

## PE-139 - CASO RESPIRATÓRIO EM PACIENTE INDÍGENA

Caroline Goergen<sup>1</sup>, Amanda da Silva Meneses<sup>1</sup>, Helena Cristina Valentini Speggorin Vieira<sup>1</sup>, Isadora Souza Eilers<sup>1</sup>, Letícia Corrêa Tijiboy<sup>1</sup>, Luísa Kleveston<sup>1</sup>, Luiza Fernandes Xavier<sup>1</sup>, Marina Musse Bernardes<sup>1</sup>, Camila Correia Machado<sup>1</sup>, Magali Santos Lumertz<sup>1</sup>

1 - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, PUCRS.

**Introdução:** O aparelho respiratório pode apresentar malformações congênitas raras, afetando as vias aéreas, o parênquima e/ou os vasos pulmonares. A apresentação clínica e a gravidade variam. Somado a isso, manejar pacientes procedentes de comunidades indígenas longe de centros de referência impõe um desafio adicional à situação. **Descrição de caso:** Menino, 16 anos, procedente da comunidade indígena da Aldeia dos Loureiros (RS), em acompanhamento no Serviço de Pneumologia Pediátrica do Hospital São Lucas da PUCRS. História de internação por broncopneumonia nos primeiros dias de vida e correção de brônquio acessório à direita (que atravessava diafragma e penetrava o fígado). Ainda, apresentava broncomalácia e, por atelectasia persistente e infecções recorrentes, necessitou de lobectomia do lobo médio aos 3 meses e do lobo superior direito aos 12 meses de idade. A despeito disso, paciente manteve quadro de infecções respiratórias de repetição, dificuldade de aderência de tratamento e vínculo médico-familiar deficiente. Após introdução da supervisão e do acompanhamento da secretaria de saúde indígena nas consultas houve melhor adesão aos tratamentos e redução das infecções respiratórias. **Discussão:** Brônquio acessório é uma malformação comum das vias aéreas. Quando associado a infecções respiratórias recorrentes, o manejo inclui antibióticos, fisioterapia respiratória e, em alguns casos, lobectomia. A procedência conferiu ao caso outros desafios relacionados a diferenças culturais e sociais. Estima-se que há 23.000 indígenas aldeados no estado, grande parte expostos a condições de vulnerabilidade. Destaca-se a grande dificuldade de comunicação médico-paciente/família e a consequente dificuldade de adesão ao tratamento. O serviço de assistência social foi pivotal para o manejo, ressaltando a importância da inclusão de equipes multidisciplinares. **Conclusão:** Malformações pulmonares como as anomalias de divisão brônquica podem ter distintas manifestações clínicas. É reconhecido que a atenção à saúde dos povos indígenas deve ser diferenciada, identificando-se necessidades individuais e a importância de grupo multidisciplinar de apoio.

## PE-140 - TUBERCULOSE MILIAR EM PEDIATRIA E SUA ASSOCIAÇÃO COM IMUNODEFICIÊNCIAS: UM RELATO DE CASO

Helena Cristina Valentini Speggorin Vieira<sup>1</sup>, Amanda de Farias Balbinot<sup>1</sup>, Amanda da Silva Meneses<sup>1</sup>, Gabrielle de Souza Castanho<sup>1</sup>, Isadora Souza Eilers<sup>1</sup>, Letícia Corrêa Tijiboy<sup>1</sup>, Mariana Martins Dantas Santos<sup>1</sup>, Taís Michele Werle<sup>1</sup>, Magali Santos Lumertz<sup>1</sup>, Leonardo Araújo Pinto<sup>1</sup>

1 - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, PUCRS.

**Introdução:** Tuberculose miliar ocorre pela disseminação hematogênica do *Mycobacterium tuberculosis*. Usualmente, as manifestações são subagudas ou crônicas e há maior risco de desenvolver meningite. A compreensão da tuberculose miliar e da meningite tuberculosa é de suma importância, pois apresentam altas taxas de morbidade e letalidade. **Descrição do caso:** Menina, 5 anos, internada por cefaleia e febre diárias e perda de 7 kg nos últimos 40 dias. Mãe relata vacinas em dia. Evolui com piora do sensório, febre e rigidez de nuca. Foram realizadas punção lombar, com liquor de aspecto turvo, leucócitos 90 células/mm<sup>3</sup>, glicose 27 mg/dL e proteínas totais 150 mg/dL, e raio-X de tórax com infiltrado micronodular. Internada em UTI pediátrica com quadro compatível com tuberculose miliar e meníngea. Ressonância magnética evidenciou múltiplos pequenos focos de alteração de sinal no parênquima encefálico e edema vasogênico adjuvante - possibilidade de encefalite tuberculosa miliar. Ademais, apresentava lesões sugestivas de herpes no ombro direito. Iniciado tratamento com rifampicina, isoniazida, pirazinamida e dexametasona. Provas imunológicas apresentaram diminuição de linfócitos TCD4, TCD8 e B e deficiência de IgA. A paciente apresentou melhora clínica gradual com alta hospitalar após 17 dias. **Discussão:** Fatores de risco para desenvolvimento de tuberculose miliar incluem crianças com pouca idade e imunossupressão. Contudo, uma porcentagem significativa de casos descritos na literatura não apresentam condições de alto risco demonstrável. A apresentação clínica é variável, logo, devem ser realizadas neuroimagem e punção lombar, quando há acometimento neurológico, além de provas imunológicas, para investigar imunossupressão. No caso relatado, exames efetuados na internação apontam para imunossupressão desconhecida até então, o que corrobora a clínica apresentada. **Conclusão:** É notório que a tuberculose miliar apresenta alta gravidade, principalmente quando há fatores de risco. Quando estes são desconhecidos, a investigação através de provas imunológicas é imprescindível para compreensão do diagnóstico e definição da doença subjacente.