

## PE-165 - ANÁLISE CLÍNICA E RADIOLÓGICA DE CRIANÇAS COM ATELECTASIA

Tainá Maia Cardoso<sup>1</sup>, Bárbara Neffá Lapa e Silva<sup>1</sup>

1 - Hospital Universitário Antônio Pedro, RJ.

**Introdução:** Atelectasia é uma das anormalidades pulmonares comumente encontrada na radiografia de tórax e permanece um desafio diagnóstico diário, sendo muitas vezes confundida e tratada como pneumonia. Representa a perda de volume pulmonar a nível de um segmento, um lobo ou mesmo de todo o pulmão. Na maioria dos casos, a atelectasia está associada a um quadro clínico oligo ou assintomático, dependendo da extensão e do local acometido. Na pediatria, a atelectasia predomina no pulmão esquerdo, devido às características inerentes ao lobo inferior (LIE), como a tortuosidade e ao estreitamento do brônquio fonte esquerdo. Estas condições dificultam a eliminação de secreção, contribuem para a retenção da mesma, facilitando e gerando o colapso pulmonar. No pulmão direito, os lobos mais comprometidos são o médio (LM) e o superior (LSD). Em nosso meio, assumem grande importância as atelectasias desencadeadas por quadros infecciosos, especialmente os causados por vírus, a aspiração de corpo estranho e a displasia broncopulmonar. A maioria das atelectasias se resolvem espontaneamente após terapêutica específica das doenças infecciosas. A fisioterapia respiratória com drenagem postural são importantes fases do tratamento. Caso a imagem persista, ou há suspeita de aspiração de corpo estranho, a broncoscopia deve ser indicada. **Métodos:** Estudo transversal, com dados coletados através de análise de prontuário das crianças portadoras de atelectasia, submetidas à broncoscopia, nos últimos 12 anos. **Resultados:** Foram estudados 41 prontuários de crianças com idade variando entre 0 e 12 anos (média de 2,9 anos). As comorbidades mais encontradas foram: asma (29%), displasia broncopulmonar (14%), síndromes associadas (12%) e aspiração de corpo estranho (8%). Em relação à topografia da atelectasia, 41,6% encontrava-se em lobo médio, 33% em LIE, 22% em LSD. **Conclusão:** São escassos os estudos abordando atelectasia na população infantil. Desta forma, torna-se de suma importância aprofundar o conhecimento da epidemiologia, dos quadros clínicos e radiológico para auxiliar o pediatra no diagnóstico e tratamento.

## PE-166 - ASSOCIAÇÃO DIAGNÓSTICA ENTRE FEBRE REUMÁTICA E LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO: RELATO DE CASO

Tainá Maia Cardoso<sup>1</sup>, Julia Carvalho de Freitas França Martinez<sup>1</sup>, Sarah Falcão Brasileiro Henriques<sup>2</sup>

1 - Hospital Universitário Antônio Pedro, RJ; 2 - Hospital Municipal Jesus.

**Introdução:** Visto que a febre reumática (FR) e o lúpus eritematoso sistêmico (LES) fazem parte das principais doenças reumatológicas em pediatria, é importante saber identificar precocemente seu quadro clínico e diagnósticos diferenciais. A associação entre os diagnósticos também é possível e deve ser compreendida. **Relato de caso:** Paciente, 11 anos, feminina, iniciou quadro de emagrecimento e poliartrite migratória de grandes articulações, com melhora parcial após o uso de anti-inflamatórios não esteroides. Após um mês, evoluiu com febre baixa, fadiga, alopecia difusa e úlceras orais. Apresentava relato de faringoamigdalites de repetição até os cinco anos de idade. Durante atendimento médico, foi auscultado sopro cardíaco, aumento da velocidade de hemossedimentação e intervalo PR prolongado no eletrocardiograma. Realizou ecocardiograma transtorácico que evidenciou alterações sugestivas de cardite. Diante da hipótese diagnóstica de FR foi prescrita Penicilina Benzatina a cada 21 dias e encaminhada para a reumatologia pediátrica. Solicitados exames que evidenciaram fator antinuclear positivo, anticorpo anti-DNA positivo, complemento reduzido (frações C3, C4, CH50) e positividade de anticorpos antifosfolípidos, compatíveis com LES. Iniciado tratamento com hidroxicloroquina, prednisona, azatioprina e carvedilol com melhora dos sintomas apresentados. Segue em acompanhamento ambulatorial. **Discussão:** A partir dos Critérios de Jones da American Heart Association deu-se o diagnóstico de FR e a partir dos critérios do ACR/EULAR, estabeleceu-se o LES. O paciente que desenvolve o quadro de FR possui um fator genético e imunológico que predispõe a ocorrência de outras doenças autoimunes, por exemplo, a ativação endotelial presente na lesão valvar do LES é semelhante a da FR. A infecção estreptocócica pode ser um fator responsável pela produção de anticorpos anticardiolipina, o que formaria um elo entre as duas doenças. **Conclusão:** Pode-se inferir que mecanismos imunológicos semelhantes entre diferentes doenças autoimunes possam proporcionar apresentações parecidas em um determinado indivíduo.