fenitoína 8 mg/kg/dia na emergência sem interrupção das crises. No dia 09/02, foi transferida para o Hospital Universitário (HU) para investigação complementar através da ressonância magnética de crânio com imagem sugestiva de tumor neuroepitelial disemбриoplásico (DNET) em lobo frontal esquerdo, com acometimento cortical e subcortical. No dia 16/02 apresentou duas crises convulsivas, associada à sonolência, náusea e vômitos, sendo iniciado Ácido Valproico por acesso central, devido dificuldade na manutenção do acesso periférico. Atualmente, paciente está em uso de Carbamazepina 25 mg/kg/dia, Fenitoína 5 mg/kg/dia, Ácido Valproico 30 mg/kg/dia com controle parcial das crises. **Comentários:** O DNET é uma neoplasia benigna e, embora na literatura apresente uma maior associação com convulsões parciais complexas, este é um caso de convulsões parciais simples. Ao exame neurorradiológico outras particularidades são encontradas, como uma menor prevalência de achados em lobo frontal com acometimento subcortical. Ainda que sem potenciais de metástase, causa um importante prejuízo nas atividades diárias devido às convulsões refratárias ao tratamento farmacológico. No entanto, apresenta bons resultados no controle das convulsões após ressecção cirúrgica.

**P-051 - PAROTIDITE RECORRENTE E O USO DE ANTIRRETROVIRAIS EM PACIENTE COM HIV**

Otávio Martins Cruz, Gabriel Santana Pereira de Oliveira, Vera Lúcia Silveira, Sonia Leny Camps Alt

UFPel

**Introdução:** A parotidite recorrente da infância (PRI) é uma manifestação clínica rara, que pode ter diversas causas, entre elas, imunodeficiências, como o HIV. **Descrição do caso:** A.A., sexo feminino, 11 anos, sorologia positiva para o HIV, apresenta-se acompanhada da mãe adotiva ao serviço de atendimento especializado pela primeira vez aos 4 anos de idade. Apresentava dor abdominal, dermatite de repetição e aumento na glândula parótida. A pediatra orientou a mãe a iniciar a terapia antirretroviral (TARV), porém não houve aceitação. Aos 5 anos retorna ao ambulatório, novamente com quadro de parotidite, concomitante ao aumento das glândulas submandibulares. A médica do serviço, mais uma vez, falou da importância da TARV na reabilitação da menina, sem sucesso. A menina retorna ao ambulatório somente aos 10 anos, com aumento considerável da parótida. A mãe solicita exames pré-operatórios à pediatra, a qual condicionou esse pedido à realização do exame de carga viral e CD4. Os resultados mostraram carga viral de 125.592 cópias e CD4 de 1707 evidenciando a necessidade de TARV, ainda assim, a mãe recusa o tratamento e dois meses depois procura um cirurgião de cabeça e pescoço que, desconhecendo a sorologia positiva para o HIV, solicita exames de imagem, os quais sugerem o diagnóstico de cistos epiteliais benignos. O cirurgião sugere rastreamento de doença de base e a mãe procura a pediatra do serviço. Adere à TARV, realiza exame de carga viral (111 cópias) e CD4 (396) com considerável redução dos cistos epiteliais glandulares. Em acompanhamento recente, a carga viral mostra-se indetectável e CD4 711. Além disso, nota-se redução ainda mais acentuada da glândula parótida. **Comentários:** Frente ao caso apresentado fica evidente a importância da adesão à TARV em crianças com transmissão vertical de HIV que não tiveram status negatizado.

**P-052 - DIFICULDADE DIAGNÓSTICA DE NEUROTUBERCULOSE EM MENORES DE 3 ANOS DE IDADE**

Nicole Kraemer Redeker<sup>1</sup>, Paola Fonseca Minuzzi<sup>1</sup>, Islam Maruf Ahmad Maruf Mahmud<sup>1</sup>, Greta da Rocha<sup>1</sup>, Laura Bairy Rodrigues de Freitas<sup>1</sup>, Larissa Reginato Junges<sup>1</sup>, Gabriela Dal Piva Lunardi<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ULBRA, <sup>2</sup>HMJCF

**Introdução:** A neurotuberculose é a forma mais grave e a menos comum de tuberculose, sendo 50 em menores de 3 anos de idade. **Descrição do caso:** Feminino, 2 anos e 9 meses, admitida por prostração e febre há 4 dias. Ao exame físico: REG, hipocorada, gemente, hipoativa, sem sinais de irritação meníngea, otoscopia e oroscopia SP. Realizado hemograma e raio X de tórax, sem alterações. Coleta de LCR, devido REG e falta de foco infeccioso para justificar febre. LCR límpido, incolor, glicose 28, proteínas 71, leucócitos 230, cultura negativa. Levantada hipótese de meningite bacteriana e iniciado tratamento empírico. No 5º dia de internação, mantinha estado geral sem melhora, realizada TC de crânio: sem abscesso cerebral, presença de área hipodensa periventricular à esquerda. Novo LCR límpido, incolor, glicose 37, proteínas 110, leucócitos 147, bacterioscopia e cultura negativas. Hemocultura e tinta da china negativas. 7º dia, mantém febre com piora clínica, linfonodomegalia em cadeia cervical e inguinal e edema peripalpebral bilateral. 9º dia, reavido prontuário com hipótese diagnóstica de neurotuberculose, LCR linfocítico com aumento de proteínas e glicose baixa, linfonodomegalia e paciente mantendo febre. Novo LCR turvo, eritrocromico, glicose 22, proteínas 181, BAAR negativo. 14º dia, transferida para UTIP com rebaixamento de sensório. PPD 14 mm = forte reator, teste de escarro mãe positivo. Iniciado esquema RIPE, Albendazol e Prednisolona. Alta hospitalar após 3 semanas, com melhora clínica e esquema RIPE no domicílio. **Comentários:** A suspeita de neurotuberculose pode ocorrer na presença de um quadro neurológico subagudo febril, particularmente quando há sinais de acometimento focal. O quadro clínico passa a ser mais sugestivo apenas nas fases mais avançadas da doença, quando a mortalidade já está associada a 2/3 dos casos. Assim, à primeira suspeita, é necessária investigação clínica, laboratorial e exames de imagem. O LCR apresenta sensibilidade quase completa para neurotuberculose, confirmando diagnóstico.