

P-085 - BARTONELLA E LINFADENOPATIA

Surbhi Tyagi Bianchessi, Aldila Batista Santos de Mattos, Luciana de Medina Coeli Leyraud, Alessandro Menezes de Oliveira, Roseli Stone Vieira

HU-FURG

Introdução: *B. quintana* é historicamente conhecida por causar febre das trincheiras, uma doença febril recorrente com início agudo caracterizada por febre, dor de cabeça, pode também causar endocardite, bacteremia, linfadenopatia ou angiomatose bacilar. **Descrição do caso:** Criança de 8 anos chega ao pronto atendimento com queixas de linfadenopatia cervical +/- 3 semanas e febre. Durante a internação foi prescrito Oxacilina EV. Refere que mora com a avó e tem 9 gatos em casa. Ao exame físico: Linfadenomegalias +/- 4cm na região submandibular, e na região parotídea esquerda medindo +/- 2 cm, doloroso a palpação e levemente aderente ao tecido. Foi realizado hemograma, hemocultura, PPD, Raio-x tórax, VDRL, sorologia para Toxoplasmose, Mononucleose, Citomegalovírus, Rubéola, Hepatite A e B, e todos os resultados dos exames sem alterações. USG: múltiplas linfadenomegalias localizadas na região cervical esquerda e submandibular medindo até 4,4 cm de diâmetro. Linfadenomegalia intraparotídea esquerda medindo 2,5 cm com área anecoide hemorrágica ou necrótica central. Após 5 dias de internação apresentou flutuação e foi feito drenagem do abscesso, e iniciado Cefepime. Exame anátomo patológico: processo inflamatório crônico granulomatoso, abscedido com focos de necrose. Ausência de atipias, ausência de BAAR, ausência de fungos. Foi solicitado sorologias para Chagas: negativo; *Bartonella quintana*: IGM reagente e IGG negativo; *Hanselae*: IgG positivo e IGM negativo; e *Histoplasma capsulatum*: negativo, confirmando diagnóstico de *Bartonella quintana*. Foi realizado avaliação oftalmológica: normal e ecocardiograma: normal. Após drenagem do abscesso e antibioticoterapia, apresentou melhora no quadro e recebeu alta com acompanhamento ambulatorial. **Comentários:** No Brasil existem poucos casos relatados provavelmente não devido à baixa incidência e sim a não inclusão dessa doença no diagnóstico diferencial de várias síndromes clínicas e linfadenopatias. Torna-se, então, muito importante o conhecimento das várias formas de apresentação clínica para futuramente avaliarmos a sua real incidência na população brasileira.

P-086 - TOXOPLASMOSE CONGÊNITA: ADQUIRIDA NO TERCEIRO TRIMESTRE DA GESTAÇÃO – RELATO DE CASO

Kathielen Fortes Rösler, Vera Regina Levien, Cíntia Teixeira Machado, Luiza Morrone Gastaud, Juliana Getirana, Mariana Teixeira D'Ávila, Vanessa Cardoso Peres, Dirceu Menna Barreto de Abreu, Luiza Ramos Rhoden

UCPel

Introdução: A Toxoplasmose é uma zoonose causada pelo protozoário *Toxoplasma gondii*, um parasita intracelular obrigatório. Possui distribuição geográfica mundial com alta prevalência, podendo manifestar-se como uma doença sistêmica severa, como a da forma congênita. A mãe, ao infectar-se pela primeira vez durante a gestação, pode apresentar parasitemia temporária e infectar o feto, causando danos de diferentes graus de gravidade, dependendo do período gestacional em que se encontra, resultando em morte fetal ou em graves sintomas clínicos no recém-nascido (RN). **Descrição do caso:** RN feminino, nascida de parto vaginal, sem intercorrências, com 35 semanas e 4 dias, pesando 2370g. Mãe realizou sete consultas de pré-natal e apresentou soroconversão de IgM e IgG para Toxoplasmose durante o 3º trimestre da gestação. Ao exame físico, RN apresentava hepatoesplenomegalia e perímetro cefálico reduzido [medindo 27,5 cm (escore Z -3)]. Com IgG e IgM reagentes para Toxoplasmose e aumento de Bilirrubina direta. Líquor com proteinorraquia de 819 mg/dL e 27 mg/dL de glicose. A Tomografia Computadorizada de Crânio (TCC) evidenciou múltiplas calcificações difusas, sem sinais de hidrocefalia. Na avaliação oftalmológica, identificou-se cicatrizes de coriorretinite macular bilateral. Ultrassonografia abdominal evidenciou fígado medindo 6,5 cm e baço medindo 5 cm. Iniciado tratamento com esquema triplice (Sulfadiazina, Pirimetamina e Ácido Fólico). Alta hospitalar após 21 dias, segue em acompanhamento ambulatorial. **Comentários:** A Toxoplasmose congênita constitui um grave problema de saúde pública pela elevada morbimortalidade. Os riscos de transmissão materno-fetal e a gravidade das sequelas estão relacionados com a idade gestacional em que ocorre a soroconversão materna. Apesar que no caso relatado, ocorreu sequelas graves com transmissão no 3º trimestre. Programas de prevenção da toxoplasmose congênita deveriam ser implantados, para que gestantes suscetíveis pudessem ter acompanhamento integral, visando detecção e diagnóstico da doença em qualquer época da gestação.

