

P-105 - ERITEMA NODOSO POR CAUSA SECUNDÁRIA

Kathielen Fortes Rösler, Amanda Denti Favero, Bruna Reck, Carolina dos Santos Leite, Fernanda Courtois, Larissa Hallal Ribas, Janine Margutti Lanzanova, Luiza Ramos Rhoden, Fernanda Franco Pereira, Karine Vicenzi

UCPel

Introdução: O Eritema Nodoso (EN) é uma erupção nodular cutânea, dolorosa, que acomete principalmente a face extensora dos membros inferiores. Trata-se de uma reação de hipersensibilidade, resultante de inflamação do tecido subcutâneo adjacente (Paniculite). Os nódulos geralmente se resolvem espontaneamente, sem cicatrizes, em torno de quatro a oito semanas. A hiperpigmentação residual pode levar meses para resolver. A terapêutica baseia-se em tratar a doença de base, desencadeadora. **Descrição do caso:** Paciente, masculino, 10 anos, apresentou linfonodomegalia palpável em região submandibular esquerda, possivelmente reacional à infecção dentária vigente. Recebeu tratamento com Amoxicilina. No quarto dia de Antibióticoterapia, apresentou lesões em membros inferiores, nodulares, avermelhadas e dolorosas, sem comprometimento articular. Familiares suspeitaram de alergia ao antibiótico, portanto, interromperam por conta própria o uso do medicamento. Internou em enfermaria pediátrica, para investigação do quadro clínico. Realizou extensa investigação laboratorial e exames de imagem, excluindo-se as principais causas de EN. Afastou-se infecções de etiologia Estreptocócicas, Pneumonias, Tuberculose, Gastroenterite infecciosa, Leptospirose, Doença da Arranhadura do Gato, doenças neoplásicas (Linfomas, Leucemias), Hepatites, Toxoplasmose, Citomegalovírus, Herpes, Rubéola, Sífilis, Síndrome da Imunodeficiência Humana Adquirida, exames sugestivos de doenças reumatológicas, como Lupus Eritematoso Sistêmico Juvenil, Poliartrite nodosa e Esclerodermia, também inalterados. Apresentou melhora da dor com uso de Ibuprofeno. Em torno de três semanas, paciente não apresentava mais lesões, exceto hiperpigmentação local. **Comentários:** O diagnóstico de EN baseia-se na anamnese e no exame físico, complementado pela avaliação laboratorial e biópsia de lesões, que revela Paniculite Septal sem vasculite, e está indicada em casos de apresentação atípica. O caso descrito é clássico de EN, em que se afastou causas infecciosas e malignas, corroborando a hipótese diagnóstica de ser secundário ao uso da Amoxicilina.

P-106 - GLICOGENOSE INTERSTICIAL PULMONAR: RELATO DE CASO

Mônica Franzoi Marcon, Susana Mayer Moreira, Mariana González de Oliveira, Gilberto Bueno Fischer, Isadora Medeiros Kuhn, Rosa Lúcia Mariani Alves, Caroline Montagner Dias, Fernanda Napolini Bastos, João Ronaldo Mafalda Krauzer, Silvana Palmeiro Marcantonio

HMV

Introdução: Descrever um caso clínico de paciente diagnosticado com Glicogenose Intersticial Pulmonar (GIP). **Descrição do caso:** Recém-nascido hospitalizado em UTIN devido a desconforto respiratório tardio iniciado horas após o parto. Paciente a termo, gestação sem intercorrências, sorologias do pré-natal, não reagentes. Colocado em CPAP, Radiografia de Tórax com infiltrado difuso. Tratado para sepse neonatal inicialmente, persistindo com disfunção respiratória, recebeu duas doses de surfactante com melhora discreta. Paciente seguiu tratamento para sepse, mantido em CPAP. Realizado ultrassonografia cerebral, normal. Ecocardiograma com ducto patente de 2,2mm, sem repercussão hemodinâmica. O bebê manteve taquipnéia e esforço respiratório, alternando os parâmetros do CPAP. Após alguns dias, paciente apresentou discreta melhora, sendo suspenso CPAP, permanecendo com O2 em incubadora. Evoluiu com piora, iniciado novamente tratamento para sepse com segundo ciclo de antibióticos. Nessa ocasião, apresentou necessidade de aumento de parâmetros de oxigênio, retornando ao CPAP. Realizou novo ecocardiograma com Forame Oval patente, derivação E-D, sem alterações estruturais e canal fechado. A furosemdia foi iniciada como teste terapêutico. Naquele momento, o resultado da triagem neonatal para doenças metabólicas foi recebido, pesquisa de STORCH e Polissinografia, todos sem alterações. Optou-se por realização de Tomografia Computadorizada (TC) de Tórax, uma vez que não havia melhora com o tratamento até então proposto, que mostrou infiltrado difuso. Após o resultado, realizada biópsia pulmonar que evidenciou doença intersticial pulmonar, especificamente GIP. Paciente iniciou tratamento para GIP com corticoterapia. Evoluiu com melhora gradativa do quadro respiratório. Teve alta hospitalar sem o uso de oxigênio suplementar, usando corticoterapia e seguimento com pediatra e pneumologista pediátrico. **Comentários:** A GIP é uma doença pulmonar rara. Deve ser suspeitada em pacientes com quadro respiratório grave, com apresentação clínica não usual e que não respondem aos tratamentos convencionais, mesmo após serem descartadas as causas mais comuns de doença respiratória no recém-nascido.

