

P-157 - PANCREATITE CRÔNICA RELACIONADA À MUTAÇÃO SPINK 1 EM ADOLESCENTE COM DOR ABDOMINAL CRÔNICA

Karoline Bigolin Stiegemeier¹, Raquel de Mamann Vargas¹, Helena Ayako Sueno Goldani², Daltr Luiz Alves Nunes¹, Alessandra Cortes de Carvalho¹, Carlos Oscar Kieling²

¹HCPA, ²UFRGS

Introdução: A pancreatite crônica (PC) é uma alteração inflamatória e progressiva do pâncreas, com substituição do parênquima pancreático por fibrose que podem levar a alterações irreversíveis nas funções exócrina e/ou endócrina. A forma hereditária está presente entre 5 a 8 dos pacientes e destes, pelo menos uma das seguintes mutações PRSS 1, SPINK 1, CFTR pode estar presente em até 73 dos casos. Características de imagem de dano pancreático crônico e sintomas de dor abdominal prolongada preenchem critérios diagnósticos. **Descrição do caso:** Masculino, 12 anos, há 4 anos com episódios recorrentes de dor abdominal, realizado tratamento para constipação sem melhora, ecografias abdominais prévias normais, com tomografia computadorizada (TC) evidenciando pâncreas aumentado, heterogêneo, com áreas hipodensas e várias calcificações no parênquima, sugestivo de processo inflamatório crônico. Evoluiu com piora da dor, icterícia e emagrecimento. Exames de função hepática, amilase, lipase, glicemia e hemoglobina glicada normais. Eletrólitos no suor, mutação delta F508 e IgG4: negativos. Elastase fecal baixa, em uso de enzimas pancreáticas. TC: Sinais de pancreatite crônica, importante dilatação ductal, calcificações grosseiras, correspondendo a cálculos ductais, de etiologia a esclarecer, sem aspecto de pancreatite auto-imune. Presença de mutação do gene SPINK1 associado a pancreatite crônica. Realizou colangiografia endoscópica retrógrada para remoção de cálculos, sem sucesso. Atualmente evoluindo com melhora dos quadros recorrentes de dor abdominal e recebendo dieta por via oral. **Comentários:** O diagnóstico de PC é baseado na anamnese e exame físico, podendo ter amilase e lipase normais, sendo TC necessária para a confirmação. A etiologia na população pediátrica é variável, desconhecida em 15-25 dos casos. Recentemente as diversas mutações genéticas associadas a PC tem sido estudadas nos casos de início na faixa etária pediátrica. A mutação SPINK1 é frequente na associação com a patologia.

P-158 - APENDAGITE EPICLÓICA EM CRIANÇA: RELATO DE CASO

Júlia Drebes Wouters, Débora Stefanello Golart, Gabriela Tabille Milbradt

HUSM

Introdução: A apendagite epicloica se manifesta por dor abdominal aguda, de forte intensidade, normalmente localizada em fossa ilíaca direita (FID), sendo causada pela torção ou trombose venosa espontânea das veias que drenam os apêndices omentais. Seus principais diagnósticos diferenciais são doenças causadoras de abdome agudo, incluindo: apendicite, diverticulite, ruptura de cisto ovariano, torção de ovário, gravidez ectópica, adenite mesentérica, entre outras. **Descrição do caso:** Paciente masculino, 7 anos, interna em pronto socorro pediátrico com dor abdominal de início há 3 dias, iniciada em hemiabdomen direito, após localizando-se em FID, de forte intensidade, do tipo pontada, inicialmente sem demais sintomas associados e após 2 dias de evolução apresentando inapetência, náuseas e febrícula (episódio único com temperatura axilar 37,8 °C). Ao exame físico apresentava dor à palpação, principalmente em FID, porém sem sinais de peritonite e sem demais alterações no restante do exame. Anteriormente ao atendimento em questão, paciente já havia procurado outros 2 pronto atendimentos diferentes sendo liberado com sintomáticos e laxativos, mesmo sem apresentar de alterações de eliminações intestinais. Após internação, realizados exames laboratoriais (incluindo hemograma e proteína C-reativa) e ultrassonografia (USG) de abdome total. Laboratoriais sem alterações e USG com sinais indiretos de apendicite, porém apêndice cecal não visualizado no exame. Para elucidação diagnóstica realizada Tomografia Computadorizada (TC) de abdome a qual evidenciou apêndice cecal e ceco normais, sendo feito diagnóstico de apendagite epicloica. **Comentários:** Diferentemente de alguns de seus diagnósticos diferenciais, como a apendicite, no quadro clínico da apendagite epicloica normalmente não há febre e não ocorrem alterações em exames laboratoriais. Mas por ser a apendagite um diagnóstico incomum e facilmente confundido com afecções de conduta cirúrgica a falta de conhecimento sobre tal pode levar a procedimentos invasivos desnecessários tendo em vista seu tratamento conservador baseado em analgésicos e anti-inflamatórios.