P-087 - ÚLCERA DUODENAL PERFURADA EM PACIENTE DE 8 ANOS: RELATO DE CASO

Mônica Borges da Silva¹, Simara Barbiele de Souza Silva¹, Christian Escobar Prado², Ana Cláudia Bortollo Milanese²

¹UNESC, ²HMISC

Introdução: Úlcera péptica é incomum na faixa etária pediátrica. As úlceras pépticas em menores de 10 anos estão associadas a medicamentos (corticosteroides ou antiinflamatórios não esteroides [AINEs]), processos sistêmicos (sepse, trauma, queimaduras extensas) e infecção por *Helicobacter pylori*. Sendo classificada como úlcera gástrica e duodenal. Geralmente, o diagnóstico ocorre em eminência de uma complicação (perfuração, hemorragia, abdome agudo, peritonite e sepse). A úlcera duodenal pode ser descoberta no estágio da perfuração, sendo o local mais incidente, a parede anterior do bulbo duodenal. A incidência de perfuração de úlcera duodenal é de 1,55 casos / ano em estudo de grandes centros pediátricos. O tratamento essencial é a cirurgia. **Descrição do caso:** L.P.C., sexo masculino, oito anos, previamente hígido, prematuro. No dia 27/01 iniciou com quadro de sudorese, vômitos e febre referida. No dia 29/01, o quadro piorou com associação de dor abdominal intensa e distensão abdominal. Procurou atendimento hospitalar em 30/01, onde foi encaminhado para CIPE devido a suspeita de apendicite. No procedimento cirúrgico foi constatado ausência de apendicite e evidência de úlcera duodenal perfurada. Foi realizada duodenorrafia e retirada de um litro de líquido abdominal. Apresentou no pós-operatório: choque séptico refratário, distúrbio metabólico (hipocalcemia), parada cardiorrespiratória, crise convulsiva pós-parada. Foi transferido para Unidade de Terapia Intensiva. Utilizou antibioticoterapia de amplo espectro. Durante a internação em UTI, ocorreu aumento das aminotransferases compatível com hepatite medicamentosa. Recebeu alta da UTI dia 16/02, permanecendo internado por desnutrição. Alta hospitalar em 27/02 com as enzimas hepáticas em queda e peso adequado. No momento, aguardando acompanhamento pós-cirúrgico, realização de pesquisa por *H. pylori* e endoscopia digestiva alta. **Considerações:** A perfuração da úlcera duodenal apesar de ser um diagnóstico de exclusão em abdome agudo, deve ser suspeitada em crianças com dor abdominal aguda e sinais peritoneais, principalmente quando a dor é intensa.

P-088 - RABDOMIÓLISE SECUNDÁRIA À HIPOFOSFATEMIA GRAVE EM CRIANÇA COM CETOACIDOSE DIABÉTICA: RELATO DE CASO

Kathielen Fortes Rösler, Amanda Denti Favero, Bruna Reck, Carolina dos Santos Leite, Fernanda Courtois, Larissa Hallal Ribas, Leandro Hasse, Mariana Teixeira D'Ávila, Michel Halal, Rafael Albuquerque de Carvalho

UCPel

Introdução: A Rabdomiólise caracteriza-se por necrose muscular, com comprometimento dos miócitos, ocasionando a liberação de constituintes intracelulares para a circulação sanguínea, incluindo Mioglobina e proteínas sarcoplasmáticas, como Creatinofosfoquinase (CPK). Tipicamente, manifesta-se com mialgia, fraqueza muscular, mioglobinúria e, comumente, apresenta níveis acentuadamente elevados de CPK. Entretanto, o quadro clínico clássico pode estar ausente na infância. Ocorre, principalmente, devido às doenças infecciosas, e secundária a distúrbios metabólicos e eletrolíticos, destacando-se a Hipofosfatemia, que pode ocorrer na Cetoacidose Diabética (CAD). **Descrição do caso:** Paciente, 9 anos, feminina, iniciou com febre, associada a vômitos esporádicos, poliúria e polidipsia, por duas semanas antes de procurar atendimento em Pronto Socorro, com quadro súbito de irresponsividade (Glasgow 3). Após manejo do quadro agudo neurológico e exames laboratoriais, foi diagnosticada com CAD, como primeira manifestação de Diabetes Mellito tipo 1. Tomografia Computadorizada de crânio evidenciou edema cerebral. Procedeu-se com intubação orotraqueal e internação em Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica. Após três dias de internação, apresentou Insuficiência Renal Aguda, com Hipofosfatemia grave (Fosfato 0,4 mg/dL), devido associação com Rabdomiólise, coletou-se CPK, resultado de 20.000 U/L. Iniciou-se reposição de Fosfato e Hemodiálise. Após três sessões, apresentou melhora da função renal. Evoluiu com Sepsis clínica, realizando tratamento com antibioticoterapia. Em uma semana, foi extubada. Já em enfermaria, obteve controle adequado de glicemia capilar e apresentou excelente evolução, apesar da extrema gravidade do quadro inicial. **Comentários:** A diurese osmótica induzida pela glicosúria ocasiona depleção de Fosfato, limitando a produção de Trifosfato de Adenosina. Ocorre acúmulo de Cálcio e reduz-se a liberação de Oxigênio aos tecidos periféricos, causando necrose muscular. Alguns estudos prospectivos não demonstram benefício na reposição de Fosfato, salvo em casos graves (Fosfato 1 mg/dL), mesmo assintomáticos. O objetivo principal é a identificação precoce, buscando reduzir complicações.