

PE-075 - MONONUCLEOSE INFECCIOSA SINTOMÁTICA EM IDADE NÃO HABITUAL, ASSOCIADA A COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS NA INFÂNCIA - RELATO DE DOIS CASOS

Carla Quevedo de Souza, Isabella Pereira Garcia, Kênia Cordeiro Silva, Aline Silveira Borges, Fernanda Saraiva Loy, Gabrielle Bortolon, Georgia de Assunção Krauze, Bruna Soares de Oliveira, Maria Paula Soares Pereira, Marina Martins Borges, Jaqueline Garcia Bielavski, Jade Ries Girardi, Louise Sinigaglia, Ana Carolina Kieling, Ariéli Cristiane da Silva, Emeline do Nascimento Franco, Marina Castro Martins, Luiza Mainardi Ribas, Lucia Helena Schaun Ribeiro Ferrari, Larissa Hallal Ribas

Universidade Católica de Pelotas/UCPEL.

Introdução: A Mononucleose Infecciosa (MI) é causada pelo vírus Epstein-Barr (EBV), em 90% dos casos. A apresentação pode ser clássica ou atípica com hepatomegalia e, até mesmo, miocardite. Assim, torna-se imprescindível confirmar etiologia e acompanhar complicações em pacientes pediátricos. **Descrição do caso:** Dois meninos, de 4 e 6 anos, internados no mesmo período em Enfermaria Pediátrica, diagnosticados com MI, pela clínica e EBV-IgM positivos. Além dos sinais clássicos da doença, como placas exsudativas acinzentadas, linfonodomegalias cervicais posteriores e occipitais, febre e cefaleia, ambos apresentaram sinal de Hoagland, colúria, hepatoesplenomegalia à montante, colecistite alitiásica e colúria. Aos exames laboratoriais, evidenciou-se elevação de aminotransferases, anemia, neutropenia e linfocitose, sem linfócitos atípicos. Demais sorologias negativas. Evoluíram clinicamente com melhora do quadro e alta após 10 dias de internação. **Discussão:** MI é frequentemente subclínica durante a infância, menos de 10% desenvolvem infecção clínica, apesar da alta taxa de exposição. A incidência de MI sintomática aumenta em adolescentes e adultos, diferentemente do apresentado. Entretanto, quando sintomáticos, apresentam clínica típica. Hepatomegalia e colecistite alitiásica são incomuns. Por ser uma doença de acometimento sistêmico, ressalta-se a relevância de rastreio para possíveis complicações graves, ainda que pouco comuns, como miocardite, ruptura esplênica, derrame pleural. **Conclusão:** Quanto à prevenção do EBV, não há uma vacina comercialmente disponível, embora existam estudos recentes. Conclui-se que, apesar de infecção sintomática em idade pouco habitual e das manifestações atípicas, os pacientes manifestaram quadro autolimitado, sendo necessário apenas tratamento de suporte.

PE-076 - DOENÇA CELÍACA ATÍPICA NA INFÂNCIA: UM RELATO DE CASO

Alexia de Almeida Ignatowicz, Sadana Hillary Dal' Negro, Dagna Karen Oliveira, Dyayne Carla Banovski, Isadora Maria Pilati Campos, Ianca Pyetra de Almeida, Aline Moche Navarro, Diana Loch Duessmann, Roberta Caroline Abbá Campos, Bruna Fernandes, Queren Hapuque Oliveira Alencar, Gabriela Rodrigues Moreira Flôrencio, Nicolas Taciano Kunkel, Camila Lopes Manetti, Henrique Rodrigues Tomé, Vanessa Cristine Graeff, Paula Bragato Futagami, Renata Bragato Futagami, Geruza Mara Hendges

Universidade Federal do Paraná.

Introdução: Doença celíaca (DC) é uma enteropatia crônica sensível ao glúten, que desencadeia redução da absorção intestinal, regulada pelo sistema imunológico em pessoas com predisposição genética. Sintomas gastrointestinais são as manifestações clássicas mais comuns da DC. **Descrição do caso:** Escolar, sexo feminino, caucasiana, encaminhada ao gastroenterologista pediátrico devido a aftas em mucosa oral, diarreia, vômito, distensão abdominal dolorosa e febre persistente sem foco. Histórico semelhante aos dois anos de idade, de resolução espontânea. Solicitadas sorologias para sífilis, toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus e herpes simples, indicando infecção herpética aguda e, associado ao quadro, hemograma com leucocitose ($> 35.000/\text{mm}^3$) e presença de formas jovens, assim, a criança foi encaminhada ao oncologista pediátrico por suspeita de linfoma. Devido aos sintomas gastrointestinais importantes, foi solicitado anti-corpo anti-transglutaminase IgA para afastar doença celíaca, com resultado de 128 U/mL. Indicada endoscopia digestiva alta evidenciando pangastrite enantemosa com biópsias negativas para células malignas e presença de lesões duodenais que confirmaram DC (Marsh IIIb). **Discussão:** Os sintomas clássicos da DC são diarreia crônica, distensão abdominal, baixo peso, deficiência nutricional e de vitaminas, podendo apresentar apatia, edema e irritabilidade em crianças. A dieta isenta de glúten melhora esses sintomas e também previne complicações tardias, incluindo linfoma intestinal. O aumento de leucócitos associado a células jovens circulantes pode decorrer da reação leucemoide devido à infecção viral associada, sendo essencial a exclusão de linfoma enteropático relacionado à DC. A biópsia com padrão confirmatório de DC, sem células displásicas ou malignas, afasta o diagnóstico de neoplasia e sugere associação com reação leucemoide devido à infecção herpética aguda, confirmada por sorologia. **Conclusão:** O diagnóstico de DC é complexo, sobretudo nas crianças com manifestações atípicas, sendo necessário suspeita clínica, teste sorológico ou rastreio genético positivo, seguido de biópsia de duodeno. O manejo adequado pode reduzir complicações adversas como o linfoma intestinal.