

PE-071 - DOR ABDOMINAL E FEBRE NA EMERGÊNCIA: QUANDO O DIAGNÓSTICO VAI ALÉM DO ABDOME AGUDO

Elisa Pacheco Estima Correia¹, Luciano Remião Guerra¹, Maria Mercedes Caracciolo Picarelli¹, José Vicente Noronha Spolidoro¹, Natália Faviero de Vasconcellos¹, Cristina Detoni Trentin¹, Gabriela Maycá Sanfelice¹, Priscila Zabala Amorim¹, Rodrigo Dalcanalle Garcia¹, Nicole Zanardo Tagliari¹

1 - Hospital Moinhos de Vento (HMV) - Porto Alegre, RS.

Introdução: As síndromes de febre periódica são doenças pouco conhecidas, e seu diagnóstico representa um desafio, especialmente no contexto de pronto atendimentos. Os pediatras devem estar atentos para a característica cíclica e estereotipada dos episódios, a fim de aumentar a suspeição clínica e evitar intervenções desnecessárias. **Descrição do caso:** Paciente masculino, 6 anos, procura a emergência por febre e dor abdominal. História de há 5 meses vir apresentando quadros repetidos de dor abdominal intensa, em cólicas, associada a febre e vômitos. Os episódios ocorrem de maneira súbita e estereotipada, têm duração de 2 a 3 dias, e intervalo de 15 a 20 dias entre as crises, durante os quais o paciente permanece assintomático. Nega familiares com sintomas semelhantes. Nesses 5 meses de evolução já teve 4 idas ao pronto atendimento, sendo sempre liberado após receber medicações para dor. Na chegada à emergência paciente apresentava-se em bom estado geral, porém com fâscies de dor, febril, sem outras alterações ao exame físico. Não havia sinais de peritonismo. Os exames laboratoriais demonstraram leucocitose (leucócitos totais 17720, 10% de bastões) e marcadores inflamatórios discretamente elevados (VSG 25, PCR 0,4). Optado por internação hospitalar para esclarecimento diagnóstico. Durante internação seguiu apresentando dor abdominal, vômitos e febre até 38,8 C°, com duração de três dias. Foi avaliado pelo gastroenterologista e pela reumatologista, realizou endoscopia, colonoscopia, ecografia abdominal e tomografia de abdome, que não demonstraram alterações. A hipótese de Febre Familiar do Mediterrâneo foi levantada devido à apresentação clínica, e foi iniciado tratamento com colchicina 0,5mg. O paciente recebeu alta em bom estado geral com orientação de manter seguimento ambulatorial. **Discussão e conclusão:** A Febre Familiar do Mediterrâneo é a doença autoinflamatória monogênica mais comum. Ela se caracteriza por episódios recorrentes e autolimitados de febre associada a serosite, sendo importante o diagnóstico diferencial com quadros de abdome agudo. A primeira crise costuma ocorrer antes dos 10 anos de idade, e o tratamento de primeira linha é a colchicina, sendo que nos pacientes não tratados a principal complicação é o desenvolvimento de amiloidose secundária. Na emergência, a característica recorrente do quadro deve chamar a atenção, indicando necessidade de complementar a investigação.

PE-072 - RELATO DE CASO: PSICOSE DE INÍCIO AGUDO NA INFÂNCIA

Débora Dettmer¹, Fernanda Chaves Barcellos Carvalho¹, Nicole Zanardo Tagliari¹, Mariana Menegon de Souza¹, Gabriela Maycá Sanfelice¹, Letícia Antoniuk Seus¹, João Ricardo Hass Massena¹, Felipe Katil Neto¹, Alessandra Marques dos Anjos¹, Silvana Palmeiro Marcantonio¹

1 - Hospital Moinhos de Vento (HMV) - Porto Alegre, RS.

Introdução: A psicose se caracteriza pela perda de contato com a realidade, com a presença de delírios ou alucinações. O primeiro episódio de psicose na infância e o seu início súbito constitui grande desafio diagnóstico devido a dificuldade na identificação dos sintomas em crianças menores e a ampla gama de etiologias. **Descrição do caso:** Paciente feminina, 5 anos, previamente hígida, durante viagem de férias começou subitamente a apresentar alteração da fala e do comportamento, caracterizado por mutismo, apatia, abulia, tendência a repetição e enurese noturna. Com aproximadamente 12 horas de evolução teve melhora destes sintomas, porém começou a apresentar alucinações visuais complexas, auditivas e táteis, acompanhado de agitação psicomotora e rituais. A criança relatava e registrava em desenhos que estava rodeada de insetos, que conversavam com ela e a tocavam. Também apresentava eventos caracterizados por desconexão ambiental e automatismos orais. Sem história de intoxicação, traumas ou abuso. No dia seguinte, foi admitida na emergência e foi considerada hipótese diagnóstica de encefalite viral, sendo iniciado tratamento empírico com aciclovir (suspensão após resultado do líquor). Durante a internação também foi prescrito oxcarbazepina por suspeita clínica de epilepsia (crises focais disperceptivas), porém não obteve melhora ou resolução dos sintomas. Realizou ampla investigação com exames laboratoriais, radiografia de tórax, ecografia de abdômen, ressonância de encéfalo, eletroencefalograma e análise de líquor, todos inalterados. Após uma semana foi realizado novamente eletroencefalograma e análise de líquor, incluindo anticorpo contra o receptor do N-metil-D-aspartato (NMDAR), ambos normais. Após excluídas causas orgânicas, foi prescrito risperidona em doses baixas e a paciente recebeu alta para seguimento ambulatorial com a impressão diagnóstica de transtorno psiquiátrico. **Discussão:** É importante reconhecer que o início súbito dos sintomas de psicose ocorre mais comumente em condições orgânicas e menos em doenças psiquiátricas, sendo necessário realizar ampla e oportuna investigação visando a exclusão de condições como encefalites, epilepsia, hipoglicemia, hipóxia cerebral, distúrbios hidroeletrólíticos, intoxicações exógenas, doenças infecciosas e autoimunes. **Conclusão:** O diagnóstico de esquizofrenia ou outros transtornos psiquiátricos como causa de psicose devem ser considerados apenas quando distúrbios orgânicos e fatores potencialmente reversíveis da psicose forem excluídos.