P-159 - INSUFICIÊNCIA HEPÁTICA AGUDA POR HERPESVÍRUS 6: RELATO DE CASO

Julia Machado da Silveira Bom, Graziela Moraes Lourenço, Bárbara Brum Fonseca, Beatriz Piccaro de Oliveira, Fernanda de Azeredo Jardim Siqueira, Julia Frota Variani, Cristiano Roxo, Francisco Bruno, Cristian Tedesco Tonial

PUCRS

Introdução: Insuficiência hepática aguda pediátrica (IHAP) típica apresenta características que podem incluir desconforto abdominal, mal-estar, icterícia, coagulopatia, transaminases alteradas e febre. Dentre as principais causas estão os vírus (hepatite A, B e C, Citomegalovírus, Parvovírus B19 Adenovírus e Ebstein Barr), intoxicações medicamentosas e doenças metabólicas. Uma das causas de IHAP fulminante em lactentes e de rápida evolução é a hepatite por herpesvírus 6. **Descrição do caso:** Paciente feminina de 1 ano, com histórico de prematuridade e com vacinas de 1 ano atrasadas vem à emergência com quadro de febre e inapetência há 6 dias, além de vômitos há 1 dia. É encaminhada para a Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP) por choque, apresentando respiração superficial, gemência e esforço respiratório. Inicialmente foi manejada para choque séptico, tendo pouca resposta às medidas. Indicada intubação traqueal para melhor manejo do choque, além de exames laboratoriais e de imagem para esclarecimento da etiologia do quadro. Na sequência apresentou sangramento digestivo alto. Exames laboratoriais demonstraram alteração importante de coagulação, TGO 32.640 e TGP 23.224, caracterizando insuficiência hepática aguda (IHA). Neste momento, ampliou-se o esquema de antibioticoterapia e foi acrescentado aciclovir endovenoso. Definida a IHA, paciente foi encaminhado para centro de referência de transplante hepático, sendo diagnosticado herpesvírus 6 em exame sanguíneo. Evoluiu com insuficiência renal, encefalopatia e disfunção de múltiplos órgãos, entrando em lista de transplante hepático como prioridade. **Comentários:** A Insuficiência Hepática Aguda por herpesvírus 6 é uma síndrome clínica grave e rapidamente progressiva, assim, é fundamental que se tente identificar rapidamente sua etiologia para um adequado tratamento em UTIP.

P-160 - PÚRPURA DE HENOCH-SCHÖNLEIN COM ACOMETIMENTO MULTISSISTÊMICO: RELATO DE CASO

Gabriela Cima Martins dos Santos, Débora Stefanello Golart, Júlia Drebes Wouters, Luiz Cláudio Arantes

HUSM

Introdução: A Púrpura de Henoch-Schönlein (PHS) é a vasculite sistêmica de pequenos vasos mais comum na infância. Geralmente, seu curso é autolimitado, com padrão monocíclico e bom prognóstico. Todos os pacientes apresentam rash purpúrico, 75 desenvolvem artrite, 60 a 65 dor abdominal e 40 doença renal. **Descrição do caso:** Paciente de 10 anos, internou com história de IVAS há cerca de 1 mês e há 10 dias começou apresentar artralgia e lesões purpúricas elevadas, especialmente em membros e que não desapareciam a digitopressão, suspeitando-se de PHS. Durante a internação, apresentou piora da função renal com alterações de proteinúria e HAS. Foi iniciado prednisolona 2 mg/Kg/dia, anlodipino e hidralazina. No 7º dia internado, apresentou dor abdominal e hematoquezia, foi realizado US de abdome que evidenciou invaginação ileocecal, sendo então submetido a laparotomia, onde foi desfeita a invaginação, sem necessidade de ressecção de alça. Foi realizada biópsia cutânea corroborando o diagnóstico de PHS pela presença de IgA em padrão pontilhado descontínuo em vasos dérmicos. E optou-se pela não realização de biópsia renal visto que a piora da função renal era compatível com o quadro clínico de PHS. O paciente evoluiu bem e ficou internado para controle da PA, mas no 20º dia de internação apresentou novamente dor abdominal e hematoquezia e o US de abdome mostrou nova invaginação intestinal. No mesmo dia foi realizado enema baritado com resolução do quadro clínico e em US de controle. Recebeu alta hospitalar no 30º dia com função renal normalizada, pressão arterial controlada e seguimento no ambulatório de nefrologia pediátrica. **Comentários:** Apesar do curso autolimitado e do bom prognóstico na maioria dos casos de PHS, deve-se estar atento aos sinais de complicação da doença, como a hematoquezia no acometimento intestinal e a HAS no acometimento renal, para rápida intervenção.