P-107 - RELATO DE CASO DE TRICOBEOZAR EM PACIENTE PEDIÁTRICA

Cindi da Silveira Benatti¹, Maria Clara Marramarco Lovato¹, Kizy da Costa Corrêa¹, Jean Pierre Paraboni Ilha², Tânia Denise Resener

¹UFSM, ²HUSM

Introdução: Tricobezosares são corpos estranhos gástricos compostos por cabelo dos pacientes. São mais comuns em crianças, principalmente do sexo feminino. Podem manifestar-se por sintomas de obstrução da saída gástrica ou obstrução intestinal (OI) parcial, como vômitos, anorexia e perda ponderal. Os pacientes queixam-se de dor, distensão abdominal e halitose intensa. **Descrição do caso:** Em 18/03/17, S.V., 9 anos, feminina, apresenta quadro de vômitos fecaloides e dor abdominal sem melhora após ser medicada em casa. Dois dias depois, procurou atendimento e foi internada após exame de ultrassonografia abdominal, que constatou OI. Foi submetida à laparotomia, onde foi retirado tricobezoar de 20x10cm por gastrotomia. Devido à continuidade dos vômitos e da dor abdominal, foi realizada Tomografia Computadorizada de abdome em 03/04 que exibiu persistência da OI. Foi realizada nova laparotomia em 04/04 com retirada de tricobezoar por gastrotomia, enterotomia no íleo terminal por grande tricobezoar em seu interior e apendicectomia pela presença de 2 fecalitos de cabelo. Permaneceu 14 dias na UTI Pediátrica e 4 dias em nutrição parenteral, por quadro de íleo paralítico. Após, teve melhora da distensão abdominal e da drenagem de secreção na ferida operatória. Foi transferida para a enfermaria em 18/04. Durante internação foi relatado início de quadro de tricotilomania e ansiedade em janeiro/2017 e avaliação da psiquiatria indicou o início do uso de Fluoxetina. A paciente recebeu alta no 29º e 17º pós-operatórios das duas intervenções, quando apresentava boa aceitação da dieta via oral e normalização das eliminações fisiológicas. Foi orientada sobre acompanhamento com equipes de psicologia e psiquiatria. **Comentários:** O tratamento de eleição é cirúrgico, acompanhado de tratamento psiquiátrico. Este trabalho visa destacar esta condição rara que deve ser lembrada no diagnóstico de dor abdominal em crianças, principalmente do sexo feminino e com massa epigástrica palpável. A avaliação e apoio psicológicos são necessários para prevenir recorrências.

P-108 - ARTRITE IDIOPÁTICA JUVENIL SISTÊMICA ASSOCIADA A SÍNDROME DE ATIVAÇÃO MACROFÁGICA - RELATO DE UM CASO

Rosa Lúcia Mariani Alves, Sandra Helena Machado, Silvana Marcantonio, Isadora Medeiros Kuhn, Susana Mayer Moreira, Monica Franzoi Marcon

HMVS

Introdução: A Artrite Idiopática Juvenil Sistêmica (AIJs) ocorre em 4 a 17 das crianças com artrite idiopática juvenil (AIJ). A síndrome da ativação macrofágica (SAM) é uma complicação grave da AIJ que acontece quase que exclusivamente no tipo de início sistêmico, apresentando alta mortalidade. **Objetivo:** Relatar o caso de uma criança de um ano de idade com complicação por SAM resistente ao tratamento convencional. **Desenvolvimento:** Paciente, feminina, com 1 ano idade apresentou quadro de rash cutâneo com febre considerado alergia, em seguida apresentou palidez e prostração acompanhados de anemia e provas de função hepáticas (PFH) alteradas. Após três meses apresentou edema e dor em mãos e pés, recorrência da febre e do rash cutâneo, necessitando internação hospitalar quando foi diagnosticada com AIJs e iniciado tratamento com corticosteroide. Dois meses após houve piora do quadro necessitando aumento da prednisolona para 2 mg/kg/d e iniciado metotrexate (MTX). Manteve quadro de febre persistente e piora da artrite com provas inflamatórias (PFI) alteradas, aumento das PFH, hipofibrinogenemia e ferritina superior a 10.000, sendo diagnosticada com SAM, realizando então imunoglobulina EV e ciclosporina VO e corticosteroides. Manteve doença ativa com febre cíclica e artrite importante em grandes e pequenas articulações, episódios de rash, alterações de PFI e hiperferritinemia, complicada por leucopenia, anemia, hiperferritinemia, aumento de PFI e PFH. Diante desse quadro de AIJ sistêmica refratária acompanhado de SAM paciente teve indicação de tratamento imunobiológico, com Tocilizumabe (inibidor da IL-6). Na segunda dose da medicação teve reação anafilática grave, seguida por reativação da doença, sendo iniciado canakinumabe (Inibidor IL-1), apresentando remissão dos sintomas após a primeira dose. **Conclusão:** A SAM é uma complicação grave e potencialmente fatal da AIJs. O reconhecimento precoce e o tratamento adequado desta complicação são essenciais para a sobrevivência do paciente.